



Serie Documentos

acp gerontología

**Nº 8. Las unidades de convivencia modelo
hogareño, una alternativa a las residencias
de personas mayores institucionales**

Teresa Martínez Rodríguez

2022

Índice

1/ Introducción	3
Sobre la serie Documentos Acgerontología.....	3
Sobre este documento.....	3
2/ El modelo residencial hogareño (housing). Origen y filosofía.....	5
3/ El conocimiento existente sobre las Unidades de convivencia modelo hogareño.....	7
4/ Beneficios de las Unidades de Convivencia frente al modelo residencial tradicional.....	13
5/ La situación actual en España. Retos y algunos riesgos a evitar.....	16
6/ Recomendaciones para su puesta en marcha.....	21
7/ Reflexión final.....	26
8/ Referencias.....	27



1/ Introducción

Sobre la serie Documentos Acggerontología

La serie *Documentos Acggerontología* ha sido ideada para difundir el conocimiento que se va generando en relación a la aplicación del enfoque Atención Centrada en la Persona en el ámbito de los servicios gerontológicos.

Orientar la acción profesional desde el conocimiento es una condición imprescindible para avanzar de una forma rigurosa en este nuevo paradigma de la atención en los cuidados de larga duración de las personas mayores.

Ello implica dar valor y orientar las intervenciones profesionales partiendo del conocimiento existente y procedente de distintas áreas, disciplinas y perspectivas, integrando la perspectiva ética, el saber técnico y la evidencia científica. Tipos de conocimiento diferentes, pero complementarios y necesarios, todos ellos, para avanzar en el cuidado desde el buen trato a las personas. Porque una mirada sesgada, parcial, que contemple solo las necesidades clínicas o terapéuticas en relación a los objetivos y valores que deben regir el cuidado, sería algo no solo insuficiente sino altamente inadecuado. El cuidado es una realidad compleja, donde conviven necesidades muy diversas de las personas (físicas, emocionales, relacionales, espirituales) además de creencias, expectativas, valores y preferencias de los principales actores (personas cuidadas, familias y profesionales) que interactúan en los distintos contextos donde éste se produce.

Persiguiendo este propósito, en esta serie se comparten, en acceso libre, diferentes documentos: guías de actuación, artículos, revisiones temáticas, así como resúmenes de investigaciones realizadas. Todos ellos en un formato abreviado y divulgativo, de forma que se facilite un primer acercamiento al asunto planteado.

Sobre este documento

El título nº 8 de esta serie resume el conocimiento existente sobre las Unidades de Convivencia, como la principal alternativa desarrollada internacionalmente para transformar el modelo residencial tradicional, el cual se erige desde una mirada y lógica altamente institucional.

En primer lugar, se aborda el origen y la filosofía de este nuevo modelo de cuidado residencial, el cual toma como principal referencia el ambiente hogar sin por ello renunciar a la calidad propia del cuidado profesional. En segundo lugar, se resumen las principales características que estas unidades deben tener a tenor del



conocimiento existente, así como los principales beneficios constatado en diferentes estudios cuando son comparadas con las residencias tradicionales. Finalmente se identifican algunos riesgos en su puesta en marcha, en el actual momento en España de giro en el modelo residencial y se ofrecen algunas recomendaciones.

El texto comparte los principales contenidos ofrecidos en distintas ponencias impartidas por la autora del mismo, Teresa Martínez, así como en informes técnicos no publicados.

Para citar este informe:

Martínez, T. (2022). *Las Unidades de Convivencia Modelo Hogareño, una alternativa a las residencias de personas mayores institucionales*. Serie Documento Acogerontología, nº 8. Disponible en www.acpgerontologia.com



2/ El modelo residencial hogareño (housing). Origen y filosofía

El modelo hogareño o housing, también conocido en Norteamérica como el household model, toma como principal referencia el objetivo de envejecer en casa, incluso cuando se precisan cuidados, una preferencia mayoritaria que viene siendo expresada reiteradamente.

El conocimiento existente señala las bondades de envejecer en casa, destacando que el entorno “hogar” permite a la persona mayor actuar con mayor libertad y privacidad, además de ser un espacio que otorga seguridad, permite un mayor control sobre el entorno, así como el mantenimiento de la propia identidad (Herranz, 2012). Estas conclusiones justifican el lema de que cuando una persona mayor ya no puede ser cuidada en casa, el lugar donde reciba cuidados se parezca lo más posible a ésta (Rodríguez, 2021; Sancho, 2020).

De este modo, el modelo residencial hogareño, para quienes por diferentes motivos no pueden seguir viviendo en su propio domicilio, propone que la atención tenga lugar en alojamientos que además de proporcionar los cuidados que las personas precisen, se asemejen lo más posible al concepto de un hogar. La idea no es otra que vivir “fuera de casa, pero como en casa”.

El modelo hogareño, aplicado a los recursos residenciales, surge ante el rechazo de la ciudadanía a la atención que ofrecen las residencias tradicionales y, sobre todo, al modo de vida al que conducen. Las principales objeciones tienen que ver con el modelo de atención altamente institucional que mantienen todavía muchos centros: horarios rígidos, normas y protocolos que estandarizan la atención, falta de privacidad (habitaciones compartidas y vida “obligada” en espacios comunes), vida apartada de la comunidad, actividades escasamente significativas y pocas oportunidades de que las personas decidan sobre su vida cotidiana y ejerzan control sobre su entorno (Díaz-Veiga y Sancho, 2013; Martínez, 2010, 2016; Rodríguez, 2012). Además, a tenor de la investigación realizada en distintos entornos institucionales (centros psiquiátricos, grandes residencias hospitalarias para personas mayores) desde hace tiempo sabemos que estos modelos no son adecuados para proteger derechos y apoyar la calidad de vida de las personas (Tibbitts, 1960; Townsend, 1962).

Dentro del paraguas “housing”, cabe incluir distintas alternativas residenciales, siendo diversa la denominación que se viene utilizando internacionalmente. De forma resumida y desde un intento de traducir al español los principales tipos de servicios, cabe distinguir, fundamentalmente, tres modalidades: las viviendas asistidas o con cuidados, las alternativas de cohousing¹ y las pequeñas unidades de convivencia (Sancho y Martínez,

¹ El *cohousing* hace referencia a un modelo de alojamiento colaborativo en que el diseño y gestión de los recursos parte y se desarrolla desde la autogestión y la participación activa de quienes han decidido vivir juntos y llevar a cabo una vida de convivencia común. Es un concepto diferente al de housing en el campo del cuidado de largo duración, aunque compartan algunas características, como el rechazo al modo de vida institucional y la búsqueda de una alternativa residencial que apoye la libertad, la privacidad y la vida



2021). Hay que señalar que, además de la línea seguida por distintos países de apostar por el desarrollo de viviendas con cuidados (P. Nórdicos, Holanda, Alemania), las unidades de convivencia es la alternativa organizativa más extendida para reorientar las residencias tradicionales.

El modelo hogareño toma como marco filosófico las propuestas del enfoque de Atención Centrada en la Persona, el cual busca el trato digno y la defensa de los derechos de las personas mayores y, especialmente, defiende que cada persona pueda seguir manteniendo el máximo nivel de independencia, autonomía y bienestar emocional posible, adaptando los servicios a lo que las personas quieren y consideran importante en su vida. Desde esta mirada, la persona que precisa cuidados es reconocida siempre como alguien valioso, con independencia de su estado y situación, como alguien único, con capacidades y con derecho a gestionar su propia vida (principio de autodeterminación personal), aunque para ello precise de apoyos importantes e incluso tener que ser representada por otros. Esta visión ética obliga a una práctica profesional flexible, respetuosa con cada persona y a asegurar la personalización de la atención.

El modelo residencial hogareño, en sus distintas alternativas, cuenta con una importante extensión en los países más avanzados de la UE, especialmente en los países nórdicos, donde las residencias tradicionales son ya inexistentes. Holanda, Alemania, Reino Unido y también, en parte, Francia como otros territorios, avanzan en esta línea (Sancho y Martínez, 2020). Este giro se lleva a cabo desde una doble estrategia, en primer lugar, una decidida política de vivienda integrada en la comunidad, en la cual se integran cuidados personalizadas, y, en segundo lugar, transformando las clásicas residencias institucionales en conjuntos de pequeñas unidades de convivencia.

