



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**CALIDAD DE VIDA EN LAS
RESIDENCIAS DE ANCIANOS
(QUALITY OF LIFE IN NURSING HOMES)**

Autora: NORA PINTO FERNÁNDEZ.

Tutor: VIRTUDES NIÑO MARTÍN.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar qué aspectos de la asistencia mejoran e indican calidad de vida en los ancianos. Identificar y analizar los modelos de atención que aumentan la calidad de vida en las residencias.

METODOLOGÍA: Este estudio es una revisión bibliográfica con la selección de las publicaciones más recientes de los últimos 10 años. Puesto que no existe consenso sobre qué es calidad de vida, se han seguido los 100 criterios de calidad de vida que la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEEG) considera recomendable cumplir para ofrecer calidad de vida en las residencias. Además, se han seleccionado las evaluaciones de 5 estudios quasi- experimentales para analizar y comparar la atención centrada en la persona con la atención tradicional. Los estudios seleccionados han sido llevados a cabo a nivel nacional, europeo e internacional.

CONCLUSIONES: la organización de las residencias en módulos de convivencia con modelo de atención centrado en la persona (MACP), mejora la calidad de vida del residente frente a la atención tradicional. Vivir como en casa indica calidad de vida.

Palabras clave: residencia de ancianos, calidad de vida, instrumentos, evaluaciones.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Determinate which interventions indicate and improve the quality of live (QoL) for nursing homes residents. Identify and analyze the care models that increase the quality of life (QoL) in nursing homes.

METHOD: This study is a literature review with the selection of the most recent publications of the last 10 years. A document published by Spanish Society of Geriatria and Gerontology (SEEG) has used for defining some criteria that determinate QoL in nursing homes. This project has used the evaluations of 5 longitudinal quasi-experimental studies to analyze and compare the QoL with person-centre care model (PCC) vs traditional living. The selected studies were conducted in different places, nationally and internationally.

CONCLUSIONS: Group living facilities with person-centre care model (PCC), improves the quality of life of residents living in nursing homes compared to traditional living. Living as at home means QoL.

Keywords: nursing homes, QoL, instruments, evaluation.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Pág.

JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	6
METODOLOGÍA	6
DESARROLLO DEL TEMA	9
“QUÉ ES CALIDAD DE VIDA EN LAS RESIDENCIAS”	9
“¿QUÉ MODELO DE ATENCIÓN EN RESIDENCIAS MEJORA EN MAYOR MEDIDA LA CALIDAD DE VIDA?”	9
RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES DE LOS ESTUDIOS ANALIZADOS	12
CONCLUSIONES GENERALES DEL ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES ESTUDIOS	18
DISCUSIÓN Y ARGUMENTACIÓN CRÍTICA DE LOS RESULTADOS	19
CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXO.....	23

JUSTIFICACIÓN

La residencia es un lugar de alojamiento para las personas mayores que facilita un espacio de convivencia, y propicia el desarrollo de las relaciones personales, garantizando el derecho de las personas y el respeto a los valores individuales.

Según el Decreto 14/2001 (1), de 18 de Enero publicado en el BOCyl, por el cual se regulan las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores, la unidad residencial se define como “Servicio para la residencia habitual, permanente o temporal por convalecencia o respiro familiar, preferentemente para las personas mayores, donde se les presta una atención continuada, integral y profesional durante las 24 horas del día”.

La sociedad española camina hacia el envejecimiento de la población. De acuerdo con el último censo del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2011 (2), el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, han provocado un incremento de la población de más de 60 años respecto a la población menor de 15 años. Dicho dato podría implicar un aumento en el número de usuarios de residencias.

Sin embargo, tal y como dice Chema Odriozola, presidente de Eusko Federpen en el consejo Vasco de Servicios Sociales del 17/02/2012 (3), “el 95% de las personas mayores no quiere ni oír hablar de ir a las residencias”. Este hecho junto con el envejecimiento de la población, han hecho necesario plantear un cambio en el modelo de atención de las personas institucionalizadas, para conseguir que las residencias sean lugares lo más similares posibles al propio hogar, y mejorar la calidad de vida de los ancianos.

La calidad de vida (QoL: Quality of Life) es un concepto que encierra varias perspectivas, y por tanto, la percepción de lo que es calidad de vida cambia dependiendo del grupo social, y las características del individuo. Por esta razón, no existe hasta el momento una definición consensuada del concepto (4).

Numerosos cuestionarios son empleados para medir la calidad de vida. Entre los instrumentos genéricos de medida de la calidad de vida más relevantes se encuentran: el Nottingham Health Profile (NHP); el Sickness Impact Profile (SIP); el Dartmouth

Primary care Cooperative Information Project (COOP) Charts; el Quality of Well-Being (QWB) Scale; el Health Utilities Index (HUI), el EuroQol Instrument (EQ-5D), y el Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36) health survey. De los instrumentos citados, el cuestionario SF-36v2 y su versión corta (SF-12) son los más comúnmente usados para medir la calidad de vida (5).

Además los instrumentos citados, existen cuestionarios específicos para medir la QoL en personas con deterioro cognitivo (DC). El DC es una de las enfermedades más prevalentes en el anciano, siendo padecida por la mayoría de los residentes en mayor o menor medida. Entre los cuestionarios se encuentran la escala FUMAT y QUALID.

Como se ha dicho, hasta el momento no existe una definición única del concepto calidad de vida, y la importancia que se da a sus diferentes dimensiones varía según el grupo social encuestado y sus características. Por esta razón, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) publicó un trabajo que reúne los “Criterios de Calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores”. Este documento trata de ofrecer una guía de orientación, que resuma en 100 recomendaciones, los aspectos que se consideran imprescindibles para mejorar la calidad de vida en las residencias. El documento se ha elaborado a través de una revisión de la legislación y de diferentes trabajos sobre calidad, evaluación y modelos de acreditación, que han proliferado en los últimos años a nivel nacional y europeo.

