

# Unidades de convivencia para personas mayores en el marco del proceso de desinstitucionalización

## **Pura Díaz-Veiga**

Investigadora independiente  
diazveiga@gmail.com

## **Mayte Sancho Castiello**

Investigadora independiente

## **Teresa Martínez Rodríguez**

Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, Principado de Asturias

Artikulu honetan laguntza behar duten adinekoentzako bizikidetzaren unitateen analisia aurkezten da. Nazioartean ostatu-ereduen bilakaeratik abiatuta, ostatu-aukera horrek Espainiako iraupen luzeko arreta-sistemaren birkonbertsio-prozesuan dituen aukerei erreparatzen zaie. Era berean, ebidentziaren ikuspegitik egokitzapen mota hau definitzen duten dimentsioen analisia deskribatzen da, azkenik, ezartzeko eta garatzeko zenbait proposamen eskainiz.

### **Gako-hitzak:**

Egoitzak, epe luzeko arreta, elkarbizitza unitateak, desinstituzionalizazioa, berrikusketa bibliografikoa.

Este artículo presenta un análisis de las unidades de convivencia para personas mayores que necesitan cuidados. Partiendo de la evolución de los modelos de alojamiento en el ámbito internacional, se presta atención a las posibilidades que esta opción de alojamiento tiene en el actual proceso de reconversión del sistema de cuidados de larga duración en España. Asimismo, se describe un análisis de las dimensiones que, desde la perspectiva de las evidencias, definen este tipo de alojamiento. Por último, se ofrecen algunas recomendaciones para su implantación y desarrollo.

### **Palabras clave:**

Residencias, cuidados de larga duración, unidades de convivencia, desinstitucionalización, revisión bibliográfica.

## Introducción

Desde hace tiempo, se viene demandando por parte de muy diversos expertos, profesionales, etc., una revisión en profundidad de los dispositivos y servicios de cuidados a personas mayores de nuestro país. Sin embargo, no ha sido hasta la dramática crisis generada a raíz de la pandemia asociada a la COVID-19 cuando se ha puesto de manifiesto la urgente necesidad de revisar el sistema de cuidados de larga duración con el fin de adecuarlo a lo que las personas usuarias necesitan y desean y, por otro lado, equipararlo al de los países de nuestro entorno (Sancho y Martínez, 2020).

En este sentido, "vivir en casa" o "como en casa" constituye el principio inspirador de las políticas dirigidas a la organización de los cuidados de las personas mayores. Se trata, en definitiva, de envejecer en casa y, cuando esto no sea posible, en entornos lo más parecidos posible a la vivienda habitual.

Las unidades de convivencia constituyen, desde esta perspectiva, una alternativa a las instituciones tradicionales dedicadas a la provisión de cuidados. Se trata de organizar la atención a pequeña escala en espacios hogareños en los que se combinen lugares para la intimidad con otros para el intercambio social y en los que los vínculos y las relaciones interpersonales cobren una especial relevancia, favoreciendo el conocimiento de los convivientes y facilitando, en definitiva, una atención centrada en las personas (ACP) (Prieto, 2014). Este tipo de alojamientos ya disponen de una amplia trayectoria en la mayoría de los países occidentales (Verbeek *et al.*, 2009) y han sido objeto del interés de investigadores de distintas disciplinas con el fin de establecer las características que han de tener según sus destinatarios (Nygaard *et al.*, 2020) y las dimensiones implicadas en su implantación, así como para indagar sus repercusiones en las personas implicadas (Lindström, 2022; Zimmerman *et al.*, 2014; Ausserhofer *et al.*, 2016), entre otros aspectos. El conocimiento acumulado ha permitido establecer la relevancia del diseño y la distribución de espacios (Lee *et al.*, 2021, Fleming *et al.*, 2020), del entorno social y el organizativo (Sjögren *et al.*, 2017; Amunarriz y Heras-Alcalde, 2021), así como la complejidad de las relaciones entre los factores implicados (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2016). Además, algunos estudios han identificado que esta modalidad de alojamiento tiene prometedores beneficios para la salud y el bienestar, en especial para las personas mayores con más necesidades de cuidados (Díaz-Veiga *et al.*, 2014b), hallazgos que han sido ratificados en relación con sus efectos protectores para paliar los efectos de la COVID-19 (Zimmerman *et al.*, 2021).

En esta aportación, se efectúa una revisión de todos estos aspectos en el marco del proceso de desinstitucionalización que se está desarrollando en el Estado español y que afecta, entre otros alojamientos, a los que proporcionan cuidados a las personas mayores. Concretamente, se presenta una descripción del panorama internacional y nacional en relación

con el desarrollo de la implantación de las unidades de convivencia, así como un análisis de las evidencias relativas a las distintas dimensiones implicadas en su desarrollo. Se ofrecen, por último, una serie de recomendaciones para su puesta en marcha en nuestro contexto.

## 1. Análisis de la evolución de los alojamientos en el ámbito internacional y en el Estado español

### 1.1. La experiencia internacional

La observación del proceso de desarrollo de la atención residencial en el ámbito internacional para las personas que necesitan cuidados pone de manifiesto una gran diversidad multidimensional que afecta a su marco conceptual, su diseño arquitectónico y ambiental, su organización y el desarrollo de la vida cotidiana, el tamaño, los ratios profesionales y las disciplinas comprometidas en estos centros.

Una gran parte de los países que componen la Unión Europea, así como Estados Unidos, Australia y Canadá, apuestan por una oferta de alojamientos integrada bajo el paradigma *housing*, que cada vez es más diverso en coherencia con la heterogeneidad que caracteriza a las personas que envejecen. Este incluye una amplísima variedad de alojamientos que buscan garantizar el trato digno y la defensa de los derechos de las personas mayores y, fundamentalmente, que estas puedan seguir manteniendo el máximo nivel de independencia y autonomía, adaptando los servicios a lo que las personas quieren y consideran importante para su calidad de vida (Leichsenring y Strümpel, 1998).

El modelo *housing* cuenta ya con una importante extensión en los territorios más avanzados de la UE, tales como los países nórdicos, los Países Bajos, Alemania, el Reino Unido y también, aunque en menor medida, Francia. Este modelo se lleva a cabo desde una doble estrategia: en primer lugar, apostando por una decidida política de vivienda en la cual se ofrecen, con distintas modalidades de provisión, cuidados personalizados; por otra parte, transformando las clásicas residencias institucionales en conjuntos de unidades de convivencia. También este movimiento se está extendiendo por otros países, 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 (Omnibus Budget Reconciliation Act, 1987) y en la creación de la red Pioneros (Pioneer Network<sup>1</sup>), que lidera este proceso de cambio ofreciendo diversas herramientas y servicios para orientarlo. Iniciativas como las *green houses*, basadas

<sup>1</sup> <https://www.pioneernetwork.net/culture-change/what-is-culture-change/>

en la filosofía de la Alternativa Edén, son modelos residenciales en expansión en los que se intenta reproducir la vida cotidiana de un hogar normal y en los que conviven grupos reducidos de residentes con cuidadores polivalentes y estables que cuentan con una esmerada formación (los *shabahim*). Este modelo ha mostrado buenos resultados, de modo especial en cuanto a contagios y fallecimientos en la pandemia de la COVID-19 (Zimmerman *et al.*, 2021).

Sin duda, los países nórdicos —con importantes diferencias entre ellos— han sido el referente para la puesta en marcha de soluciones innovadoras para personas que querían o estaban obligadas a vivir en residencias, transitando por todo el itinerario del envejecimiento: desde iniciativas autogestionadas y colaborativas para personas autónomas —*senior housing, cohousing*, viviendas para el colectivo LGTBI, viviendas grupales e intergeneracionales, etc.— hasta centros de carácter institucional para aquellas que presentan altos grados de dependencia, en ocasiones reformados en unidades de convivencia y, en otras, en unidades especializadas —*special care units*— muy enfocadas a personas con demencia.

Tanto Suecia como Dinamarca se decantaron pronto por el “modelo vivienda” para reformular la cultura institucional de sus *nursing homes*, residencias tradicionales similares a las que todavía hoy se construyen en España (Lindström, 2022).