Este movimiento también se está produciendo en otros países desarrollados como Estados Unidos, Canadá o Australia. Concretamente, en Estados Unidos, donde todavía el modelo residencial predominante tiene un alto carácter institucional y hospitalario, cabe destacar el movimiento por el cambio cultural en residencias (*Culture Change Movement*) que se concretó en un importante cambio normativo (Ley Obra 1987) y en la creación de la red Pioneros (*Pioneers Network*) que lidera este proceso de transformación. Iniciativas como las *Green House* son modelos residenciales en expansión que, además, están mostrando muy buenos resultados en relación a la Covid-19, frente al modelo residencial tradicional, con una reducción significativa de contagios y fallecimientos en la pandemia que vivimos (Zimmermand et al., 2021).

significativa en conexión con la comunidad. No todos los sistemas de *cohousing* incorporan las necesidades de cuidado personal que conlleva una situación sobrevenida de dependencia funcional.



3/ El conocimiento existe sobre las Unidades de convivencia modelo hogareño

Las Unidades de Convivencia se enmarcan dentro del modelo hogareño y, por tanto, comparten su filosofía y el objetivo de procurar un cuidado profesional en el entorno residencial, asegurando atención personalizada e integral, a la par de permitir vivir de un modo parecido al de una casa y en conexión con la comunidad.

El modelo residencial organizado en pequeñas unidades de convivencia en nuestro país es todavía incipiente frente al desarrollo en otros países desde ya hace varias décadas (Sancho, 2020; Sancho y Martínez, 2021).

A pesar de que todavía precisamos de un mayor conocimiento de diversas cuestiones, sobre todo de opciones organizativas que permitan hacer viable este modelo residencial en nuestro contexto y lograr su sostenibilidad, hay ciertas consideraciones que, en este momento de expansión, deben ser tenidos en cuenta, sobre todo, para tener claro de qué estamos hablando y no validar cualquier tipo de opción modular residencial como un modelo “hogareño” alternativo al “institucional”.

Por todo ello, se considera de interés en ese apartado, destacar, las principales características y aspectos importantes de las unidades de convivencia alineadas con lo que se ha venido dominando como modelo hogareño. Una síntesis basada en el conocimiento procedente de diversos países que vienen apostando por esta línea de transformación, así como de las experiencias pioneras que han tenido lugar en nuestro país en la última década (Díaz-Veiga, Martínez, Sancho y Rodríguez, 2014). Importa, especialmente, extraer algunas conclusiones que nos permitan discernir sobre lo qué es y no es una unidad de convivencia enmarcada en este movimiento de cambio cultural.

Características generales

- Las unidades de convivencia modelo hogareño, frente a lo que en ocasiones se piensa, se dirigen mayoritariamente a personas con gran dependencia y, especialmente, a quienes tienen una demencia. Personas que, por su deterioro y características conductuales asociadas, no pueden vivir en su casa ni en alternativas residenciales tipo apartamentos debido a su necesidad de supervisión y de cuidados las 24 horas del día.
- Tienen un tamaño reducido, con una capacidad que oscila entre las 6-15 personas. En este sentido, la evidencia empírica y la experiencia de distintos países (Holanda, Países nórdicos, el modelo norteamericano Green-House) recomiendan y suelen optar por no superar las 10-12 personas, sobre todo en el caso de las personas con demencia (Lindström,2022).
- Cada unidad de convivencia tiene un espacio propio y delimitado. Es habitual que cuente con un acceso propio que señala la entrada a la “casa” como zona privada.



- La unidad de convivencia integra espacios privados (las habitaciones o apartamentos) que son considerados viviendas con otros espacios de uso compartido que fomentan la actividad social. Suelen tener tres estancias comunes: una cocina amplia donde poder estar y realizar actividades domésticas, una sala de estar y una zona de comedor.
- Lo ideal es que cada persona tenga su propio espacio privado: una habitación o apartamento de uso individual con baño. Las habitaciones, además de permitir la privacidad, son lugares muy personalizados donde la persona puede traer sus muebles, sus pertenencias, sus recuerdos y tener así “su casa”. Por eso, se anima a que las personas y familias a que lleven sus propiedades (muebles, pertenencias) y decoren su espacio privado para construir un “hogar propio y significativo”. La habitación se considera su vivienda privada y por ello la entrada a la misma suele estar también diferenciada y personalizada.
- Es altamente recomendable contar con la existencia de un espacio exterior (jardín o terraza) y, a ser posible, con un acceso directo y de sencillo acceso desde la propia unidad. Esto se destaca como un elemento especialmente relevante para las personas con demencia, quienes así pueden moverse con libertad en un espacio exterior seguro evitando la sensación de “encierro” y malestar que provocan las unidades psicogeriatricas tradicionales y que, muchas veces, es el origen de lo que acabamos etiquetando como alteraciones de conducta.
- Las plantas y los animales de compañía son frecuentes en estos alojamientos. También pueden contar con un espacio o rincón donde puedan acercarse y jugar los niños y niñas, tanto en zonas exteriores como interiores.
- Asumen el concepto de vivienda para toda la vida, lo que implica que las personas que viven allí permanecen, si así lo desean hasta el final, no viéndose obligadas a trasladarse a otro recurso ante procesos de deterioro. Esto es algo importante a considerar, ya que en ocasiones han sido confundidas con las denominadas viviendas tuteladas, dirigidas a personas con necesidades de apoyos leves en el desenvolvimiento de su vida cotidiana (habitualmente hasta el grado 1 de la LAPAD).
- En este sentido, también se evitan los cambios de ubicación de vivienda/habitación dentro de la unidad o del centro; estos deben estar muy justificados y responder al interés de la persona (no del centro).
- Finalmente, cabe observar que la agrupación de personas convivientes en cada unidad no siempre se realiza según grupos de edad. Diversos proyectos de diferentes países ya han apostado por alojamientos intergeneracionales (Sancho y Martínez, 2020).



Diseño ambiental hogareño

- En el diseño ambiental de centros residenciales, la percepción de ambiente hogareño es una de las variables que tienen un mayor peso en cuanto a predicción de adaptación y bienestar personal (Møller & Knudstrup, 2008). En contrapartida, el ambiente “institucional” se asocia con una menor adaptación y con diversas manifestaciones de malestar emocional, sobre todo en las personas con demencia o discapacidad cognitiva importante -agitación, apatía, alteraciones del comportamiento- (Brawley, 2006).
- Se han identificado algunos elementos y características ambientales que han sido reconocidos como potenciadores de un ambiente hogareño en los entornos residenciales (Brawley, 2006; Chaudhury, 2013; Mølle & Knudstrup, 2008; Regnier, 2012). Cabe destacar los siguientes:
 - Las unidades residenciales de tamaño reducido, entre 8-12 personas, sobre todo cuando las personas tienen grandes necesidades de apoyo.
 - Los pasillos decorados, evitando la impresión de pasillo largo “institucional”.
 - La decoración hogareña, con mobiliario, objetos decorativos y rincones cuidados.
 - Las habitaciones individuales altamente personalizadas (con objetos, artículos de casa, pertenencias personales, fotografías significativas, etc.).
 - Las entradas a las viviendas (habitaciones/apartamentos) personalizadas con elementos identitarios (vitricas, imágenes personalizadas...).
 - La iluminación con efecto de calidez ambiental (lámparas y luces indirectas, eliminación de luz de neones, etc.).
 - La decoración adulta, sin elementos propios de la etapa escolar o edad infantil.
 - Las medidas que permiten guardar los productos de apoyo y artículos sanitarios (sillas de ruedas, grúas, carros, dispensadores de medicación, cuñas, absorbentes, etc.) sin que queden a la vista.
 - Una disposición de los asientos en las salas que faciliten la interacción (no en hilera o alineados de espalda a la pared).
 - La existencia de plantas y flores cuidadas.
 - La opción de poder convivir y relacionarse con pequeñas mascotas.
 - Un nivel de ruido controlado (voces, megafonía, ruidos de golpes, etc.) transmitiendo un ambiente tranquilo.
 - La atención al sentido del olfato, evitando los malos olores y estimulando los agradables y “caseros” (a repostería, a café, a ropa lavada, a flores...).



- El uso por parte del personal de ropa de trabajo “normalizada”, abandonando los uniformes de tipo hospitalario/sanitario.
- La eliminación de los puestos de vigilancia o control tipo hospitalario.
- El acceso fácil a una zona exterior o jardín segura y agradable que permita a las personas salir a tomar el aire, a pasear o a relacionarse con otras personas.

