



Informe

¿Qué funciona en cuidados de larga duración?

Las viviendas con apoyos y cuidados

ivàlua[✓]

Institut Català d'Avaluació
de Polítiques Públiques



Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya



Diputació
Barcelona



laconfederació



Què funciona en cures de llarga durada?

¿Qué funciona en cuidados de larga duración? Las viviendas con apoyos y cuidados

Informe definitivo:

Febrero de 2026

Ámbito temático:

Asuntos sociales y desigualdad

Proyecto financiado por:

Diputació de Barcelona

Con el apoyo de:

Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya i La Confederació

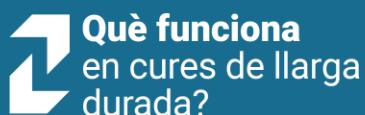
Síntesis realizada por:

Daniel López Gómez (Universitat Oberta de Catalunya)

Coordinación:

Ivàlua

Las ideas expuestas por la autora y el autor no tienen por qué coincidir necesariamente con las de las entidades impulsoras del proyecto.



Projecte de recopilació, anàlisi i transferència d'evidència per a millorar
les polítiques públiques de cures de llarga durada.

Un projecte de:



Índice

1. Introducción.....	4
2. Motivación	4
3. Descripción del servicio objeto de análisis.....	6
3.1. Viviendas con apoyos y cuidados para personas mayores y con demencia	6
3.2. Viviendas con apoyos para personas con discapacidad y con problemas de salud mental	7
3.3. Modelos de vivienda con apoyos y cuidados en Cataluña	8
4. Preguntas que guían la revisión.....	9
4.1. Bloque 1: Impacto en la vida de las personas usuarias.....	9
4.2. Bloque 2: Impacto sistémico y eficiencia	9
5. Revisión de la evidencia	10
5.1. Metodología	10
5.1.1. Búsqueda	10
5.1.2. Selección.....	11
5.2. Análisis de la evidencia	12
5.2.1. Efectividad de las viviendas con apoyos y cuidados en la independencia y autonomía de las personas usuarias	12
5.2.2. Efectividad de las viviendas con apoyos y cuidados en la conectividad, apoyo y participación social de los usuarios	18
5.2.3. Efectividad de las viviendas con apoyos y cuidados en la calidad de vida, bienestar y salud de los usuarios	24
5.2.4. Efectividad de las viviendas con apoyos y cuidados en la desinstitucionalización y prevención de la institucionalización de personas con necesidades de cuidados	30
5.2.5. Efectividad en la optimización de recursos	34
6. Resumen	37
7. 7. Implicaciones para la práctica.....	38
7.1. ¿Las viviendas con cuidados pueden y deben sustituir a las residencias?.....	38
7.2. En el caso de personas mayores y con demencia ¿son las viviendas con cuidados un modelo tan diferente al de las residencias?	39
7.3. ¿ Viviendas con apoyos y cuidados: estables y para "el resto de la vida"?	39
7.4. ¿Viviendas con apoyos y cuidados para todas las personas?	40
8. Bibliografía y publicaciones revisadas	41
8.1. Bibliografía	41
8.2. Publicaciones revisadas.....	42
Anexo: Limitaciones del estudio	55

1. Introducción

En el contexto actual de **cambio demográfico** y de crisis en los sistemas de **cuidados y de vivienda**, están surgiendo nuevos modelos de vivienda para personas con necesidades de apoyo. Estos recursos intermedios buscan que las personas puedan vivir con **autonomía** y en **comunidad**, ofreciéndoles al mismo tiempo las adaptaciones y apoyos necesarios para ello.

Estos modelos se centran en el concepto de **hogar**, proporcionando servicios de apoyo y cuidados que garantizan la estabilidad residencial, fomentan la socialización y permiten, según el colectivo, **prevenir la institucionalización o facilitar la desinstitucionalización**. A diferencia del diseño hospitalario de las residencias tradicionales, estas viviendas, impulsadas por el sector público y de la economía social, sitúan el derecho de las personas residentes a una vida digna, independiente y en comunidad en el centro. Son viviendas en las que los apoyos y los cuidados no son la finalidad sino un medio para garantizar la **calidad de vida** y la autonomía de las personas.

Este tipo de viviendas se desarrolló e implementó primero en países anglosajones y nórdicos, donde apostaron por el cuidado comunitario y la desinstitucionalización (Sancho, 2020). El nuevo marco de cuidados de larga duración del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 ha dado un **nuevo impulso** a su desarrollo en España. Sin embargo, la **evidencia** sobre la efectividad de estas alternativas es muy limitada. A pesar de llevar años en funcionamiento en los mencionados países, se han realizado muy pocas evaluaciones que permitan determinar en qué medida estos modelos funcionan, para qué y para quién. Ante la necesidad de tomar decisiones informadas, esta revisión busca recopilar la mejor evidencia disponible **para orientar la política pública** en su desarrollo.

Este trabajo se enmarca en el proyecto “¿Qué funciona en cuidados de larga duración?” impulsado por IVÀLUA, la Diputación de Barcelona, con el apoyo de la Taula d’Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya y La Confederación. El proyecto tiene como objetivo mejorar el diseño e implementación de políticas y servicios de cuidados de larga duración, recopilando, filtrando y presentando de manera accesible la evidencia científica disponible.