En los últimos 50 años, internacionalmente se ha pretendido cambiar el concepto tradicional de atención en los centros residenciales, por un modelo de atención centrado en la persona (ACP). Este modelo de atención, tiene como objetivo garantizar la asistencia básica para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, y facilitar el mantenimiento de la autonomía de la persona. A diferencia del modelo tradicional, la atención está centrada en el usuario y no en las necesidades de la institución. Además tiene en cuenta la identidad del anciano así como su proyecto de vida, el cual está basado en su historia, deseos, gustos y preferencias. Ya no es el facultativo quien elige según la historia clínica de la persona la asistencia necesaria, sino que es la propia persona el eje de su asistencia. El profesional tiene como misión apoyarla y ser referencia para su autocuidado. La dignidad es la prioridad de la

asistencia. En cuanto al diseño de las residencias, se trata de crear un hogar para la persona donde se sienta como en casa, donde siga manteniendo el control de su vida, y se logre reducir al mínimo el impacto que pudiera conllevar el ingreso en una residencia. Para ello, cuentan con espacios privados y espacios comunes. (6)

El modelo de atención centrada en la persona (ACP) tiene su origen en los años 60 en los países escandinavos, con Suecia (proyecto gruppbonden) y Dinamarca en el liderazgo. Si bien, el término ACP surge en los años 70 como movimiento reivindicativo para la normalización de los derechos de las personas con discapacidad, especialmente en Canadá, EEUU y Reino Unido (7). La importancia de lograr la dignidad de la persona mayor, era tal en ambos países nórdicos, que en Dinamarca se llegó a prohibir la construcción de residencias tradicionales según la Ley de 1987. Más adelante e internacionalmente, se ha ido desarrollando este modelo y algunos ejemplos de esto son: “Small Scale Living Units” en Holanda (desde 1986), “Cantou” en Francia, “Group homes” en Japón y “The Green House Model” (GH) en EEUU.

La primera experiencia en nuestro país que pone a prueba un modelo de atención integral centrado en la persona, es el Proyecto Etxean Ondo, de la CCAA del País Vasco (8). El proyecto piloto se llevó a cabo tanto en asistencia domiciliaria como en residencias. Tras los buenos resultados, diferentes CCAA como Castilla y León (“En mi casa”), Cataluña decidieron comenzar proyectos similares.

Por tanto, de manera general, la tendencia en el ámbito internacional y nacional, indica un cambio en el modelo asistencial, que se inclina por un modelo alternativo a las residencias tradicionales, cuyo objetivo consiste en lograr hacer sentir a las personas mayores, “que viven en su hogar y que son bien atendidos” (9), poniendo especial interés en conseguir la preservación de la autonomía personal.

A través de este estudio se persigue conocer y promover estos cambios, y conseguir que las residencias de ancianos sean lugares mejor estructurados y adaptados a las necesidades de las personas, para que la persona institucionalizada goce de buena calidad de vida. Por las razones mencionadas, mejorar la calidad de vida en las residencias de tercera edad, se trata de un tema de interés social, profesional y sanitario.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es analizar y resumir la literatura sobre la calidad de vida en las residencias de ancianos, tanto desde un punto de vista conceptual como metodológico, con la intención de mejorar la calidad de vida en estos lugares. Como objetivos parciales de este estudio:

- Identificar algunos aspectos que definen la calidad de vida en los ancianos.
- Determinar de qué manera y a través de qué modelos puede mejorarse la calidad de vida en las residencias.
- Establecer la asociación entre calidad de vida y entorno.
- Promover el autocuidado de los ancianos en las residencias.
- Intentar influir en la política y en la práctica a través de la generación de nuevos conocimientos.

METODOLOGÍA

El tipo de metodología de este estudio, es una revisión bibliográfica en las bases de datos de Ciencias de la Salud: Página del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (Espacios Mayores) (10), Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), Journal of the American Geriatrics Society, Medscape Nurses y Pubmed.

La búsqueda se ha realizado atendiendo a los términos claves y combinaciones con el operador booleano “and”: calidad de vida, residencias de ancianos, instrumentos, evaluación, atención centrada en la persona (ACP), criterios de calidad, unidades de convivencia, atención tradicional (Quality of Life, nursing homes, instruments, evaluation, person-centred care (PCC), group living (GL), traditional care).

Para responder a la pregunta “qué es calidad de vida en las residencias”, se han seguido las recomendaciones de la SEGG, (11) donde se proponen 100 criterios que deberían cumplirse para que la calidad de vida de los residentes fuera la adecuada.

Puesto que el tema “Criterios de calidad de vida”, se encuentra en constante investigación a nivel nacional e internacional, para facilitar la selección de los estudios, se realizó una búsqueda bibliográfica de los últimos 10 años en la página

del Ministerio de Sanidad Servicios sociales e igualdad y en la SEGG, al considerar necesario determinar aquellos aspectos que indican calidad de vida para la población donde el estudio es presentado. De los textos encontrados, se seleccionó el citado.

Para abordar la pregunta “¿Qué modelo de atención en residencias mejora en mayor medida la calidad de vida?”, se ha llevado a cabo una revisión de estudios realizados a nivel nacional (“Etxean Ondo”, “En mi casa”), europeo (Bélgica y Holanda) e internacional (EEUU y Japón). Estos comparan y evalúan la calidad de vida en residencias con modelo de atención centrado en la persona, frente a la calidad de vida en residencias con atención tradicional.

Para la selección de los estudios, se realizó una revisión bibliográfica de trabajos publicados en los últimos 10 años, ya que al tratarse de una búsqueda a nivel internacional, el tema no se encuentra estudiado a los mismos niveles en todos los lugares, y las evaluaciones de estudios que comparan el modelo tradicional con otros modelos, no se han llevado a cabo al mismo tiempo. Prueba de ello es que, existen publicaciones suecas de 1994 donde se comparan ya ambos modelos, mientras en España el único estudio completado es el proyecto “Etxean Ondo”, y las publicaciones americanas sobre “Green house”, muestran que el modelo se ha instaurado en más de 150 unidades hasta la fecha. De los estudios encontrados, seleccioné 5 de ellos.