Organización de la vida cotidiana desde la búsqueda del bienestar

- La actividad cotidiana la deciden fundamentalmente las personas que allí viven junto con los profesionales que les cuidan. Los cuidados y actividades se organizan desde las preferencias, rutinas y ritmos de las personas. La planificación del día a día no se vincula a horarios estrictos y al cumplimiento de tareas asistenciales programadas para todo el centro. Se concede tiempo y espacio a la actividad espontánea, aprovechando oportunidades que van surgiendo en la vida normal. Como ya se ha señalado, se busca reproducir un modo de vida parecido al de una casa.
- Las unidades de convivencia de un centro suelen tener un sistema de funcionamiento bastante independiente, con horarios y actividades que se deciden en cada unidad y no desde la programación general del centro. Los cuidados personales, las actividades, los horarios, se adaptan en la medida de lo posible a cada persona. Quizás se necesiten algunos horarios fijos, como comidas y cenas, cuando la comida se provea desde una cocina centralizada, pero el resto de actividad cotidiana (levantarse, acostarse, actividades) se decide en cada unidad teniendo en cuenta las preferencias de las personas y que además pueda tener un desarrollo flexible cada día.
- En las Unidades de convivencia se intenta crear entornos cotidianos significativos donde se perciba un ambiente hogareño. Se parte de que lo cotidiano y, concretamente, las actividades que forman parte del día a día, son potencialmente espacios y momentos terapéuticos, pensados, sobre todo, para generar bienestar.
- Se buscan y proponen apoyos personalizados de modo que cada persona pueda realizar actividades a lo largo del día que sean acordes a su modo de vida. Los y las profesionales se esfuerzan en facilitar un modo de vida parecido al hogar y por ello se anima a la realización de actividades cotidianas (cocinar, cuidar las plantas, poner y quitar la mesa, salir a la compra, ver la tele, escuchar música, mantener contacto con otras personas, realizar sus aficiones, etc.), siempre que sean del agrado de las personas.
- La participación de familiares y voluntarios/as en el desarrollo diario de las distintas actividades es algo también muy importante, fomentando y apoyando su presencia en la vida cotidiana de cada unidad.



Relaciones sociales y cercanía con la comunidad

- Como se acaba de mencionar, las familias colaboran en la vida cotidiana de cada unidad, se implican en la organización de ciertas actividades y tienen una presencia importante. Se pretende, con este tipo de relación y dinámica del día a día, ir construyendo relaciones de confianza. Otorgan a las familias un papel central, se les considera “aliadas” imprescindibles en el cuidado.
- Las unidades de convivencia se conciben como recursos que deben formar parte de su entorno comunitario. Por ello se facilitan salidas por el barrio (hacer la compra, dar paseos, ir a una cafetería, usar servicios culturales...) y se fomenta el contacto habitual con sus vecinos, con su barrio y con su comunidad.
- También se nutren de proyectos de voluntariado para poder acompañar a las personas en salidas, actividades personalizadas, así como actividades de ocio grupales.
- Los encuentros y proyectos intergeneracionales que permiten conectar a quienes conviven en una unidad de convivencia con diferentes grupos su comunidad y vecinos, son también una actividad frecuente en este tipo de alojamientos.

Profesionales: rol y organización de los cuidados

- Las unidades de convivencia modelo hogareño ofrecen una atención profesional durante las 24 horas del día, incluyendo las atenciones diversas que pueden precisar personas con altos niveles de dependencia.
- El cuidado continuado es dispensado por auxiliares, gerocultores o categoría similar. Un/a enfermero/a suele estar disponible de forma estable para varias unidades.
- Los cuidadores/as de cada unidad (gerocultores/as, auxiliares de enfermería, técnicos de cuidados o categoría similar) son estables en cada unidad, no rotan por las distintas unidades o plantas del centro.
- Los cuidadores/as son polivalentes en sus cometidos y cuentan con una formación importante. Además de ofrecer cuidados personales también estimulan y dan apoyo a las personas para que puedan seguir realizando un conjunto variado de actividades de la vida cotidiana (preparar alguna comida, ordenar la casa, lavar y cuidado de alguna ropa, lavado de algunos artículos, etc.). Para todo ello es primordial su capacidad de escucha, sus habilidades para buscar oportunidades y actividades que desarrollen la autonomía, la independencia y el bienestar de las personas.
- Los profesionales en una unidad de convivencia acompañan a las personas para que puedan disfrutar de una vida cotidiana acorde a su identidad y preferencias. No se centran en realizar un conjunto seriado de tareas, éstas están pensadas siempre desde la lógica del bienestar de cada persona, algo que solo lo permiten los entornos que permiten un cuidado personalizado.



- Otros profesionales (animadores, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos, etc.), no están adscritos de una forma fija a cada unidad. Pueden dar soporte a las distintas unidades, bien siendo equipos propios del centro, bien formando parte de equipos de servicios de la comunidad. Su papel es apoyar y asesorar al equipo estable de cada unidad. No es tan importante cuántos profesionales hay como qué tipo de actuaciones realizan en distintos procesos de atención, pensando siempre en la calidad de vida de las personas (López y Martínez, 2022).
- Para garantizar la atención personalizada en distintas iniciativas se pone en marcha la metodología del profesional de referencia, cuyos cometidos son asumidos por los auxiliares de la unidad, quienes asumen una especial “toma a cargo” de un número limitado de personas (entre 2 y 4). Cumplen así un papel muy especial siendo la persona de confianza y la encargada de velar por la atención personalizada. Esta figura cumple un importante apoyo individual desde la acogida, para así facilitar la adaptación de cada persona (y de su grupo familiar) y su integración en la unidad desde un primer momento.



4/ Beneficios de las Unidades de Convivencia frente al modelo residencial tradicional

Es importante saber que, además de la fundamentación ética de estos modelos de atención -lo cual solo ya justificaría su apoyo-, ya disponemos de evidencias científicas que señalan distintos efectos positivos, lo cuales no solo tienen que ver con las personas mayores, sino también con sus familiares y, especialmente, con el conjunto de profesionales que dispensan los cuidados.

Distintos estudios realizados en las dos últimas décadas, dirigidos a comparar las unidades de convivencia frente a las residencias tradicionales, han concluido beneficios diversos en favor de las primeras. Seguidamente se resumen los principales hallazgos.

Efectos positivos en la calidad de vida de las personas usuarias

- Las unidades de convivencia orientadas desde la ACP han mostrado su efectividad para la mejora de la calidad de vida de las personas, especialmente de aquellas que tienen deterioro cognitivo, demencia o una importante discapacidad intelectual.
- Distintas investigaciones concluyen que se reduce la agitación, las alteraciones de conducta y se incrementa la implicación en el entorno. Recibir cuidados en grupos pequeños y espacios domésticos genera mayor bienestar entre las personas con necesidades intensas de apoyo, normalizando, en la medida de lo posible, su vida cotidiana y reduciendo sensiblemente los problemas de conducta.
- Estudios que han encontrado alguno de estos beneficios:
 - Ashburner et al., 2004
 - Ballard et al., 2018
 - Bergman-Evans, 2004
 - Brownie & Nancarrow, 2013
 - Chenoweth et al., 2014
 - Duan et al., 2022
 - García-Soler et al., 2017
 - Ho et al., 2021
 - Kane et al., 2007, 2014
 - Moniz et al., 2003
 - Morgan-Brown et al., 2013
 - Nakanishi et al., 2012
 - Nygaard, Halvorsrud, Grov, & Bergland, 2020
 - Poey et al., 2017
 - Rijnaard et al., 2016
 - Robinson & Roshe, 2006
 - Sjogren et al., 2013



- Sloane et al., 2004
- Terada et al., 2013
- Yasuda & Sakakibara, 2017
- Yoon, 2018
- Zimmerman et al., 2013

Incremento de la satisfacción con el servicio

- Por otra parte, distintos trabajos han mostrado el aumento de la satisfacción residencial tanto por parte las personas usuarias como de sus familiares, quienes, a su vez, logran una mayor implicación en el cuidado y vida cotidiana del centro:
 - Diaz-Veiga et. al, 2014
 - Duan et al, 2022
 - Lum et al., 2008
 - Lood et al., 2019
 - Lood et al, 2020
 - McKeown et al., 2010
 - Poey et al., 2017

Efectos positivos en los y las profesionales

- Cobra un especial interés el que cada vez más investigaciones concluyen sobre los efectos altamente beneficiosos que estos nuevos modelos residenciales tienen para los profesionales que allí trabajan.
- Estos efectos positivos tienen que ver con una mayor satisfacción laboral, con un menor estrés laboral, especialmente lo que se ha denominado como “estrés de conciencia”, el que cabe ser definido en este contexto como el malestar que produce al trabajador sentir que está cuidando de una forma no adecuada, variable que, a su vez, ha sido identificada como un importante predictor del burn out.
- También se ha encontrado una reducción significativa de los tres factores que definen el síndrome del burn-out (agotamiento emocional, despersonalización y escasa realización personal en el trabajo).
- Estudios que señalan estos efectos:
 - Alfredson & Anneerstedt, 1994
 - Ashburner et al.,2004
 - Brownie & Nancarrow, 2013
 - Choi, Kim, & Yoon, 2020
 - Dilley & Geboy, 2010
 - Edwrdsson et al., 2014
 - Hayajneh & Shehadeh, 2014
 - Martínez, 2015
 - McCormack et al., 2010