2. Motivación

En España, las políticas de desinstitucionalización han tenido una orientación más ‘familista’ que, en otros países del norte de Europa, promoviendo que las personas con necesidades de cuidados permanezcan en el entorno habitual a través de servicios que pudieran complementar, reforzar y apoyar a las familias y, en particular, a las mujeres, como agentes de cuidados principales. Sin embargo, este enfoque, como se verá, se ha demostrado insostenible e injusto para las personas cuidadoras y cuidadas. Se sabe que las personas con necesidades de cuidados prefieren vivir “en casa” pero que, en muchas ocasiones, esta preferencia es el resultado de una **falta de**

alternativas habitacionales adecuadas a las necesidades de las personas que tienen necesidades de cuidados (Fernández-Carro, 2018).

Por un lado, las **residencias** presentan serias limitaciones de acceso económico; en muchas ocasiones, son entornos masificados en los que van a vivir las personas que no pueden satisfacer sus necesidades de cuidado en su entorno habitual (Echevarría, 2024). Además, suelen ser entornos diseñados como espacios de trabajo antes que como casas, donde prima la organización eficiente de los cuidados por encima de la **calidad de vida** y autonomía de sus habitantes. Invertir el orden de los factores es el objetivo del ‘movimiento de cambio cultural’ que los países nórdicos y anglosajones impulsaron con la reforma del cuidado residencial y que ahora con el nuevo modelo de cuidados de larga duración se quiere impulsar en España (Díaz-Veiga et al., 2022).

Por otro lado, la actual organización de los cuidados en el **domicilio**, como ya se ha dicho, es insostenible e injusta: sigue considerándose una responsabilidad privada y familiar, que asumen las mujeres de manera casi exclusiva, y un trabajo que se desarrolla en condiciones precarias y con efectos negativos, tanto de salud como económicos, para las personas cuidadoras, en muchas ocasiones mujeres migrantes (Comas d'Argemir, 2024). Además, los servicios de atención domiciliaria, pensados como refuerzo o complemento de este cuidado familiar, suelen ser insuficientes para cubrir necesidades cada vez más complejas (Comas d'Argemir, 2015). Las políticas de vivienda tampoco ayudan. El domicilio de muchas personas no es accesible ni está preparado para el cuidado; no ofrece buenas condiciones climáticas y está en entornos que ya no se ajustan a las necesidades de personas con necesidades de apoyos (Lebrusán, 2017). Además, las personas con necesidades de cuidados, especialmente las mujeres (Ramos, 2017), son también las que padecen mayor segregación y expulsión residencial, pobreza energética e inseguridad.

Esta compleja situación hace que sea urgente integrar las **políticas de vivienda y las de cuidado social**. Se necesitan nuevos modelos residenciales que faciliten el acceso a viviendas accesibles para vivir en la comunidad y con los apoyos necesarios para hacerlo cuando se dan situaciones de dependencia. Aunque estas políticas son relativamente nuevas en España y su desarrollo es desigual, la necesidad de estas viviendas con apoyo será cada vez mayor.

El objetivo de esta revisión es construir una base de conocimiento sobre las viviendas con apoyos y cuidados, recopilando la mejor evidencia disponible para determinar qué aspectos funcionan y cuáles no. Es una **revisión que conecta ámbitos de intervención y de conocimiento diferentes**, pues el desarrollo de estas viviendas se plantea como una solución para personas mayores, personas con demencia, con discapacidad o con problemas de salud mental. Aunque tienen sus especificidades para cada colectivo, no se profundiza en sus diferencias. La presente revisión se centrará en los **aspectos que tienen en común: la prevención de la institucionalización o promoción de la desinstitucionalización**, el fomento de la **autonomía**, la **integración comunitaria** y la mejora de la **calidad de vida** de las personas con necesidades de cuidados.

3. Descripción del servicio objeto de análisis

La descripción de los modelos de vivienda depende de los ámbitos y colectivos a los que van dirigidos. Así, **los modelos dirigidos a personas mayores y/o con demencia buscan prevenir su institucionalización en centros residenciales**; en cambio, **los modelos para personas con discapacidad o problemas de salud mental son recursos para su desinstitucionalización**, es decir, para facilitar la vida independiente de personas que han sido institucionalizadas o viven bajo la tutela familiar. Por otro lado, es necesario advertir que **estos modelos no tienen una definición clara y estandarizada: depende del contexto geográfico, del tipo de usuarios y del momento histórico**. Esto se refleja en su amplia diversidad terminológica. Ambas consideraciones suponen un reto para el estudio y han hecho que no se pueda comparar modelos específicos y sea necesario recurrir, como se verá, a categorías genéricas.

En esta sección, se describen primero los modelos más estudiados a nivel internacional, en lo que se basa la presente revisión. A continuación, se recogen brevemente los tipos de vivienda incluidos en la actual **Cartera de Servicios Sociales de Cataluña**, y algunos que se está considerando incluir en el futuro, como es el caso de las viviendas colaborativas.