Tabla 1. Tabla resumen de los estudios seleccionados

Título del estudio	Autor	Tipo de estudio	Año publicado
Efectos del Modelo de Atención Centrado en la Persona en la calidad.	Pura Díaz-Veigaa, Mayte S., A. García, E. Rivas, E. Abad, N. Suárez	Longitudinal; Cuasi- experimental	2014
Proyecto “En mi casa”	B. Caminero	Cuasi- experimental	Presentac.2015
Living with dementia in small-scale and traditional long-term care settings	De Rooij, A.H.P.M., Luijkx, K.G., Declercq, A.G. and Schols, J.M.G.A..	Longitudinal; Cuasi- experimental	2011
Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program"	Kane R., Cutler, et al	Longitudinal; Cuasi- experimental	2007
Quality of life of residents with dementia in a group-living situation	Miharu Nakanishi, Taeko Nakashima, Kanae Sawamura	Longitudinal: cuasi-experimental	2012

Las herramientas utilizadas en los diferentes trabajos para evaluar la calidad de vida, varían de unos estudios a otros ya que, como se ha mencionado, no existe un acuerdo entre las dimensiones que mejor reflejan el concepto. Entre las escalas de calidad de vida más importantes a nivel nacional se encuentran:

- La escala FUMAT (12). Se trata de un cuestionario dirigido a medir la calidad de vida de sin deterioro cognitivo o deterioro cognitivo leve (DCL). Está basada en el modelo de Schalock y Verdugo, los cuales definieron 8 dimensiones de calidad de vida que, según su estudio, plasmaban de la mejor forma la percepción de la población del concepto. Consta de 57 ítems que miden estas 8 dimensiones: Bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.
- La escala Qualid (Quality of Life in Late-Stage) (13) fue creada específicamente para valorar la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo grave institucionalizadas (DCG). Consta de 11 ítems que se puntúan según frecuencia de aparición en una escala Likert de 5 opciones de respuesta.

Además, como se nombra en la introducción, el cuestionario genérico SF-36 y SF-12 se emplean para medir la calidad de vida en salud y constan de 36 ítems. Es uno de los cuestionarios más ampliamente utilizados a nivel internacional pero no es el empleado en ninguno de los estudios encontrados, siendo empleados cuestionarios específicos para las características de la población que concierne (con deterioro cognitivo).

DESARROLLO DEL TEMA

“QUÉ ES CALIDAD DE VIDA EN LAS RESIDENCIAS”

La calidad de vida es un concepto multidimensional, y hasta el momento no se han protocolizado los aspectos más relevantes que deben abordarse del concepto para mejorar la integridad del residente.

No obstante, a través del documento “100 recomendaciones de calidad” la SEGG, ofrecen una autoevaluación de las condiciones que la organización define claves para garantizar la calidad de atención en los centros. El documento está orientado a la mejora del microsistema que envuelve a la persona. (Resumido en ANEXO 1). Los temas abordados en el mismo son: dirección y organización del centro, derechos y deberes de los residentes, la familia, los servicios generales que debe de ofrecer el centro, los recursos humanos, el entorno y los aspectos arquitectónicos de accesibilidad.

Actualmente, se ha convocado a un grupo de profesionales que trabajan sobre el modelo de ACP, para la elaboración de un nuevo documento donde se refleje qué aspectos de la calidad de vida deben desempeñarse en los centros según el modelo de ACP. Se prevé su disponibilidad en unos meses.

“¿QUÉ MODELO DE ATENCIÓN EN RESIDENCIAS MEJORA EN MAYOR MEDIDA LA CALIDAD DE VIDA?”

Las únicas evaluaciones publicadas (14) en España son las del proyecto Etxean Ondo Residencias en la “Revista Española de Geriatria y Gerontología”. El estudio es de tipo cuasi- experimental en 119 participantes con deterioro cognitivo (59 grupo control y 60 grupo experimental), cuyo criterio de exclusión era la ausencia de deterioro cognitivo medido con el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC>29). Los sujetos del grupo experimental (GE) y grupo control (GC) se han emparejado en base a características similares en cuanto a capacidad funcional y funcionamiento cognitivo. Los resultados publicados, exponen los efectos que se han identificado en la calidad de vida de los residentes participantes, tras 6 meses de implantación del proyecto, en

comparación con un grupo de residentes que ha recibido la atención tradicional en residencia. Las variables e instrumentos utilizados fueron:

Tabla 2. Variables e instrumentos utilizados en el estudio “Etxean Ondo Residencias”.

Variables	Instrumentos
Capacidad funcional	Índice de Barthel
Estado cognitivo	MiniExamen Cognoscitivo de Lobo
Calidad de vida.	Escala FUMAT Escala Qualid

Del proyecto “En mi casa” de la Junta de Castilla y León, se expusieron el 6 de Marzo de 2015 en Valladolid en el Centro Regional de Formación y Estudios Sociales (CREFES), datos estadísticos para el Índice de Barthel y escala FUMAT, obtenidos por la comparación de la capacidad funcional y la calidad de vida en 5 centros residenciales antes y tras la intervención.

Tabla 3. Variables e instrumentos analizados del estudio “En mi casa”.

Variables	Instrumentos
Capacidad funcional	Índice de Barthel
Calidad de vida.	Escala FUMAT

A nivel europeo, se publicó un estudio longitudinal de tipo cuasi- experimental en la revista BMC Geriatrics (15) llevado a cabo en los Países Bajos y Bélgica, que compara la calidad de vida de personas con deterioro del estado cognitivo que viven en residencias a pequeña escala (“small scale”) con aquellos que viven en residencias tradicionales. La muestra total, entre los dos países, era de 179 residentes (98 GE, 81 GC). La calidad de vida se midió a través del cuestionario QUALIDEM. Los sujetos presentaban características similares.

Tabla 4. Variables e instrumentos utilizados en el estudio “Small Scale” care settings

Variables	Instrumentos
Estado funcional	Índice de Barthel
Problemas del comportamiento	Neuropsychiatric Inventory (NPI-NH)
Calidad de vida	Cuestionario Qualidem: 40 ítems que miden 9 dimensiones: relación con el cuidador, afecto positivo, afecto negativo, autoimagen positiva relaciones sociales, aislamiento social, tener algo que hacer, sentirse como en casa, comportamiento activo (Cada ítem una respuesta de 0(nunca) a 3 (a menudo).

A nivel internacional, se han empleado los resultados de la evaluación del proyecto “Green House” (GH), establecido en los Estado Unidos desde hace 10 años, y siguiendo el modelo ACP. Es un estudio longitudinal de tipo cuasi-experimental se realizó una comparación de un grupo experimental con dos grupos control de dos residencias (“Cedars” y “Trinity”) que representaban el modelo tradicional de residencia. Los sujetos presentaban características similares. Es un estudio de 18 meses dividido en 3 períodos de análisis. Estos datos están recogidos en un artículo publicados en la revista “The American Geriatrics Society” (16) .