Los Países Bajos, asimismo, son otro de los países con fuerte tradición innovadora, destacando de manera muy especial por sus iniciativas para la atención de las personas con demencia, como el Hogeweyk (Dementia Village) —que, debido a sus buenos resultados, se está extendiendo por otros países— o la residencia Vissershaven, gestionada por la organización Tante Louise.

Sin duda, el cambio troncal en el modelo residencial, como ya se ha apuntado anteriormente, se produce cuando los alojamientos para mayores de estos países se construyen en torno al concepto de “vivienda” y no de “institución”. Las viviendas dentro de una unidad de convivencia se organizan en régimen de alquiler, constituyendo simbólicamente y *de facto* un espacio de intimidad en el que todas las personas tienen su llave. Realmente, esa es su casa: de pequeñas dimensiones, unos treinta / treinta y cinco metros cuadrados, pero con todo el equipamiento que otorga la condición de “casa” a ese espacio. Su amueblamiento es responsabilidad de su inquilino/a, excepto la cama, que suele suministrar la entidad responsable de las unidades. Así, el reconocimiento de sus cosas y su disposición ayudan a asegurar el valioso sentimiento de pertenencia.

Los servicios de cuidados, sociales y sanitarios se ofrecen de manera independiente, bien integrados en la unidad de convivencia cuando la necesidad de apoyo es muy elevada, o a través de servicios externos que se proveen en función de necesidades. En ambos casos, los modelos de provisión y

financiación están asociados a la modalidad que cada país tenga en su sistema de protección social, generalmente con una fuerte presencia pública.

En este sentido, parece necesario destacar la tendencia, cada vez más firme y sustentada por la evidencia científica, de avanzar en el modelo de unidades de convivencia destinadas a personas con deterioro cognitivo moderado o grave (Verbeek *et al.*, 2009). El efecto protector de estabilidad entre profesionales y usuarios de la unidad, la normalización de la vida cotidiana en entornos hogareños, la libertad de movimiento y acción de los familiares u otras personas que acuden a acompañar a sus inquilinos y el enfoque de intervención basado en actividades de vida diaria que sean significativas para quienes las realizan constituyen elementos que favorecen una percepción de bienestar y tranquilidad de gran valor en el desarrollo de estas enfermedades (Díaz-Veiga *et al.*, 2014a y 2014b).

Si bien estas características pueden ser igualmente beneficiosas para las personas que padecen otras enfermedades de carácter físico, la autonomía que las define puede facilitar su elección entre esta u otra modalidad de alojamiento (viviendas en sus múltiples modalidades) en la que se sientan totalmente libres para organizar su vida.

## 1.2. El caso de España

En el caso de España, este tránsito de los modelos institucionales clásicos —denostados pero vigentes— hacia la diversidad en la oferta de alojamientos para estas personas es todavía muy incipiente y está directamente asociado a la crisis de la pandemia de la COVID-19, en la que afloró la multitud de carencias que padecíamos desde los comienzos de la construcción de centros residenciales, asociados a principios y derechos humanos básicos y a una escasez y precariedad en la provisión de apoyos que, en ocasiones, ha generado actuaciones tipificadas como maltrato en estos centros (Sancho y Martínez, 2021).

Varias décadas nos separan de la experiencia y la evolución de los centros residenciales de otros países con amplia tradición en sus modelos de sociedades del bienestar. En estos, las instituciones entraron en crisis desde el ámbito de la enfermedad mental después de evidenciarse los efectos perversos de estos modelos para las personas y su total inadecuación para proteger los derechos y apoyar la calidad de vida (Tibbitts, 1960; Townsend, 1962). En definitiva, las instituciones totales (Goffman, 1970) se pusieron en cuestión desde los años setenta del pasado siglo mientras empezaban a surgir iniciativas en clave de proyectos experimentales y de buenas prácticas que se acercaban a la normalización de la vida cotidiana de las personas, la garantía de sus derechos y un intento de continuidad con su vida anterior a través de la generación de entornos hogareños normalizados y, por lo tanto, con tamaño reducido.

En España, esa época, en torno a los años ochenta, supuso la apertura y reconocimiento de un sistema público de servicios sociales que, en el ámbito de la vejez, se tradujo en la construcción de residencias de gran tamaño (a veces, de más de quinientas plazas) dirigidas a personas independientes que optaban a este recurso por razones diversas, ajenas a las situaciones de dependencia, y que sufrían múltiples carencias socioeconómicas (Sancho y Rodríguez, 2002). Se trataba de instalaciones hoteleras de calidad dependientes del sistema público y presididas por el objetivo de “dar a nuestros mayores lo que nunca tuvieron en su época de duro trabajo” que buscaban superar los modelos asilares y escasamente profesionalizados de las décadas anteriores.

Es a partir de la década de los noventa cuando se toma conciencia de la necesidad de transformar las residencias existentes (unas antiguas, otras de reciente construcción) para así poder adaptarse a las necesidades de las personas en situación de dependencia, avanzando definitivamente en la consolidación de un modelo mixto hotelero / sanitario que, a pesar de haber mejorado las instalaciones y avanzar hacia un determinado tipo de profesionalización, no permitió abandonar una atención altamente institucional. Este cambio de foco sobre el objeto y los potenciales usuarios de residencias despertó interés en el mercado privado con fines de lucro, inicialmente con dudas sobre su potencial futuro; sin embargo, en pocos años se ha convertido en el principal gestor de estos recursos no solo en sus propios centros, sino también en la gestión de centros de titularidad pública.

Llegamos a la última década de este proceso, cuando se comienza a plantear en nuestro país la necesidad de abordar un cambio en profundidad en el actual modelo residencial. En este periodo (de 2010 en adelante), surgen las primeras iniciativas de cambio de residencias tradicionales para transitar hacia enfoques centrados en las personas, optándose por la introducción de transformaciones significativas que comenzaron por el diseño de ambientes hogareños y la modulación de los espacios para generar un “cambio cultural” en cuyo comienzo estamos todavía hoy. Cabe citar las experiencias llevadas adelante por Matia Fundazioa (Etxean Ondo) en Gipuzkoa (Díaz-Veiga *et al.*, 2014b; García-Soler *et al.*, 2022) o el proyecto En mi Casa, liderado por la Junta de Castilla y León, ambos pioneros en nuestro país y a los que, en menor medida, han seguido otros, siempre dirigidos a reorientar las residencias tradicionales hacia conjuntos de pequeñas unidades de convivencia, siguiendo el modelo hogareño desde un enfoque de atención centrado en las personas. Estas experiencias, no obstante, no son representativas de la generalidad de la oferta residencial, en la que todavía impera un modelo bastante tradicional.

En definitiva, el actual modelo residencial de nuestro país se caracteriza, como ya se ha señalado, por una gran variedad de centros en cuanto al tamaño, la titularidad, el diseño arquitectónico y las atenciones

y servicios que ofrecen, favorecida por el hecho de que las competencias en materia de autorización y regulación de residencias estén transferidas a las comunidades autónomas y no exista una normativa estatal. Concretamente, los últimos datos facilitados por el Imsero indican que el número de centros residenciales de nuestro país es de 6116, lo que se traduce en 399 046 plazas residenciales entre privadas y públicas. Así, contamos en España con un índice de cobertura en residencias de 4,29 plazas por cada 100 personas de 64 años y más (Imsero, 2020). Más de la mitad de estos centros tienen un tamaño de más de 100 plazas y la gran mayoría (84,8 %) están gestionados por el mercado privado (Abellán *et al.*, 2020) con o sin ánimo de lucro, asunto de mucha importancia a la hora de asumir el proceso de transformación que se está proponiendo.

A partir de 2020, y como consecuencia de la tragedia generada por la COVID-19, todas las Administraciones públicas implicadas —desde diferentes roles, competencias y planteamientos— se han posicionado sobre la necesidad de emprender un sólido proceso de transformación de nuestro sistema de servicios sociosanitarios que se acerque a la humanización y la normalización que facilita la vida en entornos domésticos pequeños y centrados en los deseos y preferencias de las personas. Estamos hablando de un modelo ecosistémico, territorializado y de base comunitaria en el que los protagonistas de este proceso —usuarios, familias cuidadoras y profesionales sanitarios, sociales y de otras procedencias— tengan la oportunidad de construir mejores respuestas ante necesidades crecientes (Díaz-Veiga y Sancho, 2022).