3.1. Viviendas con apoyos y cuidados para personas mayores y con demencia

En el caso de personas mayores y con demencia, existen tres grandes tipologías (Howe et al., 2013): a) viviendas centradas en el estilo de vida, b) viviendas con apoyos y c) viviendas con cuidados. La revisión realizada se centra en estas dos últimas tipologías, pero especialmente las viviendas con cuidados, pues son las que dan cobertura a personas con necesidades de cuidados de larga duración.

En el caso de personas mayores y con demencia, las **viviendas con apoyos** son recursos intermedios entre el domicilio propio y los entornos institucionalizados (residencias, etc.). Mientras estos entornos están orientados a garantizar una atención socio-sanitaria integral, las viviendas con apoyos están más orientadas a necesidades de tipo social. Entran dentro de esta categoría las viviendas tuteladas, las viviendas compartidas, los hostales o pensiones para personas mayores (más comunes en entornos rurales), las comunidades de retiro o para personas jubiladas y las viviendas colaborativas de personas mayores (*o senior cohousing*).

Un elemento importante de modelos como las viviendas tuteladas, compartidas y los hostales es garantizar el acceso a una vivienda estable y adecuada a las necesidades de las personas mayores. Esto incluye servicios de apoyo a las actividades diarias más o menos intensos y/o personalizables: conserjería, teleasistencia, servicio de limpieza, de comidas, etc. Dentro de esta categoría, existen modelos más comunitarios (*community-based housing*) donde los sistemas de apoyo formal se integran con sistemas de apoyo informal (apoyo mutuo) de base comunitaria. Por ejemplo, las **comunidades de retiro** tanto en EE. UU. como en Europa, al ser entornos donde la gente quiere seguir viviendo cuando surgen necesidades de cuidados, acostumbran a integrar

servicios de apoyo. Las **viviendas colaborativas (o cohousing)** de personas mayores son también un tipo de comunidad de retiro con apoyos. En este caso, se trata de comunidades intencionales que promueven un estilo de vida para la tercera edad basado en el apoyo mutuo y la autogestión. En EE. UU., además, existe una tipología de comunidad no intencional de personas mayores, las **NORCs (Naturally Occurring Retirement Communities)** que se caracteriza por ser no segregadas.

Cuando, además de los apoyos mencionados, integran servicios de cuidados de larga duración, por ejemplo, de atención domiciliaria (higiene personal) o incluso servicios terapéuticos (ocupacional, fisioterapia, etc.), se habla de **viviendas con cuidados (housing with care)**. A diferencia de las viviendas con apoyos, este modelo emerge como una forma de vivienda para el resto de la vida (*home for life*) porque está diseñado para cubrir las necesidades de cuidados según vayan surgiendo, y así evitar la institucionalización y poder seguir viviendo en un entorno abierto a la comunidad. De hecho, se considera un modelo que puede ser beneficioso para personas físicamente frágiles o personas con demencia (en estadios iniciales). Por esta razón, a diferencia del modelo anterior, las viviendas con cuidados sí se presentan como alternativas a las residencias (Smith, 2015). Dentro de esta categoría se encuentran el modelo de *extra care housing* del Reino Unido o las *assisted living* en EE. UU. (Howe et al., 2013), ambos muy extendidos.

Dentro de esta categoría, también hay modelos más comunitarios como las comunidades de retiro con cuidados continuos, que son comunidades de retiro que no sólo integran sistemas de apoyo (como en el caso de las NORCs o las viviendas colaborativas) sino también sistemas de cuidados de larga duración (por ejemplo, pueden incluir unidades residenciales asistidas para personas con demencia). Este es un modelo muy extendido en EE. UU. (cerca de 2.000), que ha empezado a expandirse por el Reino Unido (Darton y Muncer, 2005). En España, algunas viviendas colaborativas que se definen como 'finalistas' pueden considerarse como comunidades de este tipo si se consideran sus dimensiones (más de 80 pax), cobertura de servicios y diseño arquitectónico (López y Estrada Canal, 2016). Por último, es necesario aclarar que no se ha incluido dentro de esta categoría los nuevos modelos residenciales para cuidados de larga duración (Brouwers et al., 2023) por dos razones: en primer lugar, porque son residencias asistidas que adoptan un modelo de vivienda (hogareño y comunitario) más que un modelo de vivienda; y, en segundo lugar, porque las residencias se escapan del ámbito competencial de la diputación.

3.2. Viviendas con apoyos para personas con discapacidad y con problemas de salud mental

En el caso de personas con discapacidad y con problemas de salud mental, se habla de viviendas con apoyos porque su sentido es proporcionar ayuda y acompañamiento en procesos de rehabilitación y de promoción de la vida independiente. Estos modelos de vivienda se clasifican según la cobertura y el tipo de apoyos, así como la función y forma de la vivienda. McPherson et al. (2018) han construido una taxonomía con cinco tipos de viviendas según cuatro dimensiones (ver taxonomía STAX-SA): 1) nivel de apoyo (de alto a ninguno), 2) localización de los cuidados (en la propia vivienda o externos), 3) diseño de la vivienda (vivienda colectiva o independiente), 4) estabilidad residencial (viviendas permanentes o transitorias).