Tabla 5. Variables e instrumentos utilizados en el estudio “Green House”.

Variables	Instrumentos
Calidad de vida	Escala para 11 dominios: confort físico, competencias funcionales, privacidad, dignidad, actividad significativa, relaciones, autonomía, disfrute de la comida, bienestar espiritual, seguridad, individualidad, con 3-6 items cada uno.
Estado emocional, satisfacción, autoconciencia del estado de salud, estado funcional	Entrevistas.
Calidad de los cuidados	Indicadores derivados del “Minimum Data Set”.

En Japón, fue publicado un artículo que compara la calidad de vida de residentes con deterioro del estado cognitivo, que viven en una vivienda de grupo que sigue el MACP con aquellos que viven en residencias tradicionales. (17) Es un estudio longitudinal de tipo cuasi experimental, llevado a cabo con una muestra de 1366 sujetos, 616 grupo experimental y 750 grupo control. Los sujetos presentaban características similares. El instrumento de medida de calidad de vida utilizado fue la escala de calidad de vida para personas mayores japonesas con deterioro cognitivo (Quality of life instrument for Japanese elderly with dementia; QLDJ). Este instrumento consta de 24 ítems, categorizados en tres dimensiones: interacción con el ambiente, autoexpresión y experimentación mínima de comportamientos negativos.

Tabla 6. Variables e instrumentos utilizados en el estudio “Group living” (Japan).

Variables	Instrumentos
Calidad de vida	Escala QLDJ

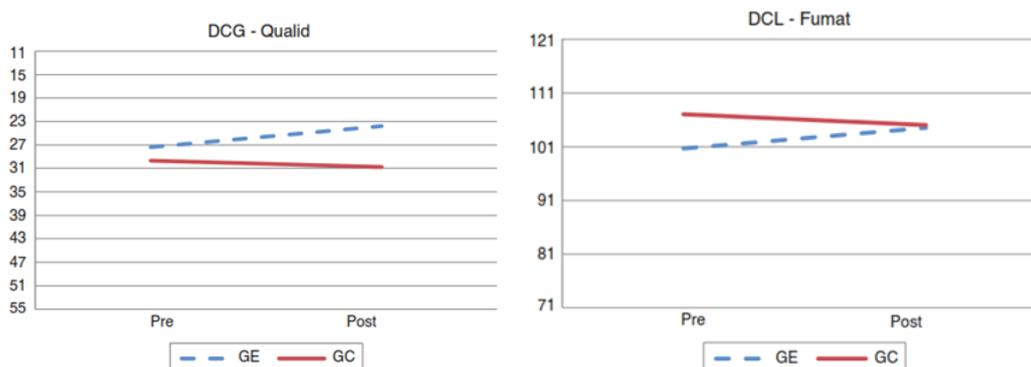
RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES DE LOS ESTUDIOS ANALIZADOS

“ETXEAN ONDO”

Recolección de datos:

Figura 1 (Izquierda). Estudio “Etxean Ondo” “Diferencias previas y posteriores en las puntuaciones en calidad de vida en el Grupo experimental (GE) y Grupo Control (GC) en la condición de DCG.

Figura 2 (Derecha). Estudio “Etxean Ondo” “Diferencias previas y posteriores en las puntuaciones en calidad de vida en GC y GE en la condición de DCL.



Fuente: Pura Díaz-Veigaa, Mayte S., A. García, E. Rivas, E. Abad, N. Suárez. 2014. *Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad*. Publicado en REGG. Pág. 270. Dato: Figura1: la escala mide calidad de vida de manera inversa (menor puntuación, mayor calidad de vida).

Análisis de los datos:

Como se muestra en la tabla 7, para la escala FUMAT en personas con DCL, el grupo control (GC) presentaba puntuaciones significativamente superiores antes de la intervención, mientras que los resultados mostraron que la calidad de vida del grupo experimental (GE) mejoraba tras el período de estudio y la calidad de vida de GC empeoraba. Así mismo, la evaluación de la escala Qualid en sujetos con DCG mostró que el GE mejoraba significativamente tras la intervención, respecto al GC.

Otro de los resultados del estudio es que tanto para el índice de Bathel (capacidad funcional) como para el MiniExamen Cognoscitivo de Lobo (estado cognitivo) no se encontraron diferencias ni en sujetos con DCL ni en sujeto con DCG.

Tabla 7. Interpretación de los datos obtenidos en el estudio “Etxean Ondo”. Análisis de las figuras 1 y 2.

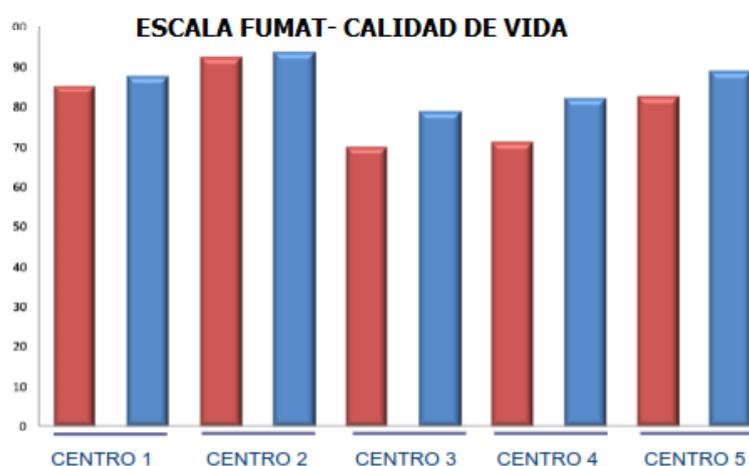
Variables	Instrumentos	Resultados respecto al grupo control
Calidad de vida.	Escala FUMAT en sujetos con DCL	Antes de intervención: puntuación media significativamente superior en GC. Tras la intervención: Mejora GE, empeora GC.
	Escala Qualid en sujetos con DCG	Tras la intervención: Mejora GE. Diferencias significativas respecto GC.

Fuente: Elaboración propia a través de la interpretación de las figuras 1 y 2.

“EN MI CASA”

Recolección de datos:

Figura 3. Estudio “En mi casa”. Escala FUMAT. Diferencias entre la calidad de vida del GC y GE en 5 centros tras las intervenciones realizadas.