Es en este marco conceptual donde se integran los alojamientos diseñados y organizados desde el concepto de “unidad de convivencia” como espacio adecuado para hacer posible una atención integral en la que se ponga a las personas en el centro de la atención y en la toma de las decisiones que les atañen.

El apoyo de diversos organismos internacionales y, recientemente, nacionales (ver cuadro 1) es rotundo a favor de este posicionamiento, que abre un camino digno al proceso de desinstitucionalización que desde hace años se lleva a cabo en numerosos países en el ámbito de la discapacidad y, más recientemente, en el de las personas mayores.

Como se puede comprobar en este somero análisis, por fin las políticas públicas en materia de cuidados de larga duración en España tienden a acercarse a las desarrolladas en el contexto europeo y, lo que es más importante, a los deseos expresados rotundamente por la ciudadanía: envejecer en casa y en el entorno cercano. Y, si no es en casa, “como en casa”.

Las unidades de convivencia son potenciales respuestas a esta demanda, aunque su desarrollo está lleno de incertidumbres, algunas de las cuales tienen respuesta desde la evidencia científica y otras han de

**Cuadro 1. Documentos referentes en la organización de los sistemas de cuidados de larga duración de España**

- **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.** Aprobada por la ONU en 2006 y ratificada por España en 2008, es un referente sobre la necesidad de avanzar en un proceso de desinstitucionalización, garantizando el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad (art. 19).
- **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la Organización Mundial de la Salud 2015.** El capítulo 5, sobre cuidados de larga duración, incluye un posicionamiento a favor de los entornos hogareños.
- **Plan de Acción del Pilar Europeo de Derechos Sociales (2021).** El principio 18 destaca el derecho de las personas a los cuidados de larga duración, preferentemente en el ámbito domiciliario y comunitario.
- **Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (abril de 2021).** Canaliza los nuevos instrumentos comunitarios de financiación Next Generation EU. En su componente 22, el plan de choque para la economía de los cuidados y el refuerzo de las políticas de inclusión establece la modernización y el refuerzo del conjunto de los servicios sociales, con especial atención al modelo de cuidados de larga duración, promoviendo la innovación y un modelo de atención centrada en la persona.
- **Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia,** resolución de 28 de julio de 2022 de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Este acuerdo supone un salto cualitativo fundamental para avanzar desde un enfoque centrado en la persona hacia un nuevo modelo de cuidados de larga duración.
- **Diversas iniciativas en comunidades autónomas** a través de **estrategias** dirigidas a personas mayores que incorporan la ACP como pilar primordial en sus diseños (por ejemplo, la Estrategia CuidAs del Principado de Asturias).

Fuente: elaboración propia

ser estudiadas. Algunas de ellas son: ¿unidades para todas las personas en situación de dependencia?, ¿solo para personas con deterioro cognitivo?, ¿cuáles son los tamaños ideales y aceptables?, ¿cuáles han de ser las competencias de los profesionales? Se analizan a continuación algunas de estas cuestiones.

## 2. Características de las unidades de convivencia: lo que dicen las evidencias

Las preferencias de las personas que necesitan ayuda para envejecer en casa resultan reiteradas e inequívocas. Envejecer en el propio domicilio y en el entorno que lo rodea ofrece oportunidades para el mantenimiento de la identidad, la autonomía y la conexión con el pasado, entre otras consecuencias (De Boer *et al.*, 2021a). Todo ello pone de manifiesto la necesidad de considerar, en el diseño de alojamientos con cuidados, las características que definen los entornos hogareños.

En este sentido, las opiniones de las personas (incluyendo a las que viven con demencia) en relación con las características que deberían reunir los lugares en los que reciben cuidados coinciden en señalar aspectos muy similares a los derivados de la vida en el domicilio propio. Concretamente, se identifican cuestiones tales como mantener la identidad, disponer de espacios propios personalizados, desarrollar actividades con sentido y disfrutar de relaciones significativas (Nygaard *et al.*, 2020; Shiells *et al.*, 2020).

Por otro lado, las evidencias y experiencias disponibles en relación con el diseño de entornos que faciliten los cuidados centrados en las personas, en especial los de las personas con demencia, coinciden en señalar que resulta necesaria una correspondencia entre las necesidades de las personas, sus capacidades y las características del entorno para generar bienestar y favorecer la independencia y la autonomía de las personas que los habitan (Verbeek y Mitchell, 2022).

Todo ello, además de otras razones de carácter ético y de políticas sociales asociadas a la desinstitucionalización —ya mencionadas—, justifica el progresivo interés que, en el ámbito de los cuidados de larga duración, han ido cobrando *las unidades de convivencia* como entornos que superan la tradicional perspectiva institucional de las residencias y se corresponden con las necesidades y preferencias de las personas, incluyendo las de aquellas que viven con demencia.

Sin embargo, existe una gran diversidad en la definición, caracterización e incluso denominación de esta forma de convivencia, heterogeneidad que también se refleja, entre otros aspectos, en el número y las características de las personas que viven en ellas (Verbeek *et al.*, 2009). A pesar de todo ello, en los últimos años se han generado algunas propuestas tentativas que pretenden identificar y relacionar las variables implicadas en el diseño de una unidad de convivencia con vistas a facilitar el desarrollo de una vida con sentido para las personas que la habitan.

En la figura 1 se muestran las dimensiones más coincidentes en la literatura consultada. Así, la vida con sentido en las unidades de convivencia se facilita en entornos hogareños, “como en casa”, lo que a su vez es resultado de la interacción de las características físico-arquitectónicas, organizativas y sociales de los entornos en los que estas se ubican.

Los aspectos físicos incluyen el diseño interior, las áreas exteriores (por ejemplo, los jardines), el entorno construido, los aspectos de la distribución, los equipamientos, los elementos sensoriales, etc.

Los aspectos organizativos hacen referencia a la forma en que se organiza la atención en la unidad (profesionales, desarrollo de la vida cotidiana, etc.), así como a las características de la cultura organizativa (por ejemplo, valores, expectativas y actitudes que guían el comportamiento del personal y los cuidados).

Figura 1. Factores asociados a "una vida como en casa" en unidades de convivencia



Fuente: De Boer *et al.* (2021a: 6), adaptada

Los aspectos sociales se refieren a las interacciones entre las personas del entorno. Esto incluye al residente, el personal, la familia y los amigos, así como el voluntariado, la comunidad en general y el contexto social en el que se sitúa la unidad de convivencia (por ejemplo, escuelas, comercios y servicios de proximidad).

Describimos a continuación cada uno de estos factores.

### 2.1. El ambiente físico

Existen sobradas evidencias acerca del impacto del ambiente físico en diversos aspectos relacionados con la independencia, el bienestar y la salud de las personas que viven en residencias, en especial las que viven con demencia. Algunos autores han identificado algunas propiedades terapéuticas que se deben tener en cuenta en el diseño de unidades de convivencia, así como los elementos del diseño ambiental que han de considerarse para satisfacerlas (Chaudhury *et al.*, 2018).

El primero de los elementos que considerar en el diseño hace referencia al tamaño de la unidad. La convivencia en unidades en las que viven grupos pequeños de personas se ha identificado positivamente asociada al bienestar, la independencia y la implicación en actividades sociales de los residentes, entre otras consecuencias. Por el contrario, manifestaciones conductuales como la agitación, la agresión o el deterioro, así como el malestar emocional o el deterioro cognitivo, son más frecuentes en espacios residenciales que acogen a más de treinta personas. El segundo aspecto que se debe señalar es la configuración de la unidad. Esta característica ambiental afecta a la capacidad de las personas para desplazarse por su entorno cotidiano. Desde hace tiempo (Elmståhl *et al.*, 1997), se conoce que las unidades configuradas en largos corredores generan falta de vitalidad, desorientación y otras

consecuencias respecto a las que están diseñadas en forma de L o H. En tercer lugar, la decoración y el equipamiento hogareño generan ambientes diversos que contribuyen a mejorar la autonomía, la participación y el bienestar de los residentes, promoviendo un ambiente de paz y tranquilidad asociado a un notable decremento de conductas desafiantes. En relación con la estimulación sensorial, es necesario considerar en los ambientes niveles de sonido e iluminación adecuados, evitando ambientes de sonoridad excesiva, con alarmas, sonidos de teléfonos, conversaciones con el personal, etc., que se han asociado al malestar y los problemas de conducta, entre otras consecuencias. Asimismo, es necesario dispensar suficiente iluminación en los ambientes habituales de las personas con el fin de ajustar los ritmos de sueño / vigilia, la actividad cotidiana y un buen estado de ánimo. Las comidas y el ambiente en los comedores en los que se desarrollan constituyen un aspecto clave para satisfacer no solo las necesidades nutricionales, sino también las de carácter personal e interpersonal de las personas que viven en unidades de convivencia. Así, los comedores de pequeño tamaño (alrededor de doce personas) con decoración y estilo hogareños se han asociado a un decremento de las manifestaciones de ansiedad y agitación, y a un incremento de la interacción social y el consumo de alimentos y líquidos (Nijs *et al.*, 2006; García-Soler *et al.*, 2017).