Tabla 1. taxonomía de viviendas con cuidados

	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Tipo 5
Localización de los cuidados	En la vivienda	En la vivienda	En la vivienda	Externos	En la vivienda
Level of support	Alto	Alto	Moderado	Bajo / Moderado	Sin apoyos
Estabilidad residencial	Viviendas permanentes	Viviendas transitorias	Viviendas transitorias	Viviendas permanentes	Viviendas permanentes
Diseño de la vivienda	Vivienda colectiva	Vivienda colectiva	Vivienda colectiva	Vivienda independiente	Vivienda colectiva

Fuente: McPherson et al. (2018)

En este campo se habla de viviendas de apoyo (*supportive housing*) o de viviendas con apoyos (*supported housing*) en función del papel que tiene la estabilidad residencial respecto al proceso de rehabilitación, es decir, si tener una vivienda estable es la finalidad del apoyo (como en los programas *Housing First*) o si la vivienda es un medio al servicio del proceso de rehabilitación o de integración social. En este último caso, la vivienda no se considera la casa de la persona residente porque esta debe mudarse a medida que 'avanza' en su proceso de rehabilitación-integración: pasando de viviendas colectivas con muchos apoyos in situ a viviendas independientes con apoyos puntuales externos.

3.3. Modelos de vivienda con apoyos y cuidados en Cataluña

La revisión se basa en la literatura internacional sobre modelos de viviendas con apoyos y cuidados, tanto para personas mayores y con demencia como para personas con discapacidad y con problemas de salud mental.

Hay que tener en cuenta que, en Cataluña, la actual **Cartera de Servicios Sociales** solo incluye viviendas con apoyos como:

- **Apartamentos con servicios o viviendas tuteladas**, que son generalmente colectivas, ofrecen servicios comunes para la vida diaria y la socialización, destinadas a personas mayores o con discapacidad;
- **Hogares residencia**, que proporcionan un entorno familiar con apoyo permanente para personas con discapacidad;
- **Centros de acogida o alojamientos de emergencia**, que ofrecen alojamiento temporal para iniciar un proceso de inserción;
- **Programas "vivienda primero" (Housing First)**, que ofrecen vivienda digna y permanente sin condiciones como parte del proceso de recuperación de la persona.

Además, existen nuevos modelos, como las **viviendas colaborativas para personas mayores (cohousing)**, que se está estudiando incluir en la cartera. Estas viviendas son comunidades autogestionadas de personas mayores donde los propios residentes promueven y gestionan su vivienda y los servicios de apoyo y cuidados de manera cooperativa.

Como se verá, los **modelos que integran los cuidados de larga duración y ofrecen cierta continuidad asistencial para personas mayores o con demencia, son muy relevantes en la revisión de la literatura internacional pero no se han desarrollado en Catalunya**. Esta revisión puede servir como marco de referencia para políticas que quieran desarrollar este tipo de modelos en nuestro contexto.

4. Preguntas que guían la revisión

La revisión se estructurado en dos bloques y se ha guiado per las siguientes preguntas de investigación:

4.1. Bloque 1: Impacto en la vida de las personas usuarias

Este primer bloque se centra en la eficacia de las viviendas con apoyos y cuidados en la mejora de la vida de las personas que las habitan. Las preguntas de investigación son las siguientes:

- **Independencia:** *¿Son efectivas las viviendas con apoyos y cuidados para preservar o mejorar la independencia funcional y la autonomía? ¿Para quién? ¿En qué contextos?* (ver apartado 5.2.1)
- **Conexión social:** *¿Las viviendas con apoyos y cuidados mejoran la conectividad, el apoyo y la participación social? ¿Para quién? ¿En qué contextos?* (ver apartado 5.2.2)
- **Calidad de vida:** *¿Las viviendas con apoyos y cuidados mejoran la calidad de vida, el bienestar, la salud y son satisfactorias? ¿Para quién? ¿En qué contextos?* (ver apartado 5.2.3)

4.2. Bloque 2: Impacto sistémico y eficiencia

Este segundo bloque se refiere a los efectos de las viviendas con apoyos y cuidados en el sistema de cuidados de forma más amplia. Las preguntas de investigación son:

- **Desinstitucionalización:** *¿Las viviendas con apoyos y cuidados favorecen la prevención de la institucionalización o la desinstitucionalización? ¿Para quién? ¿En qué contextos?* (ver apartado 5.2.4)
- **Coste-efectividad:** *¿Son las viviendas con apoyos y cuidados coste-efectivas? ¿Para quién? ¿En qué contextos?* (ver apartado 5.2.5)

5. Revisión de la evidencia

La presente revisión tiene como objetivo seleccionar y compilar la evidencia disponible a nivel internacional, especialmente de países donde estos modelos están más desarrollados. A pesar de las diferencias notables entre la población diana (personas mayores, con demencia, con discapacidad o con problemas de salud mental), todos estos modelos comparten un elemento fundamental: **conjugar la cobertura de necesidades asistenciales con la promoción de la autonomía, la integración comunitaria y la calidad de vida**. Por lo tanto, se enmarcan en las políticas de desinstitucionalización.