- Passalacqua & Harwood, 2012
- Rajamohan, Porock & Chang, 2019
- Roen et al., 2018
- Sjögren et al., 2015
- Te Boerhorst et al., 2008
- Van del Pol-Grevelink et al., 2012
- Vassbø et al., 2019
- Willemse, et al., 2015

Resultados de gestión e indicadores de calidad asistencial

- Así mismo, distintos informes comparten resultados positivos referidos a la gestión de los servicios como reducción del absentismo laboral, reducción del abandono del puesto de trabajo o una mayor ocupación de los centros (Bowman & Schoeneman, 2006; Collins, 2009; Pioneer Network; Robinson & Roshe, 2006; Wunderluch & Kohler, 2001; Ho et al., 2021).
- Finalmente, hay que citar algunos trabajos más específicos que muestran mejoras en algunos indicadores clínicos de calidad asistencial: reducción en la prescripción de psicofármacos (Fossey et al., 2006; Coleman et al., 2002; Boekhorst et al., 2009); mejora en el estado de la piel (Sloane et al., 2004), reducción del estreñimiento (Palese et al., 2011), la mejora de la higiene bucal (Zimmerman et al., 2014) o a reducción de la utilización de sujeciones físicas (Chang et al., 2013).



5/ La situación actual en España. Retos y algunos riesgos a evitar

Los principales retos

Las conclusiones de la inadecuación del modelo residencial institucional en cuanto a calidad de vida junto con el elevado número de muertes en la pandemia, ha contribuido a una mayor concienciación social sobre la necesidad imperiosa de avanzar hacia un modelo residencial “diferente”. Un modelo que sea más seguro pero que permita desarrollar un cuidado donde las personas no pierdan el control de su vida y donde se busque el bienestar de los que allí viven y conviven (personas mayores, familias y profesionales). Un equilibrio que no siempre es fácil conseguir.

La tragedia acontecida en las residencias por la Covid-19 ha afectado, especialmente, aunque no de forma exclusiva, a los centros que comparten ciertas características del modelo institucional (tamaño grande, habitaciones compartidas, espacios de convivencia para muchas personas y escasa separación o rotación de profesionales dentro del centro). Distintos trabajos de investigación e informes subrayan estas características que, junto con la incidencia en la comunidad del virus, han sido predictores tanto del número de contagios como de la mortalidad acontecida en las residencias de personas mayores en las primeras olas antes de que los residentes tuvieran la vacunación completa (Barrera et al., 2021; Comas-Herrera et al., 2020; Del Pino et al., 2020; POSEB, 2020, Zunzunegui et al., 2022).

Los países más desarrollados en políticas sociosanitarias, desde hace décadas, buscan un cambio en los cuidados de larga duración, transitando lo que ha se ha venido a denominar como el itinerario de la “des-institucionalización”. El objetivo principal es otorgar a las personas apoyos que les permitan vivir en casa y, cuando esto no sea posible, ofrecer alternativas de cuidado residencial en entornos que permita vivir “como en casa”. El bienestar de las personas toma un lugar central y se evita que estas, por vivir en centros, tengan que someterse al dictado de normas y protocolos rígidos que no tienen en cuenta las características y deseos individuales.

La Estrategia Europea de Cuidados establece una agenda para mejorar la situación tanto de los cuidadores como de los beneficiarios de los cuidados. Se dirige a garantizar servicios de atención de calidad, asequibles y accesibles con mejores condiciones de trabajo, igualdad de género y equilibrio entre la vida laboral y personal de los cuidadores. Una de las dos recomendaciones que están elaborando atañe específicamente a los cuidados de larga duración (Consejo de la Unión Europea, 2022).

De este modo la UE subraya la necesidad de contar con servicios diversos, flexibles y complementarios en el cuidado de larga duración, destacando el peso y valor de los cuidados en casa y comunitarios para un escenario futuro, especialmente, tras lo acontecido y visibilizado en la pandemia.



Un horizonte que todavía en España se vislumbra lejano, sobre todo por los diversos asuntos a los que necesitamos dar respuesta. Tomando como principal referencia los trabajos ya publicados con Mayte Sancho (Sancho y Martínez, 2020, 2021), me parece oportuno señalar algunos de los retos a los que en la actualidad nos enfrentamos en cuanto al necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración en nuestro país:

Reto 1/ Apostar decididamente por incrementar los apoyos y servicios que permitan vivir a quienes precisan cuidados en su casa y en conexión con su comunidad. Lo que la mayoría de las personas queremos. Un objetivo que precisa incremento no solo de la cobertura de estos servicios sino de su intensidad, de su diversificación y, obviamente, de su financiación.

Reto 2/ Reorientar el modelo residencial. Las residencias siguen siendo necesarias- sobre todo para las personas con una demencia avanzada o niveles altos de dependencia-, pero deben abordar un cambio muy relevante. El último acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), impulsado desde el gobierno central, supone un giro cualitativo en la concepción del cuidado residencial, acorde a las directrices europeas. A muchos les parece insuficiente y a otros inviable, sin embargo, creo que ha de ser reconocido como una oportunidad para apoyar y desarrollar, con el compromiso de las comunidades autónomas y el sector privado, el necesario e inaplazable giro que desde hace décadas necesitábamos.

Reto 3/ Reformular el concepto de la calidad de los servicios desde el prisma de la calidad de vida percibida, lo que afecta no solo al diseño de los centros, de sus procedimientos organizativos y de sus intervenciones sino a la evaluación de la calidad de los mismos.

Reto 4/ Modificar los actuales sistemas de inspección y el tipo de controles que se realizan por parte de las administraciones competentes, avanzando del cumplimiento de requisitos materiales y funcionales a la evaluación y apoyo de la calidad de la atención dispensada, teniendo mayor peso los resultados en las personas.

Reto 5/ Reconocer la importancia del factor organizacional en los cuidados profesionales, otorgando una máxima relevancia al cuidado de las relaciones interpersonales y al acompañamiento y supervisión de los servicios, equipos y personas. Algo, lamentablemente, bastante descuidado tanto el sector público como en el privado y que la evidencia científica también destaca como un elemento clave en la calidad del cuidado. Las relaciones interpersonales entre los actores implicados en el cuidado es una de las piezas angulares del cuidado desde el marco ético del buen trato.

Reto 6/ Dignificar y fidelizar el trabajo en el sector del cuidado, lo que implica además de un mayor reconocimiento social y de una formación más global dando mayor peso a las competencias, éticas y relaciones, defender una justa retribución económica que iguale a los profesionales de los servicios sociales a quienes realizan labores similares en el campo sanitario.



Reto 7/ Mejorar la coordinación con el resto de servicios de la comunidad, especialmente con el sistema público de salud, responsable en nuestro país de una atención sanitaria universal para toda la ciudadanía, viva donde viva, pero también con el resto de recursos y agentes de la comunidad, avanzando hacia la idea de ecosistemas locales de cuidados.

Reto 8/ Asegurar una financiación suficiente que permita alternativas de cuidados personalizados sostenibles y adaptadas a las distintas realidades territoriales. Una financiación que debe ir ligada al control y apoyo de la calidad de la atención dispensada. Financiación que debe contemplar no solo el incremento de recursos sino una mayor ratio de profesionales de atención directa continuada y una mejor retribución económica de estos.

Algunos riesgos

A pesar de todas ventajas y del conocimiento existente, las unidades de convivencia es una opción controvertida que despierta dudas y discusión en nuestro país.

La búsqueda de opciones viables y eficientes para poner en marcha este nuevo modelo residencial es, evidentemente, una cuestión necesaria y hacia ello parece que vamos avanzando. Sin embargo, algunas propuestas que van surgiendo y recientemente se escuchan, entrañan, a mi juicio, ciertos riesgos que creo que deben ser identificados y sopesados. A ellos me referiré seguidamente.

El tamaño de la unidad de convivencia

Las experiencias exitosas publicadas sugieren una capacidad limitada de las unidades de convivencia modelo hogareño, de no más de 10-12 personas (Lindström, 2022). Según la práctica de algunos países, como es el caso de Holanda y de Países Nórdicos, un número adecuado, sobre todo pensando en personas con demencia, es entre 6-12 personas.