Con respecto a los baños, aspectos ambientales como la privacidad, la existencia de ventanas, las plantas, las fotografías de la naturaleza y el control de la temperatura y los ruidos, entre otros, son factores que contribuyen al control y la disminución de manifestaciones conductuales complejas y frecuentes en estos espacios (Brawley, 2006).

Por último, la participación en actividades en el exterior proporciona oportunidades para hacer ejercicio físico (paseos, por ejemplo) y actividades en grupo. Existen evidencias que muestran que el

tiempo disfrutado en el exterior por las personas con demencia contribuye a disminuir las manifestaciones agresivas y de agitación (Detweiler *et al.*, 2008).

Cuadro 2. Algunos objetivos terapéuticos de los espacios para personas con demencia y orientaciones para el diseño	
Objetivos terapéuticos	Ejemplos en el diseño
Seguridad	Diseños en H, L o circulares
Orientación	Diseñar evitando largos corredores, con iluminación adecuada y señales visuales
Apoyo a capacidades funcionales	Equipamiento hogareño
Facilitar las relaciones sociales	Diversidad de espacios interiores y exteriores
Intimidad	Habitaciones y baños individuales
Oportunidades de control	Decoración con muebles y elementos propios
Estimulación sensorial	Provisión de iluminación y control de los niveles de ruido

Fuente: Chaudhury *et al.* (2018), adaptado

## 2.2. Contexto organizativo

Las unidades de convivencia que dispensan cuidados centrados en las personas, las actividades, el rol y el desempeño de los profesionales, etc., se han de organizar en función de las características de las personas y los recursos de cada una de ellas.

Consecuentemente, la organización cotidiana de cada unidad gira en torno a las necesidades, las preferencias y los recursos de las personas que conviven en ella (Buiza y Díaz-Veiga, 2020). Esto requiere una organización que favorezca el conocimiento detallado de las personas a las que se les presta atención y también de las oportunidades que ofrece el contexto de cuidados.

En relación con el número y las características de los convivientes, hay que considerar que tanto el uno como las otras han de permitir una vida social acorde a las preferencias y capacidades de las personas, así como la prestación de cuidados por parte de los profesionales. En el caso de las personas con demencia, el número de residentes por casa o unidad varía de cinco o nueve (por ejemplo, grupo de viviendas en Japón, grupo *living* en Suecia y *small-scale living* en los Países Bajos y Bélgica) a trece o quince residentes (por ejemplo, unidades CADE en Australia y *cantou* en Francia) (Verbeek *et al.*, 2009).

En Suecia, el criterio establecido es de seis a ocho personas con demencia y de diez a doce en el caso de personas con enfermedades somáticas (Lindström, 2022). En el caso de las unidades de más de quince viviendas para personas con Alzheimer, algunos autores recomiendan dividir las para controlar la sobreestimulación ambiental y favorecer la creación

de grupos con base en afinidades personales (Fleming *et al.*, 2020).

Algunos trabajos han explorado las ventajas y los inconvenientes de unidades específicas para personas con demencia y otras para personas con otro tipo de necesidades. Por un lado, se ha constatado que hay personas con demencia que se encuentran cómodas en unidades específicas, en la medida en que los profesionales y el ambiente compensan sus necesidades. Por otro lado, las personas que viven en unidades no específicas pero presentan a lo largo del tiempo limitaciones cognitivas pueden continuar viviendo de modo satisfactorio donde lo han hecho siempre. Fleming *et al.* (2020) señalan como criterio más relevante que la persona pueda elegir el entorno en el que quiere vivir, de modo que este se adapte a sus necesidades y le proporcione bienestar.

Desde este enfoque, cobran especial importancia las características y la organización de los cuidadores de atención directa (o gerocultores), que han de ser estables (Caspar *et al.*, 2021) y disponer de competencias, en especial las de relación interpersonal y autonomía, suficientes para tomar decisiones en el día a día (López y Martínez, 2022; De Boer *et al.*, 2021b).

Existe una gran diversidad de opiniones en relación con el número de profesionales necesarios en unidades de convivencia (Lindström, 2022). Aunque se hace necesario un número suficiente, la relación entre la cantidad de profesionales y los cuidados de calidad puede estar mediada por factores contextuales, tales como disponer de tecnologías para la gestión de la atención, las características del espacio y la distribución del equipamiento (longitud de los pasillos, ubicación de las ayudas para los cuidados, etc.) (Backhaus *et al.*, 2018).

El trabajo en equipo, por otro lado, con otros compañeros y otros técnicos consultores se torna fundamental para apoyar la labor de los cuidadores. En los centros que avanzan desde modelos centrados en las personas, se aprecia que el trabajo profesional individual es efectivo si se enmarca en la estabilidad, se controla la rotación de los profesionales de atención directa y se conjuga con un trabajo en equipo armónico y alineado con un modelo de cuidado (Lindström, 2022). La flexibilidad y la versatilidad de las tareas y las funciones son otra característica relevante para que el día a día en una unidad de convivencia se asemeje en lo posible a "una casa".

En último lugar, los factores relacionados con la cultura organizativa y el liderazgo de las instituciones en las que se ubican las unidades de convivencia resultan claves para establecer prioridades y mejorar la prestación de cuidados individualizados (Amunarriz y Heras-Alcalde, 2021). Así, las unidades caracterizadas por un personal con clima social positivo tienen significativamente menos comportamientos agitados (inquietud, deambulacion, etc.) en comparación con aquellas en las que

predomina el conflicto (Edvardsson *et al.*, 2008). Además, las unidades de convivencia caracterizadas por una cultura organizativa de valores compartidos y una fuerte cohesión proporcionan una mejor calidad de atención (Van Beek y Gerritsen, 2010).

### 2.3. El contexto social

En el día a día de las unidades de convivencia, además de los profesionales, las familias y los voluntarios juegan un papel central, de modo que se integran en la unidad, configurando y caracterizando la vida cotidiana. Se les considera "aliados" imprescindibles en el cuidado. En este sentido, las familias disponen de opciones para colaborar en la vida de cada contexto, implicándose, según sus preferencias y recursos, en la propuesta, la organización y el desarrollo de ciertas actividades y cuidados (Díaz-Veiga *et al.*, 2014a). La presencia y el acompañamiento de familiares y otros allegados constituyen un elemento imprescindible para el bienestar de las personas residentes, tal y como se ha puesto de manifiesto durante la pandemia (Verbeek *et al.*, 2020).

Por otro lado, las unidades de convivencia son recursos de alojamiento que deben formar parte del entorno comunitario en el que están ubicadas, de modo que hay que promover salidas por el barrio (hacer la compra, dar paseos, ir a una cafetería, usar los servicios culturales, etc.) y favorecer el contacto habitual con los vecinos, los voluntarios y otros miembros de la comunidad de distintas generaciones (De Boer *et al.*, 2021a).

### 2.4. El entorno hogareño. "Sentirse como en casa"

Diversos trabajos coinciden en señalar que la consecución de un entorno hogareño en el que las personas se sientan en casa es el resultado de factores físico-arquitectónicos, organizativos, sociales y personales (Van Hoof *et al.*, 2016). Por tanto, que "las personas se sientan como en casa" en unidades de convivencia depende de las características y la organización de los espacios, de las personas que viven y trabajan en ellas, de la organización de la vida cotidiana y de los valores, la cultura y el liderazgo de las instituciones que las sustentan. En otras palabras, ninguno de los factores indicados por sí mismo da lugar a "un ambiente hogareño". Es la interacción armónica y equilibrada de todos ellos la que puede dar lugar a ambientes donde las personas sientan que están "como en casa" y dispongan, por tanto, de las condiciones necesarias para desarrollar una vida con sentido.