Fuente: Benedicto Caminero Pérez. 2015. *Hacia un modelo de calidad: vidas “con sentido” en centros residenciales*. CREFES (Valladolid). Nota: Grupo control (GC): 1ª columna, color rojo. Grupo experimental (GE): 2ª columna, color azul.

Análisis de los datos:

La gráfica muestra los resultados de la Escala FUMAT para calidad de vida. En los 5 centros donde se llevó a cabo el estudio, se ha demostrado que tras un periodo de intervención, la calidad de vida mejora en el GE respecto al GC. Además el análisis del índice de Barthel (gráfica no expresada en este documento), mostró que en todos los GE el nivel de independencia aumenta tras las intervenciones.

SMALL- SCALE LIVING NETHERLANDS AND BELGIUM

Recolección de datos:

Tabla 8. Resultados de las dimensiones medidas con el cuestionario de calidad de vida “Qualidem”, para comparación de la calidad de vida en unidades de convivencia y residencias tradicionales en los Países bajos y Bélgica.

Subscale (Range)	The Netherlands		Belgium	
	Traditional (n=51)	Small-scale (n=51)	Traditional (n=30)	Small-scale (n=47)
Caregiver Relation (0-21)	14.36	14.66	14.21	14.80
Positive Affect (0-18)	10.85 ^{a***}	14.12	11.87	12.56
Negative Affect (0-9)	5.97	5.54	4.59 ^{b**}	6.00
Positive Self-Image (0-9)	7.42	7.61	6.24	6.74
Social Relations (0-18)	8.30 ^{c***}	10.97	10.37	10.40
Social Isolation (0-9)	6.34	6.14	5.48	5.82
Having Something to Do (0-6)	0.91 ^{d***}	2.43	1.58	2.11
Feeling at Home (0-12)	10.23	9.56	8.94	9.37
Restless Behavior (0-9)	4.63	5.11	4.30	3.81

Note: The level 1 model in these analyses was as follows: $y_{ij} = \pi_{0ij} + e_{ij}$. In this model, y_{ij} is a quality of life measure at time t for person i in ward j , π_{0ij} is a random coefficient representing the mean of y for person i in setting j , and e_{ij} represents the error associated with each measure. The level 2 model was: $\pi_{0ij} = \beta_{00j} + r_{0ij}$. In this model, β_{00j} is the mean on a quality of life measure in setting j , and r_{0ij} is a random “setting” effect (i.e. the deviation of person ij 's mean from the setting mean in a small-scale setting in the same country. Higher scores indicate better QoL.^a $p = .000.$, ^b $p = .002.$, ^c $p = .000.$, ^d $p = .000.$, ^{**} $p < .01.$, ^{***} $p < .001.$

Fuente: Rooij, A.H.P.M., Luijkx, K.G., Declercq, A.G. and Schols, J.M.G.A. 2011. *Living with dementia in small-scale and traditional long-term care settings*. BMC Geriatrics. Pág. 48.

Análisis de los datos:

Los resultados mostraron en los Países Bajos, que los residentes en unidades de convivencia (small- scale living) tenían mayor afecto positivo, mejores relaciones sociales, mejores puntuaciones en la dimensión “tener algo que hacer”, y en general mejor calidad de vida en las dimensiones analizadas. Esto indica que las unidades de convivencia promueven en mayor medida las actividades en grupo y las actividades individuales.

Los resultados en Bélgica no fueron tan relevantes aunque más favorecedores en las unidades de convivencia. El análisis de los datos solo revela diferencias significativas en Bélgica en cuanto a existencia de mayor afecto negativo en las unidades de convivencia, mientras que en los Países Bajos, el afecto negativo disminuye.

Tabla 9. Interpretación de los datos obtenidos en el estudio de “Small- scale living”.
Análisis de la tabla 8.

Variable	Instrumento: Cuestion. QUALIDEM	Países Bajos	Bélgica
Calidad de vida	Afecto positivo	Resultados significativ. mejores GE	
	Afecto negativo		Resultados significativos GE
	Autoimagen positiva		
	Relaciones sociales	Resultados significativos mejores GE	
	Aislamiento social		
	Tener algo que hacer	Resultados significativos mejores GE	
	Sentirse como en casa		
	Comportamiento activo		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del estudio. Nota: Casillas en blanco: los resultados obtenidos no muestran relevantes diferencias. No obstante, en términos generales, son más positivos para el grupo experimental en ambos países.

GREEN HOUSE MODEL

Recolección de datos:

Tabla 10. Estudio “Green House” model. Comparación de la calidad de vida de la residencias “Green House” model, con la QoL en las residencias tradicionales.

Table 2. Effects of Green House on Quality-of-Life Scales

Quality-of-Life Scale*	Cedars			Trinity		
	Coefficient	(Standard Error)	P-value	Coefficient	(Standard Error)	P-value
Comfort	-0.022	(0.07)	.74	0.06	(0.08)	.44
Functional competence	-0.122	(0.18)	.48	-0.09	(0.19)	.62
Privacy	-0.818	(0.12)	<.001	-0.27	(0.14)	.05
Dignity	-0.690	(0.13)	<.001	-0.56	(0.15)	<.001
Meaningful activity	-0.261	(0.08)	.003	-0.07	(0.10)	.79
Relationship	-0.353	(0.11)	.002	-0.08	(0.13)	.51
Autonomy	-0.439	(0.12)	<.001	-0.27	(0.14)	.05
Food enjoyment	-0.772	(0.16)	<.001	-0.65	(0.18)	<.001
Spiritual well-being	-0.266	(0.13)	.03	0.22	(0.14)	.12
Security	-0.108	(0.05)	.04	0.06	(0.06)	.34
Individuality	-0.475	(0.10)	<.001	-0.16	(0.12)	.17

Fuente: Kane R., Cutler, et al. 2007. *Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program*; JAGS. Pág 836. Nota: Los resultados están calculados a través del modelo estadístico Tobit (18). La primera columna para cada dominio indica el coeficiente de regresión, la segunda el error estándar del coeficiente de regresión; y la tercera el p-valor (19) que indica el nivel de significación de los datos.

Análisis de los datos:

Los resultados obtenidos con el modelo “Green House” (GH) no reportaron menor calidad de vida respecto a las residencias con modelo tradicional (Cedars y Trinity) en ninguno de los dominios.