Los resultados más importantes de estas viviendas incluyen:

- Mantenimiento o mejora de la **independencia funcional y la autonomía moral**.
- Mejora de la **conectividad, el apoyo social y la participación comunitaria**.
- Mejora de la **calidad de vida, el bienestar, la satisfacción y la salud** (física y psicológica).
- Prevención o retraso de la **institucionalización**.
- **Coste-efectividad** en comparación con entornos residenciales tradicionales.

Estudiar el impacto en personas cuidadoras era uno de los objetivos de esta revisión. Sin embargo, la literatura sobre estos modelos ignora este aspecto poniendo el foco casi exclusivamente en el impacto que tiene sobre las personas usuarias, además de consideraciones sistémicas como su Coste-efectividad. Como se verá, los resultados muestran la importancia que tiene la organización de los apoyos y de los cuidados, incluso aspectos como la formación y la cultura de los cuidados de las personas cuidadoras, pero se especifica poco en qué consiste dicha organización y apenas se considera el impacto que tienen sobre las personas cuidadoras, por ejemplo, en términos de condiciones de trabajo, estabilidad, calidad de vida, satisfacción, etc. Esto no significa que no existan estos estudios, simplemente indica que aparecen como cuestiones diferentes que requerirían una revisión diferenciada.

5.1. Metodología

Dada la naturaleza de esta revisión, que abarca un **alcance internacional** y diferentes poblaciones diana (personas mayores, demencia, discapacidad y salud mental), se ha utilizado una metodología que combina varias estrategias de búsqueda y análisis.

5.1.1. Búsqueda

Para recopilar la literatura, seguimos los siguientes pasos:

1. **Búsqueda inicial:** El primer corpus de referencias se extrajo de la base de datos **SCOPUS**. Se utilizó una combinación de términos de búsqueda en inglés para cada variable

- **Población:** older people, people with dementia, people with disability, people with mental illness.
- **Vivienda:** housing with care, housing with support, supported housing, housing with services, assistive living, entre d'altres.

Para definir la terminología, se usaron textos introductorios y publicaciones que buscan establecer taxonomías comunes (por ejemplo, Howe et al., 2013). La búsqueda se limitó al periodo 2000-2025, que es el de mayor producción científica sobre el tema.

2. Búsqueda de bola de nieve: A partir de la lectura de la primera selección de publicaciones, en especial de las revisiones sistemáticas y exploratorias, se identificaron estudios que cumplían con los criterios de relevancia temática y rigor metodológico que no aparecieron en la búsqueda inicial. Además, se uso el asistente IA SciSpace. La síntesis de la literatura que ofrecía esta herramienta era muy defectuosa, pero sí fue útil para buscar nuevas referencias relevantes a partir de las preguntas que guían este estudio.

5.1.2. Selección

A nivel temático, se dejaron fuera las publicaciones sobre entornos institucionales o apoyos en el propio domicilio. Para que se incluyeran, estas debían tratarse en relación con los modelos de viviendas con apoyos, por ejemplo, comparándolas. Tampoco se han considerado los programas de adaptación del propio hogar por la misma razón.

Para seleccionar las publicaciones se adoptó una estrategia de embudo. Se partía del análisis de las revisiones para luego poner el foco en metaanálisis y evaluaciones específicas teniendo en cuenta diseño metodológico y, por tanto, si era posible obtener evidencias de causalidad. Esta estrategia permitió ir de lo general a lo específico y de la búsqueda de evidencias causales a las no causales.

- **Revisiones:** el punto de partida de este estudio han sido las revisiones sistemáticas que evaluaban la calidad de la evidencia. A través de estas revisiones se pudieron identificar estudios temáticamente relevantes que aportaran evidencias causales y no causales con suficiente rigor metodológico. Al ser un campo emergente en el que apenas hay evaluaciones de efectividad e impacto, también se han incluido en el estudio **revisiones exploratorias** (*scoping reviews*). Estas han permitido mapear el campo de investigación e identificar publicaciones que ofrecían resultados relevantes para el estudio
- **Metaanálisis y evaluaciones:** A partir de las revisiones, se analizaron aquellos **estudios** que no sólo eran relevantes temáticamente, sino que por su diseño metodológico aportaban evidencia causal (metaanálisis, diseños experimentales o quasi-experimentales). La escasez de este tipo de estudios hizo que se incluyeran aquellos que aportaban resultados relevantes, aunque no permitían establecer causalidad. Por esta razón se revisaron **estudios cualitativos o mixtos**, ya que, aunque no permiten establecer causalidad, han proporcionado conocimiento valioso sobre el funcionamiento de las viviendas y la experiencia de los usuarios.

El corpus final de referencias revisadas sobre viviendas con apoyos está compuesto por 52 publicaciones sobre personas mayores, de las cuales 18 son revisiones (una dedicada al colectivo LGTBI); 15 publicaciones sobre personas con demencia, de las cuales 4 son revisiones; 28 sobre personas con discapacidad, de las cuales 3 son revisiones; y 34 sobre personas con problemas de salud mental, de las cuales 10 son revisiones. Es posible consultar las referencias en el anexo.