## 3. Recomendaciones para la implantación de unidades de convivencia

Teniendo en cuenta el momento actual de replanteamiento del modelo residencial en España, se incorporan en este epígrafe algunas recomendaciones

para la puesta en marcha de unidades de convivencia. Estas se han elaborado con base en el conocimiento existente, citado anteriormente, y tomando como referencia experiencias y publicaciones de nuestro contexto (Martínez, 2022; Díaz-Veiga y Sancho, 2013; Díaz-Veiga *et al.*, 2014a).

### 3.1. Recomendaciones para la puesta en marcha de una unidad de convivencia

El desarrollo de unidades de convivencia significa, en la mayoría de los casos, un cambio significativo en relación con la forma habitual de proporcionar atención en los centros residenciales. Afecta, como se ha señalado, a todas las dimensiones que definen un alojamiento de cuidados. Por ello, es necesario prestar especial atención a las fases iniciales de implantación. Si bien el proceso ha de adecuarse a las características de cada organización, se indican a continuación algunas recomendaciones que, con base en experiencias previas, contribuyen a crear las bases para que el proceso se lleve a cabo con éxito, favoreciendo la implicación de todos los participantes y la disminución de resistencias.

- **Liderazgo y compromiso compartido.** Es indispensable una apuesta firme y comprometida por parte de la institución o entidad que lidere el proyecto, promoviendo procesos participativos que favorezcan la implicación de profesionales y el resto de actores del cuidado.
- **Participación de los convivientes** (personas mayores, familias, profesionales, etc.) en las decisiones de cada unidad relacionadas con la vida cotidiana, los cambios organizativos que se promuevan, la organización y la decoración de los espacios, etc. Esto permite implicar a las personas, hacer que sientan la unidad convivencial como algo propio y alimentar el sentido de pertenencia y comunidad.
- **Información transparente** dirigida a todas las personas que trabajan y viven en el centro (personas mayores, familias y profesionales) donde se ubican las unidades de convivencia. Todas ellas deben estar informadas desde antes de que se den los primeros pasos del proyecto. Se ha de mantener una comunicación fluida y contar con el apoyo de los representantes de los trabajadores para que puedan colaborar en el flujo de la información y evitar rumores.
- **Voluntariedad y compromiso** de los profesionales y las personas mayores para tener parte en la generación de unidades de convivencia. Es conveniente que el proceso no sea vivido como algo impuesto, sino que se parta de la implicación y el compromiso de los profesionales, que tienen que conocer con claridad qué implica esta forma de cuidado. También con las personas y las familias hay que proceder así.
- **Compromiso con la transformación progresiva del centro.** Una de las dificultades que expresan algunos centros es que, cuando se inician de

forma piloto algunas unidades de convivencia, la percepción del resto es de que "solo se ocupan de la unidad", de que no hay interés hacia el resto, argumentando la discriminación que esto puede suponer para el resto de los residentes. Por ello, es altamente recomendable clarificar esta cuestión previamente y 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, desvirtuarse y, una vez finalizadas, volver de nuevo al modelo asistencial tradicional.

- **Grupo motor o tractor** en el que participen los profesionales, las personas usuarias y las familias, comprometidos con el proceso. Resulta de interés la participación de "líderes naturales" de la organización que inspiren nuevas prácticas profesionales, afronten las resistencias como oportunidades e identifiquen y valoren los sucesivos avances.
- **Proyectos piloto.** En relación con las posibles dificultades relacionadas con el cumplimiento de la normativa vigente, se recomienda que estas iniciativas tengan la consideración de proyectos piloto por parte de los servicios de inspección. Esta alianza es imprescindible para promover el cambio y recabar el apoyo de la administración competente.
- **Evaluación continua.** La evaluación del proceso y los resultados es un asunto necesario. 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 mejoras y realicen recomendaciones para seguir avanzando. Se debe prestar especial atención a las opiniones y testimonios de los participantes a lo largo del proceso con el fin de establecer, desde su perspectiva, el impacto de este.
- **Motivación.** En este sentido, resulta de interés que los implicados en el desarrollo de las unidades de convivencia conozcan experiencias de éxito en itinerarios de cambio. Este intercambio contribuirá a su formación, a la transferencia de aprendizajes y a valorar los avances en el proceso en el que están implicados. Asimismo, es recomendable identificar y celebrar las inicialmente "pequeñas" mejoras (en las personas mayores, los profesionales, etc.) que se vayan identificando.
- **Acompañamiento externo.** Puede ser conveniente disponer de un acompañamiento externo por parte de equipos profesionales con experiencia en itinerarios de cambio de modelo para realizar la formación del personal y ofrecer asesoramiento a la dirección y a quienes coordinen las nuevas unidades.

### 3.2. Recomendaciones en relación con el número y las características de los residentes

Aunque existe una cierta variabilidad en las experiencias consultadas, se indican a continuación algunas orientaciones en las que coinciden todas ellas.

- **Número de residentes.** El número de personas que viven en una unidad de convivencia debe facilitar el conocimiento mutuo, las relaciones de apoyo con profesionales y familiares, y el desarrollo de actividades significativas, de modo que se genere un clima social diverso y cohesivo. Teniendo en cuenta todo ello, se aconseja que en cada unidad vivan, como máximo, quince personas o menos, en el caso de que estas requieran gran cantidad de cuidados.
- **Necesidades de apoyo.** Las unidades de convivencia son recursos que se dirigen, fundamentalmente, a personas con necesidades importantes (elevada dependencia, demencia, etc.). Aunque la tendencia que se va imponiendo es que las residencias sean dispositivos para personas con gran dependencia, en los centros donde conviven diferentes perfiles de residentes es prudente pensar que esta opción no es la única ni la más adecuada para quienes no tienen deterioro cognitivo. Esto no quiere decir que el resto del centro deba seguir la alternativa institucional / tradicional, sino ofrecer a las personas con mayor autonomía personal opciones de viviendas, apartamentos con servicios y zonas comunes donde puedan relacionarse en los momentos en los que la persona así lo decida.
- **Estilos de vida.** En relación con la identificación de las personas que viven en cada unidad, es recomendable no utilizar como criterio general y único la capacidad cognitiva y funcional. Es adecuado incluir y priorizar el criterio de convivencia por afinidades y modos de vida similares que puedan facilitar una convivencia según los 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 estas 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 por el bienestar de la persona o las personas que conviven en la unidad.

### 3.3. Recomendaciones para la adecuación del ambiente y el entorno social

Se aportan a continuación algunas recomendaciones en relación con la incorporación de cambios ambientales, considerando también el entorno social. Es importante recordar, a este respecto, que generar

entornos amigables y significativos para las personas es posible en la medida en que las intervenciones tengan en cuenta y se desarrollen promoviendo su participación, de manera que, de modo progresivo, "se apropien de los espacios", convirtiéndolos en lugares con significado.

- **Ambientes compensadores.** Las intervenciones en los espacios de las unidades deben favorecer la seguridad, la orientación y la estimulación ambiental, de modo que se favorezca el control de los espacios por parte de las personas, proporcionándoles oportunidades para la independencia, la salud y el bienestar.
- **Espacios públicos.** Es recomendable crear y mantener espacios diversos (cocina-comedor, sala de estar, etc.) decorados, con equipamiento y de tamaño doméstico, de modo que se favorezca la participación de las personas en actividades cotidianas con sentido, encuentros con allegados, etc. La decoración de los espacios compartidos se puede beneficiar de piezas de mobiliario con especial significado aportadas por los residentes.
- **Espacios privados.** Se han de promover, siempre que sea posible, habitaciones individuales decoradas con los muebles y los objetos de las personas que las habitan. En el caso de las habitaciones previamente decoradas o compartidas, es recomendable incorporar objetos personales, tales como adornos, fotografías, libros, etc.
- **Exteriores.** Es importante favorecer el contacto con el espacio exterior, en especial con la naturaleza, mediante salidas e incorporando, siempre que sea posible, actividades en jardines y terrazas.
- **Tecnologías.** Se reconoce cada vez más el interés de la utilización personalizada de las nuevas tecnologías tanto para la activación de la vida significativa y el bienestar de las personas (por ejemplo, programas de realidad virtual, música personalizada, etc.) como para su seguridad, evitando la aplicación de sujeciones (por ejemplo, sensores en las camas para la prevención de caídas, camas que se pueden bajar, sillones reclinables, etc.).
- **Entorno social.** El mantenimiento de unas relaciones sociales saludables entre todos los convivientes resulta imprescindible en un enfoque de cuidados que se basa, en buena medida, en el establecimiento y el mantenimiento de vínculos interpersonales. Es por ello por lo que se ha de promover un clima social caracterizado por el intercambio de apoyo y la promoción del bienestar. Desde esta perspectiva, las relaciones con los familiares y otros allegados significativos, tanto dentro como fuera de la unidad, resultan cruciales para la identidad, el bienestar y la salud de la mayoría de las personas que reciben cuidados. En este sentido, se han de promover y facilitar la presencia y la participación de los familiares y los amigos que así lo deseen en la vida cotidiana de los residentes.