En el ámbito internacional que pretende avanzar en esta línea no es frecuente encontrar unidades de convivencia, que realmente correspondan al modelo hogareño, con una capacidad superior a 10-15 plazas. Sin embargo, en algunos modelos de servicio, con el objetivo de lograr plantillas sostenibles sin incrementar excesivamente los ratios, se están diseñando para acoger a más personas. La evidencia científica desaconseja unidades de mayor tamaño (Lindström, 2022), especialmente cuando estas tienen grandes necesidades de apoyo. Una unidad grande tiene el alto riesgo de reproducir ambientes institucionales de los que se pretende alejarse. Una unidad de convivencia de 25/30 plazas se acaba asemejando más a una “planta” de una residencia tradicional que a un lugar de cuidados donde se intenta cuidar en un ambiente familiar y hogareño.

Por otro lado, existen algunas iniciativas, basadas en propuestas de diseño ambiental flexible que buscan una mayor eficiencia organizativa, como es el caso de diseños de unidades de convivencia que permiten unir, por ejemplo, dos unidades de 15 plazas en las zonas comunes. Sin restar el interés que alguno de estos diseños pueda tener para facilitar la realización de ciertas actividades en las que tienen sentido un número mayor de persona,



tienen el riesgo grave de acabar convirtiéndose definitivamente en grandes unidades residenciales de forma permanente. Hemos de estar atentos, evitando que esta alternativa sea al final una especie de “truco” para pasar el trámite de autorización y acabar funcionando como una unidad de convivencia de doble capacidad.

La unidad de convivencia, más allá del espacio físico

Otro riesgo, no menor, es entender que la unidad de convivencia atañe solo a una mejora o a un cambio en el diseño ambiental. Sin restar importancia al impacto altamente contrastado que el espacio físico tiene en la conducta y en las interacciones que las personas mantenemos, es primordial tomar consciencia de que el modelo de atención en estos recursos va mucho más allá. Tiene que ver con un cambio en la mirada a las personas que reciben cuidados, en el tipo de relación que se mantiene y en el tipo de vida cotidiana que se busca y propicia. Tiene que ver, además, con el propio concepto de servicio y organización, donde las personas, en plural, son el centro. Esto requiere de una apuesta clara de la organización y de que todo el centro se impregne de una cultura del cuidado centrada en las personas.

El espacio físico es un claro facilitador de estos procesos de transformación, pero no son la esencia del cambio ni el factor único sobre el que se ha de intervenir.

Los profesionales: suficientes, alienados, formados

Las unidades de convivencia requieren profesionales de atención directa continuada suficientes, formados, implicados y flexibles. Si la ratio es baja, la atención personalizada puede acabar siendo una “misión imposible” que solo consiga generar estrés y frustración en el personal.

Las ratios profesionales de países avanzados quizás sean insostenibles para nuestra realidad actual, pero es importante considerar que un aspecto importante es la ratio de profesionales de atención directa continuada por turno en cada unidad (la normativa sueca, por ejemplo, así lo fija).

En este sentido, para los turnos de día y tarde, a tenor de las experiencias exitosas existentes, la ratio de atención directa continua no debería ser inferior a 1 auxiliar (o categoría similar) por cada 6/7 personas usuarias, pensando que en este tipo de unidades convivan básicamente personas con grados de dependencia II y III.

Competencias laborales flexibles y trabajo en equipo

El cuidado y vida en una unidad de convivencia hace necesaria una mayor flexibilidad en los cometidos profesionales del cuidado. No es posible avanzar desde la idea de “esto no es mi función”. Es necesario, por tanto, avanzar hacia cierta polivalencia en el cuidado, desde la clave de cometidos de apoyo a la vida cotidiana de las personas (trabajador universal, asistente personal), lo cual no quiere decir que todos los profesionales puedan hacer de todo. Experiencias como la figura profesional en el cuidado del Shahbaz (en plural



shahbazim), creada en el modelo Green House puede ser un referente inspirador (Sancho y Martínez, 2020).

El trabajo interdisciplinar desde la cooperación debe posibilitar una nueva perspectiva para organizar el trabajo en estas unidades. La habitual rigidez laboral desde la lógica de las funciones inamovibles y del reparto inflexible de tareas, donde siempre queda algo que “no es de nadie”, es un riesgo importante para hacer realidad este nuevo modelo de cuidados en los entornos residenciales.

Un asunto que laboralmente suele resultar polémico, pero que a mi juicio ha de ser abordado con altura de miras, con mucho diálogo, buscando consensos y poniendo, realmente, en el centro a las personas.

En resumen, las unidades de convivencia siguen despertando todavía bastantes reticencias, en parte por las dudas sobre la viabilidad económica de las mismas y su sostenibilidad. Pero, en mi opinión, no es solo por eso. Creo que no hemos adquirido la suficiente consciencia en el sector ni en la población general de que el modelo residencial tradicional requiere de modificaciones sustanciales, no solo en la mejora de las ratios profesionales o en el control de la calidad de aspectos básicos (comida, asistencia sanitaria, etc.) sino en aspectos más profundos: en la visión de las personas, en la necesaria coherencia del cuidado en el día a día con el respeto a la dignidad de las personas y en el concepto de cómo debe ser una organización dedicada al cuidado (sus prioridades, su liderazgo, su apuesta por las personas, en plural).



6/ Recomendaciones para su puesta en marcha

Para finalizar este informe me gustaría compartir algunas recomendaciones, derivadas del conocimiento expuesto, así como de conversaciones con responsables y equipos de experiencias exitosas llevadas a cabo, que puedan ser de utilidad en la puesta en marcha de proyectos de nuevas unidades de convivencia modelo hogareño en los actuales centros residenciales de nuestro país.

Deben ser entendidas como recomendaciones provisionales, ya que todavía precisamos de una mayor reflexión y de nuevas evidencias en torno a distintos asuntos, la mayoría de ellos más relacionados con los “cómos” que con los “qués”.

Recomendaciones de carácter general

- Es aconsejable que la puesta en marcha de las diferentes unidades de convivencia en el centro se realice de una **forma gradual**, ya que su adecuado funcionamiento requiere de un importante acompañamiento. Comenzar con una experiencia piloto de una o dos unidades de convivencia (iniciar dos unidades permite combinar recursos y también obtener contrastes) puede ser un buen inicio de donde se pueden extraer aprendizajes para continuar el proceso de transformación de todo el centro.
- Las unidades de convivencia son recursos que se dirigen, fundamentalmente, a **personas con necesidades de apoyo importantes** (elevada dependencia, demencia). No parece que todas las personas deseen vivir en este tipo de dispositivos, por tanto, en centros donde convivan diferentes perfiles de residentes que esta opción (aunque la tendencia que se va imponiendo es que las residencias sean dispositivos para personas con gran dependencia) no sea la única. Esto no quiere decir que el resto del centro deba seguir la alternativa institucional/tradicional, sino albergar opciones de viviendas, apartamentos con servicios y zonas comunes donde poder relacionarse en los momentos que la persona así lo decidida.
- Se recomienda que la selección de las personas que vivan en cada unidad se realice por **afinidades y modos de vida similares** que puedan facilitar una convivencia significativa según estilos personales. La organización por grados de dependencia, opción habitual utilizada para “repartir la carga de trabajo” no parece ser la opción más adecuada para el bienestar de las personas, ya que obliga a cambios, muchas veces no deseados, cuando éstas presentan un mayor deterioro. Como hemos visto, estas viviendas asumen la idea de ser viviendas “para toda la vida”. Lógicamente, esto tampoco cierra la posibilidad de cambios cuando estos claramente están justificados para el bienestar de la persona o de las personas que conviven en la unidad.
- Cada vez se reconoce de mayor interés la utilización personalizada de **nuevas tecnologías**, tanto para la activación de la vida significativa y el bienestar de las personas (por ejemplo, programas de realidad virtual, música personalizada) como para



su seguridad, evitando aplicación de sujeciones (por ejemplo, sensores en las camas para la prevención de caídas, camas que se pueden bajar, sillones reclinables, etc.).

- También es necesario apostar decididamente por la **participación de los convivientes (personas mayores, familias, profesionales)** en las decisiones de cada unidad, relacionadas con la vida cotidiana, con los cambios organizativos que se promuevan, con la organización y decoración de los espacios, etc. Esto permite implicar a las personas, hacer que sientan la unidad convivencial como algo suyo y alimentar el sentido de pertenencia y comunidad.