Por otra parte, los resultados fueron significativamente mejores respecto a Cedars en nueve de los 11 dominios de calidad de vida medidos (privacidad, dignidad, actividad significativa, relaciones, autonomía, disfrute de la comida, bienestar espiritual, seguridad, individualidad); y significativamente mejores respecto a Trinity en 4 de los 11 dominios (Privacidad, dignidad, autonomía, disfrute de la comida).

Tabla 11. Interpretación de los resultados obtenidos a través de la comparación de la calidad de vida de la residencias “Green House” model, con la QoL en las residencias tradicionales.

	Dominios. GH respecto a	Cedars	Trinity
Calidad de vida	Confort físico	*	
	Competencias funcionales		
	Privacidad		Resultados significativos mejores en GH
	Dignidad		
	Actividad significativa	Resultados significativos mejores en GH.	
	Relaciones		
	Autonomía		
	Disfrute de la comida		Resultados significativos mejores en GH
	Bienestar espiritual		
	Seguridad		
	Individualidad		

Fuente: Elaboración propia. Nota: *Casillas en blanco: Los resultados según el valor-p estadístico no son significativamente importantes, pero no muestran la existencia de menor calidad de vida en GH respecto a Cedar y Trinity en ninguno de los dominios.

“GROUP LIVING” (JAPÓN)

Recolección de datos:

Tabla 12. Estudio “Group Living” (Japón) Comparación de la calidad de vida del GE (“Group living”) con el GC.

Variables	Total residents N = 1,366	Group-living N = 616	Control N = 750	Test statistics	P	Effect size (d)
	Mean(SD) or%	Mean(SD) or%	Mean(SD) or%			
Age, year	86.56(7.43)	86.64(7.48)	86.50(7.39)	$t(1,364) = 0.364$	0.716	
Gender, female	83.2	81.5	83.4	$\chi^2(1) = 0.462$	0.539	
QOL						
Interacting with surroundings	51.84(25.21)	55.63(25.05)	48.74(24.94)	$t(1,364) = 5.073$	< 0.001	0.276
Expressing oneself	38.16(26.19)	41.89(26.93)	35.09(25.18)	$t(1,364) = 4.815$	< 0.001	0.261
Experiencing minimum negative behaviors	73.72(20.33)	75.21(19.60)	72.49(20.85)	$t(1,339.448) = 2.482$	0.013	0.135
Total QLDJ	54.57(16.30)	57.58(16.47)	52.10(15.75)	$t(1288.947) = 6.232$	< 0.001	0.340

† Repeated-measures ANOVA, time point × group.

QOL, quality of life; QLDJ, quality of life instrument for Japanese elderly with dementia

Fuente: M. Nakanishi, T. Nakashima, K. Sawamura. 2012. *Quality of life of residents with dementia in a group-living situation*. Japanese journal of public health Pag.7.

Análisis de los datos:

Tras la comparación de la calidad de vida en residencias “Group Living” con ACP y aquellas con atención tradicional, a través del test QLDJ realizado en una muestra total de 1366 personas, se demuestra que la calidad de vida mejora en el grupo experimental. Existe mayor interacción con el ambiente, autoexpresión, y una mayor experimentación mínima de comportamientos negativos. Además el estudio demostró que las personas presentaban menor dependencia física al final del estudio en el GE.

Tabla 13. Interpretación de los resultados obtenidos a través de la comparación de la calidad de vida en residencias con “Group Living” respecto atención tradicional.

Variable	Instrumentos	Resultados respecto al grupo control
Calidad de vida	QLDJ	Resultados significativamente mejores en el GE.
	Interacción con el ambiente	
	Autoexpresión	
	Experimentación mínima de comportamientos negativos	

CONCLUSIONES GENERALES DEL ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES ESTUDIOS

A través del análisis de los datos obtenidos en los estudios citados, se demuestra que la calidad de vida puede ser medida en cuanto a diferentes dimensiones, y que las dimensiones medidas varían en los estudios analizados.

No obstante, independientemente de los aspectos sobre calidad que se midan en cada uno de los trabajos, las evaluaciones muestran que la calidad de vida aumenta con el modelo de atención centrado en la persona.

Tabla 14. Conclusiones sobre la calidad de vida a través del modelo ACP.

Título del estudio	Conclusiones sobre la calidad
Efectos del Modelo de Atención Centrado en la Persona en la calidad.	Mejora la calidad de vida medida por la escala FUMAT y Qualid.
Proyecto “En mi casa”	Mejora la calidad de vida medida con la escala FUMAT
Living with dementia in small-scale and traditional long-term care settings	Mayor afecto positivo, mejores relaciones sociales, mejores puntuaciones en la dimensión “tener algo que hacer”
Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program"	Mayor privacidad, dignidad, autonomía, disfrute de la comida, además de otros aspectos.
Quality of life of residents with dementia in a group-living situation	Mayor interacción con el ambiente, autoexpresión, y experimentación mínima de comportamientos negativos.

Fuente: Elaboración propia a partir de los análisis de las evaluaciones de los estudios citados.

Cuando se tiene en cuenta el proyecto de vida del residente, sus gustos, sus preferencias, etc. se promueve una mayor libertad de decisión y se fomenta su autocuidado, resultando en todos los casos favorecida la calidad de la atención.

DISCUSIÓN Y ARGUMENTACIÓN CRÍTICA DE LOS RESULTADOS

- Se debe promover en las residencias, la adherencia a los criterios de calidad de vida definidos por la SEEG, para mejorar la calidad de vida de los residentes.
- Los resultados de los diferentes trabajos demuestran claramente que la atención centrada en la persona mejora la calidad de vida respecto al modelo de atención tradicional.
- Cuando la Calidad de vida de los residentes mejora y su satisfacción con el servicio ofrecido, se produce una mayor satisfacción y autorrealización en el cuidador y su rol como profesional de referencia se transforma.
- Se debe promover la educación de los profesionales que trabajan en residencias, en criterios de calidad y mejora de la atención.
- La calidad de vida en las residencias mejora cuando se ofrece buena calidad de vida sobre circunstancias normales más que terapéuticas.
- El microsistema como la familia y el hogar afectan directamente a la vida de la persona.
- Se debe promover la construcción de módulos de convivencia (residencias) que se adapten a las características socio-ambientales en las que han vivido los residentes hasta el momento. La vejez debe tener continuidad con el resto de las etapas de la vida de los individuos.
- Se debe tratar de acercar a los residentes otros servicios como la atención de podología, peluquería, programas que fomenten la actividad física, servicios de rehabilitación, actividades culturales y de ocio, con el propósito de mejorar la calidad de vida y la satisfacción del residente.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Las fuentes bibliográficas analizadas indican que existe un marcado interés a nivel internacional en mejorar la calidad de vida en las residencias. Además, indican que el modelo de ACP cumple en mayor medida que el modelo tradicional, los criterios de calidad de vida medidos, por lo que se adapta de mejor forma que el modelo tradicional a las necesidades de las personas.