- Asimismo, es muy conveniente poder contar con una **asistencia programada de personal voluntario** para que colabore en actividades y acompañe a los residentes. Esto permite a los profesionales de las unidades de convivencia una mayor movilidad en 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.

### 3.4. Recomendaciones acerca de los profesionales de una unidad de convivencia

- **Número de profesionales de atención directa.** No es aconsejable contar con menos de dos profesionales de atención directa para los turnos de mañana y de tarde en 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 solas. El turno de noche se puede realizar contando con el apoyo de otro auxiliar del centro (para cambios de absorbentes, movilizaciones, etc.).
- **Estabilidad.** Es muy importante garantizar una asignación estable a los cuidadores de las unidades, eliminando o reduciendo al máximo los sistemas de rotación. Esta estabilidad se refiere a la no rotación del personal de la unidad por otras unidades o por el centro, no al turno.
- **Flexibilidad.** Es recomendable tomar conciencia de la importancia de cierta polivalencia en las actividades que realizan los profesionales de la atención directa. Se trata de la asunción, por parte de los profesionales del cuidado cotidiano, del desempeño de cometidos diversos vinculados a la vida cotidiana de la unidad (preparar ciertas comidas, el lavado de alguna ropa, ciertas tareas de limpieza, la organización de actividades estimulantes, de ocio y paseos, etc.), así como a las funciones asociadas a la figura del profesional de referencia (en relación con las personas a su "cargos").
- **Coordinador de unidad.** Esta figura profesional 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.
- **Profesionales de apoyo.** Dadas las necesidades de cuidados de las personas que habitualmente viven en unidades de convivencia, es importante la presencia diaria de personal de enfermería. Otros profesionales (médicos, psicólogos, animadores, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores, etc.) pueden prestar apoyo sin tener una presencia fija programada regularmente en las unidades. Deben avanzar hacia un rol de consultores para situaciones de cierta complejidad y de asesoramiento ante respuestas innovadoras, dudas, etc., en función de los procesos y los programas que se definan sin estar necesariamente en la plantilla fija del propio centro (López y Martínez, 2022).

### 3.5. Recomendaciones referidas a la formación y el acompañamiento de los equipos

Es conveniente tomar conciencia de que trabajar en unidades de convivencia significa asumir un rol profesional diferente al habitual para todo el equipo, pero especialmente para los cuidadores, quienes deben incorporar nuevos cometidos a los que venían desarrollando. Se indican a continuación algunas recomendaciones referidas tanto a estos como al resto de profesionales implicados.

- **Nuevas competencias profesionales.** El modelo de atención que se propugna parte de una visión muy posicionada sobre las personas en situación de dependencia: el reconocimiento de su valor. Esto implica en muchas ocasiones desaprender rutinas y modos de hacer, la asunción de nuevas competencias —en especial, las referidas al ámbito de la comunicación y las relaciones interpersonales—, una mayor autonomía y responsabilidad, y el aprendizaje de nuevas metodologías, lo que, obviamente, conlleva una apertura y también proactividad. Todo ello requiere de una formación inicial y, sobre todo, de un acompañamiento continuado a los profesionales y el desarrollo del trabajo en equipo en cada unidad.
- **Formación continuada.** La formación debe partir de una importante reflexión sobre la visión de las personas que precisan cuidados, especialmente de quienes tienen mayores necesidades de apoyo. 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. Asimismo, ha de ser continuada y estar en estrecha conexión con las posibilidades, los tiempos y los espacios que ofrece la actividad cotidiana de la unidad. No puede quedarse en un marco teórico.
- **Capacitación del coordinador/a de referencia.** Esta figura profesional desempeña un papel clave para liderar el proyecto en cada centro. Debe contar con formación en modelos de atención personalizados, tener un claro compromiso con 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.

### 3.6. Recomendaciones relacionadas con las metodologías que facilitan una atención personalizada

- **Historia de vida.** En este nuevo modelo residencial, es importante acercarse y recoger la historia de vida de las personas que van a vivir en una unidad de convivencia. 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 de este cometido por parte del profesional de referencia es beneficiosa para generar un vínculo relacional e implicación en el cuidado. También permite organizar grupos de convivencia más afines.

- **Planes de atención y vida.** En consonancia con la historia de vida, es necesario realizar planes de atención y vida contando con la participación de la persona y su familia. Se trata no solo de planificar la atención profesional y los cuidados que cada persona necesita, sino de personalizarlos según sus preferencias y, además, apoyar metas personales que permitan a las personas desarrollar sus proyectos vitales.
- **El profesional de referencia** también es una metodología valiosa para facilitar la atención personalizada. Incluye distintos cometidos que desarrolla el profesional de atención directa con las personas (entre dos y cinco) que están a su "cargos" (elaboración de historia de vida, participación en la elaboración del plan personalizado de atención y acompañamiento en el día a día, conexión con familiares y amistades de la comunidad, etc.). Cumple el papel de referente del profesional de confianza que vela por la atención personalizada desde las preferencias y el bienestar de la persona.

## 4. Síntesis y conclusiones

En este trabajo, se ha efectuado un análisis de las posibilidades que ofrecen las unidades de convivencia para personas mayores en el proceso actual de desinstitutionalización que se está llevando a cabo en España (Gobierno de España, 2021).

La trayectoria desarrollada en otros países muestra las contribuciones de este tipo de dispositivos residenciales a la atención de las personas con necesidad de cuidados (Verbeek *et al.*, 2009; Lindström, 2022). Cabe destacar, en este sentido, las posibilidades que ofrecen para prestar una atención personalizada en entornos hogareños que facilite el mantenimiento de la identidad y el estilo de vida que los usuarios tenían en sus domicilios. Por otro lado, el análisis efectuado conduce a tener en cuenta algunas consideraciones en relación con el ámbito aplicado y el de la investigación.

En relación con el primero, resulta necesario resaltar la multidimensionalidad que sustenta el éxito de las unidades de convivencia. En otras palabras, el contexto que las personas desean y necesitan será posible en la medida en que confluyan las intervenciones en el ambiente físico y el contexto organizativo y social, prestando especial atención a las nuevas competencias profesionales, que requieren un enfoque centrado en las personas (Chaudhury *et al.*, 2018; Verbeek *et al.*, 2020). Dichas intervenciones deben basarse, por un lado, en el conocimiento disponible, adecuando los procesos de cambio a las características, la cultura

y los recursos de cada contexto. Por otro lado, la implantación y consolidación de intervenciones en el diseño ambiental, la organización de rutinas y el desempeño de los profesionales serán más probables en la medida en que se promueva la participación de todos los agentes implicados y se disponga de un liderazgo comprometido con el proceso de transformación del enfoque de atención (Verbeek *et al.*, 2020). En tercer lugar, la documentación y la evaluación de procesos y resultados resulta de especial interés con el fin de contribuir a generar conocimiento en un contexto, como el Estado español, en el que todavía resultan escasas las evidencias en relación con las unidades de convivencia. En este sentido, y como en el caso del desarrollo de las intervenciones, la inclusión de todos los implicados (especialmente de las personas usuarias) en estos procesos resulta congruente con el enfoque de atención centrado en las personas, con independencia de sus competencias funcionales o cognitivas.

Así, la identificación de necesidades, preferencias, etc., de las personas que viven con demencia en relación con los servicios que reciben constituye en la actualidad uno de los principales focos de interés para el ámbito investigador (Shiells *et al.*, 2020; Drageset *et al.*, 2017).