5.2. Análisis de la evidencia

5.2.1. Efectividad de las viviendas con apoyos y cuidados en la independencia y autonomía de las personas usuarias

Se ha puesto el foco en dos aspectos de la vida independiente que suelen ser clave en los estudios: la **independencia funcional** (la capacidad para realizar actividades diarias) y la **autonomía moral** (la capacidad de elección y control sobre la propia vida). Los efectos sobre cada uno de estos aspectos se analizan por separado.

¿Son efectivas las viviendas con apoyos y cuidados para preservar o mejorar la independencia funcional? ¿Para quién? ¿En qué contextos?

Personas mayores

La mayor parte de los estudios en comunidades de retiro con cuidados continuos y viviendas asistidas (*assisted living*), en Estados Unidos, y en viviendas con cuidados del Reino Unido no aportan resultados concluyentes ni permiten establecer una relación clara entre independencia funcional y vivienda. Muchos son estudios longitudinales y mixtos en los que las personas con mejor estado funcional suelen estar sobrerepresentadas, y las que tienen mayor deterioro tienden a dejar de participar en los estudios. (Coyle et al., 2020). Ahora bien, se han encontrado dos estudios sobre viviendas con cuidados en el Reino Unido que sí controlaron este sesgo y que mostraron resultados positivos.

El primero es un estudio longitudinal (Holland et al., 2017; Holland et al., 2019) que mostraba que las personas que se habían mudado a una vivienda con cuidados **mitigaban mejor el impacto del envejecimiento en el deterioro cognitivo y la movilidad que las personas que seguían viviendo en su domicilio**. Además, se constataba que realizaban más ejercicio físico, un hábito que se relacionaba con un menor riesgo de caídas.

El segundo estudio era una evaluación de la coste-efectividad de las viviendas con cuidados en el Reino Unido. El estudio comparaba datos secundarios de personas mayores en viviendas con cuidados y en residencias, pero controlando estadísticamente sus características (demográficas, capacidad funcional y tipo de vivienda anterior). El estudio mostraba un mayor beneficio en la capacidad funcional de las personas en las viviendas con cuidados que en las residencias, para una muestra homogénea de personas que, por tanto, podrían residir en cualquiera de los dos entornos (Bäumker et al., 2011).

Así pues, **algunos estudios muestran una mayor eficacia en la preservación de las capacidades funcionales en las viviendas con cuidados que las residencias y/o permanecer en casa, pero no son resultados generalizables ni suficientemente concluyentes** (Coyle et al., 2020).

Personas con demencia

La independencia funcional **no es un aspecto que haya sido parametrizado y evaluado cuantitativamente** en la literatura revisada dedicada específicamente a este colectivo. Aunque cabe decir que los estudios sobre personas mayores incluyen en muchos casos a personas con demencia y sus resultados podrían ser extensibles a este colectivo.

La mayor parte de los estudios se centran en las viviendas con cuidados del Reino Unido y son longitudinales y mixtos. Por lo tanto, tampoco aportan evidencia causal sobre sus beneficios en este aspecto. Aun así, sí señalan aspectos de las viviendas que actúan como facilitadores u obstáculos para la independencia funcional de las personas con demencia. Las revisiones de Atkinson et al. (2023) y M. Smith et al. (2022) recogen estudios de caso que destacan la importancia del **diseño del entorno**. Por ejemplo, las viviendas más pequeñas se consideran más adecuadas que las grandes comunidades, ya que los pasillos largos y los ascensores pueden desoriarntar a las personas con demencia (Garwood, 2008a). La personalización y adaptación de los espacios es más fácil en viviendas pequeñas y también contribuye a preservar la independencia (Barrett et al., 2020; S. C. Evans et al., 2020; O'malley et al., 2018).

Por otro lado, hay que decir también que los estudios que abordan la preservación de la independencia en personas con demencia suelen centrarse en innovaciones residenciales (como unidades de convivencia o “*dementia villages*”), que se han dejado fuera de esta revisión¹. Sin embargo, vale la pena mencionar un estudio sobre su impacto en la calidad de vida de las personas con demencia que sí evaluó la independencia funcional (Krier et al., 2023). La revisión muestra que **en los nuevos entornos asistenciales tipo hogar, las personas con demencia preservan mejor sus capacidades funcionales que en las residencias tradicionales**. Estos entornos, si bien no son equiparables a las viviendas con cuidados, podrían ser una alternativa superior a la vivienda habitual y a las residencias actuales, especialmente para personas en fases iniciales (Annerstedt, 1994; te Boekhorst et al., 2009).