Otros estudios y reformas realizadas para la mejora de la integridad y de otros aspectos en países como Suecia, con las bases del modelo establecido durante mayor periodo de tiempo, indican que una vez consolidado el modelo de atención, y realizadas las reformas oportunas, es necesario continuar examinando cómo afectan las intervenciones y qué aspectos deben mejorarse, como se ha realizado hasta ahora.

Mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, y responder a los cambios demográficos y sociales con la mejora de la calidad de vida en las residencias, es un tema de interés social y sociosanitario.

El proyecto abre posibles líneas de estudio futuro sobre cómo mejorar el cuidado del entorno, la integridad de la persona mayor. Además, se propone tras la revisión bibliográfica del tema “Calidad de vida en las Residencias de ancianos”, llevar a cabo un proyecto de medición y comparación de la calidad de vida a través del cuestionario de salud SF-12 en residencias con MACP y residencias tradicionales. De esta forma, puede estudiarse la calidad de vida basándola en un test de calidad genérico, internacionalmente conocido y traducido a más de 100 lenguas diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores. (Boletín Oficial de Castilla y León, número 17, de 24 de enero de 2001)..
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Censos de población y viviendas 2011. Notas de Prensa. [Online].; 2012. Available from: <http://www.ine.es/prensa/np756.pdf>.
3. J. Manuel Odriozola Azurmendi. Alegaciones y propuestas formuladas por Euskoderpen al Borrador de Decreto de carte de servicios de la L.S.S. 26-04-2012. [Online].; 2012. Available from: http://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Odriozola.pdf.
4. Alan Walker. Programa británico de investigación para el incremento de la calidad de vida en la vejez. Revista Española de Geriatria y Gerontología. [Online].; Sep.2007. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-programa-britanico-investigacion-el-incremento-13110090>.
5. Coons SJ1, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. Pubmed. [Online].; 2000, jan. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10747763>.
6. Gruposanyres. Jornadas sobre dependencia y tercera edad. [Online].; 2014. Available from: <http://gruposanyres.es/jornadas-sobre-dependencia-tercera-edad/>.
7. Teresa Martínez Rodríguez. La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales. 2003 Junio; 41:(209-231).
8. Mayte Sancho; Pura Díaz Veiga;. Buenas prácticas. Modelo y ambiente. Etxean ondo. Matia Instituto Gerontológico. [Online]. Available from: <http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/bbpb/BP3EtxeanOndoResidencias.pdf>.
9. Pilar Rodríguez Rodríguez. Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. Fundación Pilares para la autonomía personal. [Online].; 2011. Available from: http://www.fundacionpilares.org/docs/las_residencias_que_queremos.pdf.
10. Residencias de personas Mayores. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Gobierno de España. [Online]. [cited 2015. Available from: http://www.espaciomayores.es/imserso_01/espaciomayores/Documentacion/resid_mayor/index.htm
11. Grupo de calidad. 100 Recomendaciones básicas para fomentar la calidad de vida en residencias de personas mayores.. Sociedad Española de geriatría y Gerontología. 2004.
12. Miguel A. Verdugo Alonso; Laura E. Gómez Sánchez; Benito Arias Martínez. Evaluación de la calidad. La Escala FUMAT. Publicaciones del INICO. [Online].; 2009. Available from: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf.
13. B. León-Salas, P. Martínez-Martín. Revisión de instrumentos de calidad de vida utilizados en

- personas con demencia: II. Instrumentos específicos. PSICOGERIATRÍA. 2010; 2 (2)(69-81).
14. Pura Díaz-Veigaa, Mayte S., A. García, E. Rivas, E. Abad, N. Suárez. Efectos del Modelo de Atención Centrado en la Persona en la calidad. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Agosto, 2014; 49(6):266–271.
 15. De Rooij, A.H.P.M., Luijkx, K.G., Declercq, A.G. and Schols, J.M.G.A. Living with dementia in small-scale and traditional long-term care settings. BMC Geriatrics. 2011; 11:20.
 16. Kane R., Cutler, et al. “Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program”; Journal of the American Geriatric Society, 55(6):832-839. [Online].; June 2007.
 17. Miharū Nakanishi, Taeko Nakashima, Kanae Sawamura. 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. Japanese journal of public health. 2012; Vol.59(No. 1 p. 3-10).
 18. Liu, W.B, Wongcha A, & Peng, K.C. Adopting Super- Efficiency and Tobit model on Analyzing the Efficiency of Teacher´s Colleges in Thailand. International Journal on New Trends In Education And Their Implications. 2012; Vol.3 (3),(Article.17).
 19. El p-valor. [Online]. Available from: <http://www.ub.edu/stat/GrupsInnovacio/Statmedia/demo/Temas/Capitulo9/B0C9m1t18.htm>.
 20. Afshar H FMMM. Women, Ethnicity and empowerment in Later Life. GO Findings 10, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield. 2002.
 21. Peace S HKL. Environment and Identity in Later Life: a cross- setting study. Go Findings 18, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield. 2003.
 22. Afshar H FMMM. Women, Ethnicity and Empowerment in Later Life. GO Findings 10, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield. 2002.
 23. Instituto Nacional de Estadística (INE). Censos de población y Viviendas 2011. Población residente en establecimientos colectivos. Notas de prensa. [Online].; 2013. Available from: <http://www.ine.es/prensa/np777.pdf>.
 24. Matia. Instituto gerontológico. Etxean Ondo Proiektua - Eusko Jaulatitza. Matia Fundazioa. [Online].; 2013. Available from: <http://www.matiainstituto.net/eu/proyectos/etxean-ondo>.
 25. Miguel Leturia Arrazola. Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo anterior. Fundación INGEMA. Instituto Gerontológico MATIA. [Online]. Available from: http://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Leturia.pdf.
 26. Redes Centinelas en España. Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo adquirido. Portal de Salud Castilla y León. [Online]. Available from: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/prevalencia-factores-asociados-deterioro-cognitivo-adquirid>.