En este mismo ámbito, se hacen necesarias iniciativas que analicen las interacciones entre los factores que contribuyen a la generación de entornos hogareños para las personas, las implicaciones de la vida en las unidades para personas convivientes diversas en género, capacidades y cultura, y las repercusiones de las unidades para cuidadores familiares, entre otros elementos. Las respuestas a estas y otras cuestiones

contribuirán a la toma de decisiones acertadas en relación con la planificación y los procesos de atención. Por otro lado, el desarrollo de proyectos de investigación en entornos como las unidades de convivencia con un enfoque centrado en las personas conlleva desafíos tanto éticos como metodológicos. Tienen sentido, desde esta perspectiva, propuestas metodológicas mixtas (cuantitativas y cualitativas) que conlleven la creación de equipos en los que confluyan las perspectivas de los investigadores, las personas usuarias, los profesionales de la atención y los familiares (De Boer *et al.*, 2021a). Todo ello contribuirá no solo a la generación de conocimiento, sino también a potenciar y facilitar su transferencia al ámbito aplicado.

En definitiva, resulta imprescindible que la asunción y el desarrollo del modelo de unidades de convivencia en nuestro país tengan en cuenta el conocimiento generado en aspectos troncales que garantizan el entorno hogareño que las personas desean: el tamaño importa tanto como las dimensiones ambientales y organizativas o la promoción de una vida con sentido basada en el buen trato a las personas usuarias, los familiares y los profesionales.

Las unidades de convivencia constituyen, por tanto, un recurso del máximo interés para las personas mayores que precisan cuidados. Su puesta en marcha y desarrollo forman parte de un proceso largo y complejo, como lo es el cambio cultural asociado a la transformación del modelo de cuidados de larga duración en el que se basan. Se dispone, sin embargo, de conocimiento y experiencias que pueden y deben servir de guía para avanzar con rigor y determinación tanto en el ámbito aplicado como en el investigador.

- ABELLÁN, A; ACEITUNO, P; RAMIRO, D. y CASTILLO, A. (2020): *Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020*. Serie Informes de Envejecimiento en Red, n.º 27, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf>>.
- AMUNARRIZ, G. y HERAS-ALCALDE, H. (2021): "Lecciones aprendidas sobre cambio cultural y competencias directivas para la generación de contextos socio-sanitarios favorables a la atención centrada en las personas (ACP)", *Boletín de Estudios Económicos*, n.º 232, pp. 51-67, <<https://doi.org/10.18543/bee.2237>>.
- AUSSERHOFER, D.; DESCHODT, M.; DE GEEST, S.; VAN ACHTERBERG, T.; MEYER, G. y VERBEEK, H. (2016): "There's no place like home: a scoping review on the impact of homelike residential care models on resident, family and staff-related outcomes", *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 17, n.º 8, pp. 685-693, <<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.009>>.
- BACKHAUS, R.; BEERENS, H. C.; VAN ROSSUM, E.; VERBEEK, H. y HAMERS, J. P. H. (2018): "Rethinking the staff-quality relationship in nursing homes", *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, vol. 22, n.º 6, pp. 634-638, <<https://doi.org/10.1007/s12603-018-1027-3>>.
- BRAWLEY, E. (2006): *Design innovations for aging and Alzheimer's: creating caring environments*, Hoboken, Wiley.
- BUIZA, C. y DÍAZ-VEIGA, P. (2020): *Guía para facilitar la realización de actividades cotidianas significativas con personas con demencia*, San Sebastián, Matia Instituto Gerontológico, <<https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/guia-para-facilitar-la-realizacion-de-actividades-cotidianas-significativas-con>>.
- CASPAR, S.; BRASSOLOTTO, J. y COOKE, H. A. (2021): "Consistent assignment in long-term care homes: avoiding the pitfalls to capitalise on the promises", *International Journal of Older People Nursing*, vol. 16, n.º 1, <<https://doi.org/10.1111/opn.12345>>.
- CHAUDHURY, H.; COOKE, H.; COWIE, H. y RAZAGH, L. (2018): "The influence of the physical environment on residents with dementia in long-term care settings: a review of the empirical literature", *The Gerontologist*, vol. 58, n.º 5, pp. 325-337, <<https://doi.org/10.1093/geront/gnw259>>.
- COMISIÓN EUROPEA (2021): *Plan de Acción del Pilar Europeo de Derechos Sociales*, Bruselas, Comisión Europea, <<https://op.europa.eu/webpub/emp/european-pillar-of-social-rights/es/>>.
- CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2021): *CuidAs: estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración a personas adultas en el Principado de Asturias*, Oviedo, Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, <[https://socialasturias.asturias.es/documentos/38532/352354/01Estrategia\\_CuidAs.pdf/806bd649-f1bb-4d61-f61c-a35fd5346208?t=1667547983582](https://socialasturias.asturias.es/documentos/38532/352354/01Estrategia_CuidAs.pdf/806bd649-f1bb-4d61-f61c-a35fd5346208?t=1667547983582)>.
- DE BOER, B.; BOZDEMIR, B.; JANSEN, J.; HERMANS, M.; HAMERS, J. y VERBEEK, H. (2021a): "The homestead: developing a conceptual framework through co-creation for innovating long-term dementia care environments", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, n.º 57, <<https://doi.org/10.3390/ijerph18010057>>.
- DE BOER, B.; BUIST, Y.; DE BRUIN, S. R.; BACKHAUS, R. y VERBEEK, H. (2021b): "Working at green care

- farms and other innovative small-scale long-term dementia care facilities requires different competencies of care staff", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, 10747, <<https://doi.org/10.3390/ijerph182010747>>.
- DETWEILER, M.; MURPHY, P.; MYERS, L. y KIM, K. (2008): "Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents?", *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, vol. 23, n.º 1, pp. 31-45, <<https://doi.org/10.1177/1533317507309799>>.
- DÍAZ-VEIGA, P. (2014): "El papel de la familia en el proceso de atención según el modelo ACP", en RODRÍGUEZ, P.; y VILÁ, A. (coords.): *Modelo de atención integral y centrado en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*, Madrid, Tecno.
- DÍAZ-VEIGA, P.; MARTÍNEZ, T.; SANCHO, M. y RODRÍGUEZ, P. (2014a): *Unidades de convivencia para personas que necesitan ayuda*. Serie Modelo de Atención Centrada en la Persona, Cuadernos Prácticos, n.º 6, San Sebastián, Departamento de Empleo y Política Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto Gerontológico, <[https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_ss/es\\_publica/adjuntos/cuaderno%206.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/cuaderno%206.pdf)>.
- DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M. (2013): "Residencias, crisis y preferencias de las personas", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 48, n.º 39, pp. 101-102, <<https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.003>>.
- DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M. (2022): "La reformulación de los cuidados de larga duración en España. Un cambio inaplazable", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 57, n.º 5, pp. 247-249, <<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.09.002>>.
- DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO, M.; GARCÍA, A.; RIVAS, E.; ABAD, E.; SUÁREZ, N.; MONDRAGÓN, G.; BUIZA, C.; ORBEGOZO, A. y YANGUAS, J. (2014b): "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*, n.º 49, pp. 266-271, <<https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.06.003>>.
- DRAGESET, J.; HAUGAN, G. y TRAVGÅG, O. (2017): "Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: perceptions of nursing home residents", *BMC Geriatrics*, vol. 17, 254, <<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0650-x>>.
- EDVARDSSON, D.; SANDMAN, P. O.; NAY, R. y KARLSSON, S. (2008): "Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care", *International Psychogeriatrics*, vol. 20, n.º 4, pp. 764-776, <<https://doi.org/10.1017/S1041610208006716>>.
- ELMSTÄHL, S.; ANNERSTEDT, L. y AHLUND, O. (1997): "How should a group living unit for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms?", *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, n.º 11, pp. 47-52.
- ESPAÑA (2008): "Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 96, 21-4-2008, pp. 20 648-20 659, <<https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/1/>>.
- ESPAÑA (2022): "Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 192, 11-8-2022, págs. 117 584-117 621, <<https://www.boe.es/eli/es/res/2022/07/28/12>>.
- ESTADOS UNIDOS (1987): "Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987", 22-12-1987, <<https://www.congress.gov/bill/100th-congress/house-bill/3545>>.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; BUSTILLOS, A.; SANTACREU, M.; SCHETTINI, R.; DÍAZ-VEIGA, P. y HUICI, C. (2016): "Is older adult care mediated by caregivers' cultural stereotypes? The role of competence and warmth attribution", *Clinical Interventions in Aging*, n.º 11, pp. 545-552, <<https://doi.org/10.2147/CI.A.S96235>>.
- FLEMING, R.; ZEISEL, J. y BENNET, K. (2020): *World Alzheimer report 2020. Design, dignity, dementia: dementia-related design and the built environment. Volume 1*, Londres, Alzheimer's Disease International, <<https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2020Vol1.pdf>>.
- GARCÍA-SOLER, A.; GARCÍA-LANTARÓN, H.; MARSILLAS, S.; BARRIO, E.; BUIZA, C. y DÍAZ-VEIGA, P. (2022): "Comprehensive perspective of care design for the accompaniment of the person during the life journey", en POZO, E. e HIGUERAS, E. (eds.), *Urban design and planning for age friendly environments across Europe: North and South*, Cham, Springer.
- GARCÍA-SOLER, A.; JIMÉNEZ, M.; OLIVAN, V.; GÓMEZ, A.; ARIZAGA, O.; SALABERRIA, A.; FERNÁNDEZ, S. et al. (2017): "Estudio descriptivo observacional de las prácticas profesionales relacionadas con las preferencias de los usuarios de residencias a la hora de comer [comunicación]", 59.º Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2021): *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia*, componente 22, Madrid, Gobierno de España, <[https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/30042021-Plan\\_Recuperacion\\_%20Transformacion\\_%20Resiliencia.pdf](https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/30042021-Plan_Recuperacion_%20Transformacion_%20Resiliencia.pdf)>.
- GOFFMAN, E. (1970): *Asilos. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.
- INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (2020): *Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2020 [datos estadísticos]*, Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, <<https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-personas-mayores-espana#:~:text=Bibliotecas%20del%20imserso,Servicios%20Sociales%20dirigidos%20a%20personas%20mayores%20en%20Espa%C3%b1a,-Informaci%C3%b3n%20estad%C3%adstica%20anual>>.