Personas con discapacidad

La preservación de la independencia funcional es uno de los aspectos más estudiados en el caso de las personas con discapacidad, con resultados más positivos y concluyentes (Wright et al. 2020; Roebuck, 2021). La evidencia es especialmente positiva en el caso de personas desinstitucionalizadas (McConkey et al., 2016; Sines et al., 2012; Stancliffe et al., 2011). **Las personas que se mudan de entornos institucionales (hospitales y residencias) a una vivienda colectiva o individual con apoyos obtienen mejores resultados en las actividades de la vida diaria que quienes se quedan en la residencia**. Un estudio longitudinal de tres años comparó la situación de personas con discapacidad que se mudaron a un entorno hogareño no institucional, con apoyos,

¹ Para una revisión de estos modelos y su impacto en personas con demencia ver Verbeek et al. (2009)

con la de quienes permanecieron en una residencia. Los resultados mostraron cambios significativos en la independencia funcional del primer grupo, mientras que en el segundo no hubo cambios (Sloan et al., 2012).

Los resultados son menos concluyentes al comparar con personas que viven en su domicilio habitual. Sin embargo, un estudio que analizó el desempeño en actividades diarias de personas con daño cerebral en su casa (con o sin familia), en una vivienda colectiva con apoyos y en un entorno institucionalizado, encontró que el entorno condicionaba el desempeño. Las personas en viviendas colectivas con apoyos eran las que más hábitos de la vida diaria realizaban sin dificultad (Lamontagne et al., 2013). El estudio también evaluó el tipo de apoyo necesario, siendo los entornos institucionales los que más apoyo ofrecían y el propio domicilio, el que menos.

Personas con problemas severos de salud mental

En el caso de las personas con problemas de salud mental, la evaluación de la independencia funcional es común, ya que los estudios sobre viviendas con apoyos a menudo se enmarcan en una lógica médico-rehabilitadora y epidemiológica.

La evidencia muestra resultados positivos en comparación con las personas institucionalizadas, aunque no del todo concluyentes.

Un metaanálisis sobre la calidad de vida en tres tipos de entornos (residencias, viviendas con apoyos y apoyo a domicilio) mostró que el funcionamiento social de las personas era mejor en las viviendas con apoyos que en los entornos más institucionalizados, especialmente respecto a actividades sociales y de ocio (Harrison et al., 2020). No así respecto a personas que viven en su casa y reciben apoyo puntual. Los resultados de una revisión sistemática sobre viviendas asistidas (*assisted living*) coinciden (Ketola et al., 2022). Esta revisión sintetiza estudios que muestran que la independencia funcional de las personas con problemas de salud mental se mantiene o mejora en viviendas con apoyos tras el alta hospitalaria (Dunt et al., 2017; Hobbs et al., 2002; Meehan et al., 2011), particularmente en el funcionamiento social.

Sin embargo, un estudio con diseño cuasi-experimental, basado en el método de emparejamiento por puntuación de propensión para evitar el sesgo de muestreo, no mostró diferencias entre viviendas con apoyos y residencias. El estudio comparó personas con problemas de salud mental (que tienen casa) tras 2 años viviendo en ambos entornos y mostró una mejoría en el funcionamiento social sin diferencias significativas entre ambos (Dehn et al., 2022).

¿Son efectivas las viviendas con apoyos y cuidados para preservar o mejorar la autonomía? ¿Para quién? ¿En qué contextos?

Personas mayores

En los estudios sobre vivienda con apoyos y cuidados en personas mayores, la autonomía moral se presenta como uno de los principales beneficios que las distinguen de las residencias, a menudo caracterizadas como “instituciones totales” donde las personas tienen una capacidad de decisión y control sobre su propia vida muy limitada. **La evidencia sobre este tema es abundante,**

aunque no permite establecer causalidad, ya que se basa en gran medida en estudios de caso cualitativos basados en la percepción de los residentes.

La revisión sobre **viviendas comunitarias con apoyos** de Chum et al. (2022) destaca que los usuarios expresan que **estos entornos les ayudan a ser más independientes** en sus actividades diarias, lo que mejora su sentido de autoeficacia. La revisión identifica varios factores que favorecen esta autonomía: una vivienda propia que ofrece **privacidad y seguridad**, un entorno que facilita el **acceso a servicios** y a una **comunidad de vecinos**, y la posibilidad de **elegir los servicios y actividades en las que participar**. La revisión de Puplampu et al. (2020) sobre vivienda colaborativa (cohousing) añade otros factores que promueven la autonomía: la **participación de las personas mayores en la planificación y el diseño de su futura vivienda**, así como en la gestión de la comunidad. En la revisión sobre las NORCs (*Naturally Occurring Retirement Communities*) en Estados Unidos, Parniak et al. (2022) también recoge numerosos estudios que reportan un **aumento de la autoeficacia, la eficacia colectiva y el sentido de comunidad** entre sus residentes (Parniak et al., 2022, p. 8).