Profesionales

Teniendo en cuenta las experiencias exitosas, desde la prudencia, me atrevo a proponer algunas recomendaciones referidas a la composición del equipo de la unidad, a sus ratios, a la necesaria asignación estable y a una mayor polivalencia en los cometidos de los y las profesionales de atención directa continuada.

a) Profesionales de atención directa continuada (Auxiliares de enfermería o categoría similar)

No es aconsejable contar con menos de 2 auxiliares en los turnos de mañana y de tarde para cada unidad de convivencia. Cuando un profesional tenga que acompañar a una persona en tareas concretas (por ejemplo, ir al baño), el resto no pueden quedarse solos. El turno de noche se puede realizar contando con el apoyo de otro auxiliar del centro (para cambios de absorbentes, movilizaciones, etc.).

b) La figura de la coordinación de la unidad tiene una gran relevancia. Como impulsora de la filosofía de este modelo residencial y de apoyo al equipo. Es posible una dedicación compartida con varias unidades o atribuciones en el centro.

c) Apoyo de otros profesionales

- Enfermería (diario)
- Otros profesionales con presencia puntual, especialmente con rol de consultores para situaciones de cierta complejidad y asesoramiento ante respuestas innovadoras, dudas, etc.

d) La asignación estable de los y las auxiliares en las unidades (no rotación). Esta estabilidad, se refiere a la no rotación del personal de la unidad por otras unidades o por el centro, no al turno.

e) Cierta polivalencia. Como se ha comentado, se trata de la asunción por parte de los profesionales del cuidado cotidiano, del desempeño de cometidos diversos vinculados a la vida cotidiana en la unidad (preparar ciertas comidas, lavado de alguna ropa, ciertas tareas de limpieza, organización de actividades estimulativas y de ocio, paseos, etc.) así como los diversos cometidos de la figura de profesional de referencia (en relación a las personas a su “cargo”).



Presencia habitual de voluntariado y de familiares

- Es interesante poder contar con una asistencia programada de personal voluntario para colaborar con actividades y acompañar a los residentes. Esto permite a los profesionales de las unidades de convivencia una mayor movilidad de las zonas comunes y poder realizar propuestas más personalizadas. Este grupo debería ser diferente, en cuanto a su organización y compromiso, de las visitas diarias que pueda haber en cada unidad.

Metodologías para la atención personalizada

- Elaboración de las historias de vida.** Se trata de conocer aspectos importantes que permitan reconocer y comprender mejor a la persona para personalizar el cuidado y la vida cotidiana. La experiencia demuestra que la asunción del profesional de referencia en este cometido es beneficioso para generar vínculo relacional e implicación en el cuidado.
- Planes de atención y vida** que se elaboran contando con la participación de la persona y su familia. Se trata no solo de planificar las atenciones profesionales y los cuidados que cada persona necesita sino de personalizar éstos según sus preferencias y, además, apoyar metas personales que permitan a las personas desarrollar sus proyectos vitales.
- Profesional de referencia.** Esta metodología incluye distintos cometidos que desarrolla el auxiliar con las personas (entre 2-4) que están a su “carga” (elaboración de historia de vida, participación en la elaboración del plan personalizado de atención y en acompañamiento en el día a día, conexión con familiares y amistades de la comunidad, etc.). Cumple el papel de referente, de profesional de confianza que vela por la atención personalizada desde las preferencias y el bienestar de la persona.

Formación, acompañamiento y supervisión

- Trabajar en unidades de convivencia significa **asumir un rol profesional diferente** al habitual para todo el equipo, pero especialmente para los y las auxiliares, quienes deben incorporar nuevos cometidos a los que venían desarrollando.
- Ello conlleva la firme creencia en este modo de atención, que como hemos visto parte de una visión muy posicionada sobre las personas en situación de dependencia, desde el reconocimiento a su valor. Implica en muchas ocasiones **des-aprender rutinas y modos de hacer**, asunción de nuevas competencias, mayor autonomía y responsabilidad, aprendizaje de nuevas metodologías, lo que obviamente conlleva apertura y también proactividad. Esto requiere de una formación inicial y, sobre todo, de un acompañamiento continuado a los profesionales y al desarrollo del trabajo en equipo en cada unidad.
- La **formación debe partir** de una **importante reflexión sobre la visión de las personas** que precisan cuidados, especialmente de quienes tienen mayores necesidades de



apoyos. Debe incluir no solo el conocimiento de los fundamentos del cuidado desde la ACP, sino la aplicación de metodologías de atención personalizada, el desarrollo de habilidades relacionales para el empoderamiento de las personas, el trabajo en equipo, etc. La formación debe ser no solo inicial sino continuada al equipo de estas unidades, y algo muy importante, debe estar en estrecha conexión con la actividad cotidiana, no puede quedar en un marco teórico.

- La **figura de coordinación de la unidad** desempeña un papel clave para liderar el proyecto en cada centro. No puede ser cualquiera. Debe contar con formación en estos modelos y tener un claro compromiso con esta forma de ver a las personas, entender el cuidado, tener habilidades para saber apoyar al equipo y además tener capacidad y disposición para afrontar las incertidumbres y las resistencias que en estos procesos suelen producirse.

Otras consideraciones y recomendaciones

- **Liderazgo y compromiso a distintos niveles.** Es indispensable una apuesta institucional o de la entidad que lidere el proyecto, firme y comprometida, para que el proceso de cambio llegue a buen puerto y no se considere una acción aislada. Además, desde la dirección del centro debe existir un claro compromiso en llevar adelante estas iniciativas, liderando procesos participativos. Son elementos clave para que así se consiga el compromiso del resto de profesionales y de actores del cuidado.
- **Información y transparencia** dirigida a todo el centro (personas mayores, familias y profesionales). Es muy importante que todo el centro esté informado desde antes de poner en marcha los primeros pasos del proyecto. Se debe mantener información fluida y contar con el apoyo de los representantes sindicales para que puedan colaborar en el flujo de la información y evitar rumores.
- **Voluntariedad** de los profesionales y de las personas mayores para formar parte de las nuevas unidades de convivencia en el centro. Es conveniente que no sea vivido como algo impuesto, sino que se parta de la voluntariedad y compromiso de los profesionales que tienen que conocer con claridad que implica esta forma de cuidado. También con las personas y familias hay que proceder así.
- **Compromiso con la transformación progresiva del centro.** Una de las dificultades que han tenido en distintos centros cuando se inicia de forma piloto algunas unidades de convivencia, es la percepción del resto de que “solo se ocupan de la unidad”, de que no hay interés ni se hace nada para el resto, argumentando con frecuencia la discriminación para el resto de residentes que esto puede suponer. Por ello es muy recomendable clarificar esto previamente y poder pactar un plan de acción que permita introducir mejoras en el resto del centro y la ampliación de este modelo progresivamente. Las experiencias piloto que se han quedado en iniciativas aisladas en un centro, tienen el riesgo de agotarse y desvirtuarse, y, una vez finalizadas, volver de nuevo al modelo asistencial tradicional.
- Constitución de un **grupo motor** en el que participen, profesionales, personas usuarias y



familias, para apoyar la transición del centro o servicio.

- **Consideración de proyecto piloto** por parte de los servicios de inspección, con competencias en los servicios, a efectos de exigencias normativas y control. Una alianza imprescindible para dar luz verde a la iniciativa y recabar el apoyo de la administración competente.
- **Evaluación del proceso y resultados.** Es recomendable utilizar un conjunto de indicadores (de estructura, proceso y resultados) que permitan medir el progreso. Las evaluaciones internas participativas deben combinarse con evaluaciones externas que constaten avances y realicen recomendaciones para seguir avanzando.
- También resulta muy positivo que los centros puedan **conocer experiencias reales de puesta en marcha de unidades de convivencia, con sus logros y dificultades**, que han sido llevadas a cabo en otros lugares, para que los y las profesionales, familiares y personas mayores puedan conocer y comentar con quienes ya han realizado este tránsito de modelo.
- Finalmente, puede ser necesario contar con un **acompañamiento externo especializado** con experiencia real en este cambio de modelo para realizar la formación del personal y poder ofrecer asesoramiento a la dirección y a quienes coordinen las nuevas unidades.



7/ Reflexión final

En este itinerario de desinstitucionalización del cuidado de larga duración, las unidades de convivencia modelo hogareño, sin ser la única opción de cuidado alternativo al propio hogar, se muestran como una de las alternativas residenciales con mayor capacidad para facilitar este tránsito, al mostrar resultados positivos referidos a la calidad de vida, en sus distintas dimensiones, de las personas implicadas en el cuidado.