ANEXO 1: Se ha intentado mantener los enunciados lo más similares posibles al documento original, tratando de sintetizar los temas. Documento original: Grupo de calidad. Criterios de calidad en servicios sociosanitarios para personas mayores: 100 Recomendaciones básicas para fomentar la calidad de vida en residencias de personas mayores. Sociedad Española de geriatría y Gerontología. 2004.

RESUMEN DE “100 RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA FOMENTAR LA CALIDAD EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES”

1. DIRECCIÓN Y ORGANIZACIÓN:

Es función de la dirección del centro la evaluación asistencial así como cumplir la normativa de calidad establecida por la CCAA correspondiente y la normativa establecida según la LOPD para la protección legal de los usuarios. El centro debe disponer de registros y licencia así como de la autorización administrativa correspondiente. Debe existir un plan de emergencias y evacuación revisado por las autoridades competentes. Además, el centro dispondrá de un sistema de guarda y custodia de objetos de valor de los residentes. El centro debe contar con un organigrama actualizado a disposición de los residentes, trabajadores y familiares. La dirección participa en los programas de prevención de riesgo, y debe tener conocimiento personalizado de los residentes y trabajadores. El centro debe disponer de instrumentos para planificación de mejora; y tanto los residentes como los trabajadores pueden participar en la introducción de mejoras. El centro debe disponer de un horario general y de actividades conocido por los trabajadores y usuarios. Debe realizarse evaluación asistencial. Los usuarios tienen derecho a expresar sus quejas, reclamaciones y su nivel de satisfacción con el servicio.

2. RESIDENTES:

En cuanto a los derechos de los residentes, toda persona que ingrese debe conocer la normativa, explicada de forma escrita y oral. Los residentes tienen derecho a mantener relación con sus familiares y a la información ante cambios. Los residentes tienen derecho a la atención personalizada (disposición de una persona de referencia) respetando siempre su capacidad de decisión. Todos los residentes

tienen derecho a una atención sin discriminación; y los trabajadores del centro están sometidos al secreto profesional y confidencial de los datos. Tienen derecho a recibir información de lo que les afecte, a la toma de decisiones y a la muerte digna. Los residentes deben conocer a los profesionales y saber a quién pueden dirigir sus preguntas. Además, tienen derecho a la información- participación democrática, a una vida cultural sociopolítica, a realizar sugerencias y reclamaciones, al cumplimiento de las condiciones, a considerar la residencia como domicilio, así como a sus derechos individuales como persona, su intimidad, la atención sanitaria y la tutela de las autoridades públicas.

A su vez el residente debe colaborar en el cumplimiento de las normas internas, en la vida cotidiana del centro y en su autocuidado. El residente debe cuidar las instalaciones. El centro facilitará su adaptación y evitará situaciones de aislamiento y soledad. El residente tiene derecho a la personalización de los espacios privados y a la participación en el plan de actividades y asistencial. La medicación es preparada por el personal adecuado según la normativa vigente de la CCAA. El centro realizará el seguimiento de los residentes.

3. FAMILIA:

Se debe realizar la entrega del reglamento de régimen interno a los familiares. Debe existir una sala de visitas y se debe facilitar la intimidad necesaria. El equipo técnico del centro debe mantener al menos dos reuniones anuales con la familia. La familia debe ser informada de incidentes importantes y del estado de salud del residente. El horario de visitas debe ser amplio y flexible. La familia debe cumplir con sus deberes civiles.

4. SERVICIOS GENERALES:

En cuanto a la administración, debe existir un plan de contabilidad y seguimiento de la correspondencia entrante y saliente, así como de un inventario. El centro de disponer de los planos arquitectónicos del edificio y de las instalaciones, disponer de un plan de mantenimiento y protocolización de las tareas de desinsectación, desratización y desinfección.

Los menús deben estar ajustados a las necesidades alimenticias de los usuarios teniendo en cuenta su participación y gustos. Los profesionales en contacto directo con los alimentos deben tener certificado de manipulación de alimentos.

En cuanto a lavandería, debe existir separación entre los circuitos de limpio y sucio de la ropa y realizar un marcado de la ropa para la correcta distribución.

En cuanto a recepción y vigilancia, control de las entradas y salidas gestión de llamadas, velación por la seguridad de los residentes.

El centro mantendrá limpias las instalaciones y plan de eliminación de residuos.

5. RECURSOS HUMANOS:

El centro debe contar con la plantilla adecuada y acorde con el tamaño del centro. Los trabajadores deben reunirse con el equipo directivo con una periodicidad al menos mensual. Se da cumplimiento a la ley de prevención de riesgos laborales, Debe existir integración de los trabajadores discapacitados. El centro debe asegurar el cumplimiento de los derechos sindicales de los trabajadores, asegurar la buena praxis y la formación continuada así como la prevención del estrés profesional.

6. ENTORNO:

Se establecen cauces de comunicación y coordinación con otros recursos. El centro se encarga del traslado de usuarios y su gestión, con facilitación de informes. Se dispone de un programa de relación con el entorno. El centro facilita información básica sobre el plan de cuidados en el domicilio. Se promoverá la participación ciudadana y actividades con centros de mayores.

7. ASPECTOS ARQUITECTÓNICOS Y DE ACCESIBILIDAD:

Las instalaciones deben cumplir la normativa de la CCAA. Su diseño debe facilitar la intimidad, la orientación, la personalización de los ambientes, y ofrecer un espacio hogareño. Debe ser accesible con zonas de circulación adecuada. Su diseño debe estar dotado de medidas que eviten lesiones o daños. Debe disponer de sistemas de climatización adecuado, servicio telefónico con el exterior y existir acceso de emergencias. En función de su tamaño, debe contar con las instalaciones de tanatorio según la normativa vigente. Se recomienda que tenga un elevado número de habitaciones individuales para favorecer la intimidad. El equipo inmobiliario debe ser el adecuado para personas mayores y dependientes.