- LEE, S. Y.; HUNG, L.; CHAUDHURY, H. y AGMORELLI, A. (2021): "Effects of physical environment on quality of life among residents with dementia in long-term care facilities in Canada and Sweden: a longitudinal study in a large-scale institutional setting versus a small-scale homelike setting", *Architectural Research*, vol. 23, n.º 2, pp. 19-28, <<https://doi.org/10.5659/AIKAR.2021.23.2.19>>.
- LEICHSENDRING, K. y STRÜMPPEL, C. (1998): *L'accueil des personnes souffrant de démence en petites unités de vie*, Viena, European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- LINDSTRÖM, A. (2022): "Las oportunidades de bienestar que aportan las pequeñas unidades de convivencia de no más de 10/12 personas", en RODRÍGUEZ, P. (coord.), *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores*, Madrid, Fundación Pilares para la Autonomía Personal, pp. 179-196.
- LÓPEZ, A. y MARTÍNEZ, J. (2022): "La atención de calidad depende del trabajo profesional, no de su integración en la plantilla del centro", en RODRÍGUEZ, P. (coord.), *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores*, Madrid, Fundación Pilares para la Autonomía Personal, pp. 137-162.
- MARTÍNEZ, T. (2022): *Las unidades de convivencia modelo hogareño, una alternativa a las residencias de personas mayores institucionales*. Serie Documento Acpgerontología, n.º 8, <<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/docACPPERONTOLOGIA8.pdf>>.
- NIJS, K. A.; DE GRAAF, C.; KOOK, F. J. y VAN STAVEREN, W. A. (2006): "Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial", *BMJ Clinical Research*, n.º 332, pp. 1180-1184, <<https://doi.org/10.1136/bmj.38825.401181.7C>>.
- NYGAARD, A.; HALVORSRUD, L.; GROV, E. K. y BERGLAND, A. (2020): "What matters to you when the nursing home is your home: a qualitative study on the views of residents with dementia living in nursing homes", *BMC Geriatrics*, vol. 20, 227, <<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01612-w>>.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2006): *Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, <<https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015): *Informe mundial sobre envejecimiento y salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)>.
- PRIETO, D. (2014): *La experiencia de los profesionales en el modelo de atención centrada en la persona*, San Sebastián, Matia Instituto [documento inédito].
- SANCHO, M. y MARTÍNEZ, T. (2020): *Revisión internacional de modelos residenciales para personas mayores. Parte II. Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos. Residencias para personas mayores, ¡no más de lo mismo!*, Valladolid, Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, <<https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/888/811/estudio%20modelos%20residenciales%20internacionales2n.pdf>>.
- SANCHO, M.; y MARTÍNEZ, T. (2021): *Informe España 2021*, capítulo 5, Madrid, Universidad Pontificia Comillas.
- SANCHO, M. y RODRÍGUEZ, P. (2002): "Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro", *Intervención Psicosocial*, vol. 10, n.º 3, pp. 259-276.
- SHIELLS, K.; PIVODIC, L.; HOLMEROVA, I. y VAN DEN BLOCK, L. (2020): "Self-reported needs and experiences of people with dementia living in nursing homes: a scoping review", *Aging & Mental Health*, vol. 24, n.º 10, pp. 1553-1568, <<https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1625303>>.
- SIÖGREN, K.; LINDKVIST, M.; SANDMAN, P. O.; ZINGMARK, K. y EDVARDSSON, D. (2017): "Organisational and environmental characteristics of residential aged care units providing highly person-centred care: a cross sectional study", *BMC Nursing*, vol. 16, n.º 1, pp. 1-9, <<https://doi.org/10.1186/s12912-017-0240-4>>.
- TIBBITTS, C. (1960): *Handbook of social gerontology: societal aspects of aging*, Chicago, The University of Chicago Press.
- TOWNSEND, P. (1962): *The last refuge. A survey of residential institutions and homes for the aged*, Londres, Routledge & Kegan Paul.
- VAN BEEK, A. y GERRITSEN, D. (2010): "The relationship between organizational culture of nursing staff and quality of care for residents with dementia: questionnaire surveys and systematic observations in nursing homes", *International Journal of Nursing Studies*, vol. 47, n.º 10, pp. 1274-1282.
- VAN HOOF, J.; VERBEEK, H.; JANSSEN, B. M.; EIJKELENBOOM, A.; MOLONY, S. L.; FELIX, E. et al. (2016): "A three perspective study of the sense of home nursing home residents: the views of residents, care professionals and relatives", *BMC Geriatrics*, vol. 16, 169, <<https://doi.org/10.1186/s12877-016-0344-9>>.
- VERBEEK, H.; GERRITSEN, D.; BACKHAUS, R.; DE BOER, B.; KOOPMANS, R. y HAMERS, J. (2020): "Allowing visitors back in the nursing home during the COVID-19 crisis: a Dutch national study into first experiences and impact on well-being", *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 21, n.º 7, pp. 900-904, <<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.020>>.
- VERBEEK, H. y MITCHELL, G. (2022): "Changing the long-term care spectrum", *BMC Geriatrics*, vol. 22, 303, <<https://doi.org/10.1186/s12877-022-02909-8>>.
- VERBEEK, H.; VAN ROSSUM, E.; ZWAKHALEN, S. M. G.; KEMPEN, G. I. y HAMERS, J. P. H. (2009): "Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review", *International Psychogeriatrics*, vol. 21, n.º 2, pp. 252-264, <<https://doi.org/10.1017/S104161020800820X>>.

ZIMMERMAN, S.; DUMOND-STRYKER, C.; TANDAN, M.; PREISSER, J. S.; WRETMAN, C. J.; HOWELL, A. y RYAN, S. (2021): "Nontraditional small house nursing homes have fewer COVID-19 cases and deaths", *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 22, n.º 3, pp. 489-493, <<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.01.069>>.

ZIMMERMAN, S.; SHIER, V. y SALIBA, D. T. (2014): "Transforming nursing home culture: evidence for practice and policy", *The Gerontologist*, n.º 54, n.º 1, pp. S1-S5, <<https://doi.org/10.1093/geront/gnt161>>.