Estamos ante un viaje de transformación del modelo del cuidado residencial que ahora más que nunca se visibiliza como un objetivo urgente y necesario. Un giro que es posible, porque es una cuestión de prioridades y de acuerdos sociales. Un proceso que requiere de la implicación y apuesta de muchos actores. Un objetivo cada vez más compartido y exigido por la ciudadanía.

Un viaje que merece la pena porque las personas merecemos opciones de vida deseada y apoyos para lograrlo, en cualquier circunstancia de nuestro recorrido vital. Las personas que ahora precisan de cuidados personales y, también, las que en el futuro los necesitaremos. Dando siempre voz a las personas más vulnerable y situando a las personas, en plural, en el centro de las decisiones.



8/ Referencias

1. Alfredson, B. B., & Anneerstedt, L. (1994). Staff attitudes and job satisfaction in the care of demented elderly people: group living compared with long-term care institutions. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (5), 964-74.
2. Ashburner, C., Meyer J., Johnson, B., & Smith, C. (2004). Using action research to address loss of personhood in a continuing care setting. *Illn Crises Loss*, 12, 23–37.
3. Ballard C, Corbett A, Orrell M, Williams G, Moniz-Cook E, Romeo R, Woods B, Garrod L, Testad I, Woodward-Carlton B, Wenborn J, Knapp M, Fossey J. (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med.* 6;15(2):e1002500. doi: 10.1371/journal.pmed.1002500. PMID: 29408901; PMCID: PMC5800565.
4. Barrera, E., Estepa, F.; Sarasola, J.L.; y Malagón, J.C. (2021). COVID-19 y personas mayores en residencias: impacto según el tipo de residencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 56(4), 208-217. doi: 10.1016/j.regg.2021.02.003.
5. Bergman-Evans B. (2004). Beyond the basics: effects of the Eden Alternative model on quality of life issues. *J Gerontol Nurs.* 30, 27–34.
6. Boekhorst, S., Willemse, B., Depla, M., Eefsting, J., & Pot, A. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *International Psychogeriatrics*, 20 (5), 927-940.
7. Bowman, C.S., & Schoeneman, C. (2006). *The development of the Artifacts of Culture Change Tool*. Available in: [http://www. www.artifactsofculturechange.org](http://www.www.artifactsofculturechange.org)
8. Brownie, S., Nancarrow, S. (2013) Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Interv Aging*, 8:1-10. doi: 10.2147/CIA.S38589. Epub 2013 Jan 3. PMID: 23319855; PMCID: PMC3540911.
9. Chang YP, Li J, Porock D. The effect on nursing home resident outcomes of creating a household within a traditional structure. *J Am Med Dir Assoc.* 2013 Apr;14(4):293-9. doi: 10.1016/j.jamda.2013.01.013. Epub 2013 Feb 22. PMID: 23434319.
10. Chang, Y.P., Li, J., & Porock, D. (2013). The effect on nursing home resident outcomes of creating a Household within a traditional structure. *Journal of American Medical Directors Association (JAMDA)*, 14, 293-299.
11. Chenoweth, L., Forbes, I., Fleming, R., King, M.T., Stein-Parbury, J., Luscombe, G., Kenny, P., Jeon, Y.H., Hass, M., & Broday, H. (2014). PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26 (7), 1147-1160.



12. Choi, J., Kim, D.E., & Yoon, J.Y. (2020). Person-Centered Care Environment Associated With Care Staff Outcomes in Long-Term Care Facilities. *J Nurs Res.*, 29(1):e133. doi: 10.1097/JNR.0000000000000412. PMID: 33252502; PMCID: PMC7808347.
13. Coleman M.T., Looney, S., O'Brien, J., Ziegler, C., Pastorino, C.A., & Turner, C. (2002). The Eden Alternative: findings after 1 year of implementation. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 57, M422–M427.
14. Collins, J.H. (2009): *The person-centered way*. Lexington, KY.
15. Comas-Herrera, A., Zalakaín, J., Lemmon, E., Henderson, D., Litwin, C., Hsu, A.T., Schmidt, A.E., Arling, G., Kruse, F., & Fernández, J.L. (2020) Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. Article in LTCcovid.org, *International Long-Term Care Policy Network*, CPEC-LSE, 1 st February 2021.
16. Comisión del Consejo de la Unión Europea. (2022). *Propuesta de RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO sobre el acceso a cuidados de larga duración asequibles y de alta calidad*. Bruselas: Consejo de la Unión Europea. Disponible en: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e831a9d4-3027-11ed-975d-01aa75ed71a1/language-es/format-PDF>
17. Del Pino, E., Moreno-Fuentes, F., Cruz-Martínez, G., Hernández-Moreno, J., Moreno, L., Pereira-Puga, M., Perna, R. (2020). *Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) Madrid. <http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636>.
18. Díaz-Veiga, P., Martínez, T., Sancho, M. y Rodríguez, P. (2014). *Unidades de convivencia. Modelo de Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos*. Vitoria: Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Descargar
19. Díaz-Veiga, P., Sancho, M., García, A., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., Mondragón, G., Buiza, C., Orbeagozo, A., y Yanguas J. (2014). Efectos del modelo de atención centrada en la persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49, 266-271.
20. Díaz-Veiga, P., y Sancho, M. (2013) Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48(39), 101-102.
21. Dilley, L., & Geboy, L. (2010). Staff perspectives on person-centered care in practice. *Alzheimer's Care Today*, 11, 172–185.
22. Duan, Y., Mueller, C.A., Yu, F., Talley, K.M., Shippee, T.P. (2022). The Relationships of Nursing Home Culture Change Practices With Resident Quality of Life and Family Satisfaction: Toward a More Nuanced Understanding. *Res Aging.*, 44(2):174-185. doi: 10.1177/01640275211012652. Epub 2021 May 11. PMID: 33973498; PMCID: PMC9126004.
23. Edvardsson, D., Sandman, P.O., & Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived



- person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26, 7, 1171-1179.
24. Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R., Howard, R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ*, 332, 756–761.
 25. García, A., Díaz-Veiga, P., Suárez, N., Mondragón, G., y Sancho, M. (2017). Estudio de la implicación en un grupo de personas con demencia con atención tradicional y un grupo con atención centrada en la persona. *Revista española de geriatría y gerontología*, 52 (2), 65-70.
 26. Grupo de Investigación 'Políticas Sociales y Estado del Bienestar' (POSEB) (2020). *Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Madrid: Instituto de Políticas y Bienes Públicos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
 27. Hayajneh, F.A., & Shehadeh, A. (2014). The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: An interventional study. *Int J Nurs Pract.*, 20, 4, 438-45.
 28. Herranz, D. (2012). *Envejecimiento, vivienda y entorno. Informe de investigación cualitativa*. San Sebastián: Matía Fundación.
 29. Ho, P., Cheong, R.C.Y., Ong, S.P., Fusek, C., Wee, S.L., Yap, P.L.K. (2021). Person-Centred Care Transformation in a Nursing Home for Residents with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 11(1):1-9. doi: 10.1159/000513069. PMID: 33790933; PMCID: PMC7989831.
 30. Kane, R.A., Lum, T.Y., Cutler, L.J., Degenholtz, H.B., & Yu, T.C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial green house program. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 832–839.
 31. Lindström, A. (2022). Las oportunidades 179 de bienestar que aportan las pequeñas unidades de convivencia de no más de 10/12 personas. En P. Rodríguez (coord.) *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores*, 179-196. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.
 32. Lindström, A. (2022). Las oportunidades de bienestar que aportan las pequeñas unidades de convivencia de no más de 10/12 personas. En P. Rodríguez (coord.) *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores* (pp. 179-196). Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.
 33. Lood, Q., Kirkevold, M., Sjögren, K., Bergland, Å., Sandman, P.O., Edvardsson, D. (2019), Associations between person-centred climate and perceived quality of care in nursing homes: A cross-sectional study of relatives' experiences. *J Adv Nurs*, 75(11):2526-2534. doi: 10.1111/jan.14011. Epub 2019 Apr 26. PMID: 30937934.
 34. Lood, Q., Sjögren, K., Bergland, Å., Lindkvist, M., Kirkevold, M., Sandman, P.O., Edvardsson, D. (2020). Effects of a staff education programme about person-centred care and promotion



of thriving on relatives' satisfaction with quality of care in nursing homes: a multi-centre, non-equivalent controlled before-after trial. *BMC Geriatr.*, 20(1):268. doi: 10.1186/s12877-020-01677-7. PMID: 32738880; PMCID: PMC7395407.

35. López, A. y Martínez, J. (2022). La atención de calidad depende del trabajo profesional, no de su integración en la plantilla del centro. En P. Rodríguez (coord.) *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores* (pp. 137-162). Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.
36. Lum, T.Y., Kane, R.A., Cutler L.J., & Yu, T.C. (2008). Effects of Green House nursing home son resident's families. *Health Care Financing Review*, 30, 35-51.
37. Martínez, T. (2010). Urge cambiar el modelo residencial. *N3wes Tercera Edad*, 10.
38. Martínez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención e instrumentos de evaluación*. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Oviedo.
39. Martínez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía Personal.
40. McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A, Manning, M., Peelonkilroe, L., Tobin, C., & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 93–107.
41. McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 148–158.
42. McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 148–158.
43. Mo, S., & Shi, J. (2020). The Psychological Consequences of the COVID-19 on Residents and Staff in Nursing Homes., *Aging and Retirement*, 6, 4, 254–259.
44. Moniz Cook, E., Stokes, G., & Agar, S. (2003). Difficult behaviour and dementia in nursing homes: five cases of psychosocial intervention. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 197–208.
45. Morgan-Brown, M., Newton, R., & Ormerod, M. (2013). Engaging life into two nursing home units for people with dementia: Quantitativ comparisons before and after implementing household environments. *Aging & Mental Health*, 17 (1), 57-65.
46. Nakanishi, M., Nakashima, T., & Sawamura, K. (2012). Quality of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 59 (1):3-10.



47. Nygaard, A., Halvorsrud, L., Grov, E.K., Bergland, A. (2020). What matters to you when the nursing is your home: a qualitative study on the views of residents with dementia living in nursing homes. *BMC Geriatr.* 2020 Jun 29;20(1):227. doi: 10.1186/s12877-020-01612-w.
48. Palese, A., Granzotto, D., Broll, M. G., & Carlesso, N. (2010). From health organization-centred standardization work process to a personhood-centred care process in an Italian nursing home: effectiveness on bowel elimination model. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 179–187.
49. Passalacqua, S.A., & Harwood, J. (2012). VIPS communication skills training for paraprofessional dementia caregivers: an intervention to increase person-centered dementia care. *Clinical Gerontologist*, 35, 425–445.
50. Poey JL, Hermer L, Cornelison L, Kaup ML, Drake P, Stone RI, Doll G. Does Person-Centered Care Improve Residents' Satisfaction With Nursing Home Quality? (2017) *J Am Med Dir Assoc.* 1;18(11):974-979. doi: 10.1016/j.jamda.2017.06.007.
51. Rajamohan, S., Porock, D., & Chang, Y.P. (2019). Understanding the Relationship Between Staff and Job Satisfaction, Stress, Turnover, and Staff Outcomes in the Person-Centered Care Nursing Home Arena. *J Nurs Scholarsh*, 51(5):560-568. doi: 10.1111/jnu.12488. Epub 2019 Jun 27. PMID: 31245922.
52. Rijnaard, M.D., van Hoof, J., Janssen, B.M., Verbeek, H., Pocornie, W., Eijkelenboom, A., Beerens, H.C., Molony, S.L., Wouters, E.J. (2016). The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents. *J Aging Res.* 2016;2016:6143645. doi: 10.1155/2016/6143645. Epub 2016 May 23. PMID: 27313892; PMCID: PMC4893593.
53. Robinson, S.B., & Roshe, R.B. (2006). Tangling with the barriers to culture change: creating a resident-centered nursing home environment. *J Gerontol Nurs*, 32, 19–27.
54. Rodríguez, P. (2012). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. *Actas de la Dependencia*, 3, 6-40.
55. Rodríguez, P. (2021). *Las residencias que queremos. Cuidados y vida con sentido.* Madrid: Catarata.
56. Roen, I., Kirkevold, O., Testad, I. et al. (2018) Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staf characteristics: a cross-sectional survey. *Int Psychogeriatr*, 30, 1279–1290.
57. Sancho, M. (2020) Alojamientos para personas mayores. La experiencia Internacional. *RIEV* 66, 1-2 (en-dic, 2020), ISSN: 0212-7016.
58. Sancho, M., y Martínez, T. (2020). *Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos. Residencias, no más de lo mismo.* Gerencia de Servicios Sociales. Junta de Castilla y León.



59. Sancho, M., y Martínez, T. (2021). El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la Covid-19. En A. Blanco, A. Chueca, J.A. López-Ruiz y S. Mora, *Informe España 2021* (pp. 337-397). Salamanca: Universidad Pontificia Comillas. Cátedra J. M. Martín Patino.
60. Sjogren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.O., Zingmar, K., & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*, doi: 10.1111/jan.12085
61. Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.O., Zingmark, K., Edvardsson, D. (2015). To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *J Clin Nurs.*, 24(9-10):1310-9. doi: 10.1111/jocn.12734. Epub 2014 Nov 25. PMID: 25420415.
62. Sloane, P.D., Hoeffler, B., Mitchell, C.M., McKenzie, D.A., Barrick, A.L., Rader, J., Stewart, B.J., Talerico, K.A., Rasin, J.H., Zink, R.C., & Koch, G.G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1795–1804.
63. Te Boerhorst, S., Willemse, B., Depla, M.F., Efesting, J.A., & Pot, A.M. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *International Psychogeriatrics*, 20 (5), 927-940.
64. Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N. Sasaki, K., & Uchitomi, Y. (2013). Person-centered care and quality of life patients with dementia in long term care facilities. *Psychiatry Research*, 205, 103-108.
65. Tibbitts, C. (1960). *Hand book of Social Gerontology: Societal Aspects of Aging*, Chicago: The University of Chicago Press.
66. Townsend, P. (1962). *The last Refuge. A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
67. Van den Pol-Grevelink, A., Jukema, J.S., & Smits, C.H.M. (2012). Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 219- 229.
68. Vassbø, T.K., Kirkevold, M., Edvardsson, D., Sjögren, K., Lood, Q., Sandman, P.O., Bergland, Å. (2019) Associations between job satisfaction, person-centredness, and ethically difficult situations in nursing homes-A cross-sectional study. *J Adv Nurs*, 75(5):979-988. doi: 10.1111/jan.13890. Epub 2018 Nov 20. PMID: 30375019.
69. Vassbø, T.K., Kirkevold, M., Edvardsson, D., Sjögren, K., Lood, Q., Sandman, P.O., Bergland, Å. (2019) Associations between job satisfaction, person-centredness, and ethically difficult situations in nursing homes-A cross-sectional study. *J Adv Nurs*, 75(5):979-988. doi: 10.1111/jan.13890. Epub 2018 Nov 20. PMID: 30375019.



70. Willemse, B.M., De Jonge, J., Smit, D., Visser, Q., Depla, M.F., Pot, A.M. (2015). Staff's person-centredness in dementia care in relation to job characteristics and job-related well-being: a cross-sectional survey in nursing homes. *J Adv Nurs.*, 71(2):404-16. doi: 10.1111/jan.12505. Epub 2014 Aug 14. PMID: 25123418.
71. Wunderluch, G.S., & Kohler, P.O. (2001). *Improving the quality of Long Term Care*. Washington: IOM, National Academy Press.
72. Yasuda M, Sakakibara H. (2017). Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *Aging Ment Health*, 21(9):991-996. doi: 10.1080/13607863.2016.1191056. Epub 2016 Jun 1. PMID: 27248843.
73. Yoon, J.Y. (2018). Relationships among person-centered care, nursing home adjustment, and life satisfaction: a cross-sectional survey study. *Int Psychogeriatr.*, 30(10):1519-1530. doi: 10.1017/S1041610218000194. Epub 2018 Apr 2. PMID: 29606154.
74. Zimmerman, S., Anderson, W., Brode, S., Jonas, D., Lux, L., Beeber, A., & Sloane, P. D. (2013). Systematic reviews: Effective characteristics of nursing homes and other residential long-term care settings for people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, 1399-1409. doi:10.1111/jgs.12372.
75. Zimmerman, S., Shier, V., & Saliba, D. (2014). Transforming Nursing Home Culture: Evidence for Practice and Policy. *The Gerontologist*, 54, S1, S1–S5.
76. Zimmerman, S., Dumond-Stryker, C., Tandan, M., Preisser, J.S., Wretman, C.J., Howell, A., & Ryan, S. (2021). Nontraditional Small House Nursing Homes Have Fewer COVID-19 Cases and Deaths, *Journal of the American Medical Directors Association*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.01.069>.
77. Zunzunegui, M.V.; Beland, F., Rico, M.; García López, F.J. (2022). Long-Term Care Home Size Association with COVID-19 Infection and Mortality in Catalonia in March and April 2020. *Epidemiologia* 2022, 3(3), 369-390; <https://doi.org/10.3390/epidemiologia3030029>.