En el caso de viviendas con cuidados, un estudio realizado en el Reino Unido sobre percepción de **control sobre la propia vida** arrojó resultados interesantes. Este es un aspecto central de la autonomía y se considera especialmente perjudicado en los entornos más institucionalizados. El estudio comparaba la percepción de control de personas mayores que viven en viviendas con cuidados, residencias y en su propio domicilio a partir del análisis de cuatro estudios que utilizaron los mismos ítems de la escala ASCOT sobre calidad de vida. Controlando los factores que inciden en la percepción de control (edad, nivel de dependencia y salud percibida), el estudio mostró que la percepción de control sobre la propia vida era mayor en residencias y viviendas con cuidados que viviendo en el propio domicilio con atención domiciliaria (Callaghan y Towers, 2014, p. 16). Lo que indica que **mudarse a una vivienda con cuidados o incluso a una residencia puede ayudar más a mantener la autonomía que permanecer en el propio domicilio** (Callaghan y Towers, 2014, p. 17). Los autores interpretan estos resultados como una limitación de los servicios públicos de atención domiciliaria a las personas mayores, que están exclusivamente centrados en cubrir necesidades físicas básicas y no cubren apoyos clave para salir de casa, participar en actividades sociales y de ocio, etc. que son claves para mantener la autonomía (Callaghan y Towers, 2014, p. 18).

Personas con demencia

En la literatura sobre personas con demencia, la autonomía moral se considera un pilar central del modelo de las viviendas con cuidados. Una revisión de **estudios cualitativos longitudinales** detalla los factores que materializan este *ethos* y promueven la autonomía de los residentes (M. Smith et al., 2022). Un aspecto clave es una “**cultura del cuidado**” que **no tenga aversión al riesgo**, donde los residentes tengan libertad para moverse, se maximicen las oportunidades de hacer las cosas por sí mismos y se respete su propiedad sobre el espacio. También se destaca la importancia de **permitir que las parejas sigan viviendo juntas** y la posibilidad de **elegir con quién socializar y qué tipo de apoyos se reciben**. La revisión de M. Smith et al. (2022) también subraya que las **normas de la vivienda deben ser flexibles** y el **entorno abierto a los familiares**, con

servicios de cuidado disponibles 24/7 de manera flexible, por parte de trabajadores especializados, y con una **atención social y médica integrada**.

La revisión de Atkinson et al. (2023) añade que las viviendas pequeñas ofrecen seguridad y facilitan que las personas sigan con sus rutinas. Sin embargo, su tamaño y su posible ubicación en entornos segregados y alejados pueden reducir la oferta de servicios y, por lo tanto, las oportunidades de elección y de interacción social (S. C. Evans et al., 2020; Garwood, 2008b; Twyford, 2016). Todos estos estudios refuerzan la idea de que las personas que viven en estos entornos son más autónomas cuando tienen los apoyos necesarios para tomar el control de su vida, lo que requiere constancia, flexibilidad, personalización y formación por parte de las personas cuidadoras y los familiares.

Personas con discapacidad

Al igual que con la independencia funcional, la autonomía moral es un aspecto muy evaluado en las personas con discapacidad. Los estudios revisados muestran que las viviendas con apoyos ofrecen **mejores condiciones para la autonomía moral, especialmente en comparación con los entornos institucionales**. Aunque **no se ha encontrado evidencia causal clara**, los resultados que se detallarán apuntan de manera unívoca en esta dirección, a diferencia de lo que ocurre, por ejemplo, con los estudios sobre personas mayores.

La revisión sistemática sobre alternativas habitacionales para personas con daño cerebral o medular de Wright et al. (2020) recoge un estudio que demuestra que las personas con discapacidad en viviendas con apoyos tienen **más capacidad de elección sobre su vida que las que viven en entornos institucionales** (Winkler et al., 2007, 2015). Esta mejora se observa en casi todas las áreas de la vida cotidiana, excepto en la relación con la familia, que es similar en ambos entornos. Sin embargo, este mismo estudio también señala que muchas personas en estos entornos se sienten aisladas socialmente.

Las revisiones exploratorias consultadas confirman estos resultados. Una de ellas, sobre viviendas individualizadas con apoyos para personas con discapacidad, muestra que los estudios que han evaluado la autonomía y la autodeterminación indican mejores resultados en viviendas con apoyos (colectivas e individuales), así como en el propio domicilio, que en entornos más segregados e institucionalizados (Oliver et al., 2020, p. 12). De manera similar, una revisión exploratoria sobre viviendas para personas con discapacidad intelectual (Roebuck, 2021) recoge numerosos estudios cualitativos, incluido un estudio longitudinal, que reportan que las personas que se mudan de un entorno institucional a una vivienda en la comunidad no solo **mejoran su independencia funcional, sino también su capacidad de elección y su control sobre la propia vida**. A pesar de esto, también se mencionan limitaciones, como la capacidad restringida de los usuarios para elegir a sus proveedores de apoyos o a sus compañeros de vivienda.

Personas con problemas severos de salud mental

En el caso de las personas con problemas de salud mental, los estudios sobre autonomía moral son escasos. Los pocos que existen sugieren un **incremento en el control y la capacidad de decisión**, pero la **evidencia no es causal y difícilmente generalizable**, ya que la mayoría son

evaluaciones cualitativas (Nelson et al., 2007; Piat et al., 2020). Además, en estos estudios la autonomía moral a menudo queda subsumida en el concepto de funcionamiento social, evaluada como una capacidad de los individuos que indica el progreso de la rehabilitación.

Cabe decir, sin embargo, que las revisiones consultadas relacionan la autonomía moral con las preferencias habitacionales. Reconocen la necesidad de conocer y atender las opciones de vivienda que las personas con problemas de salud mental prefieren, y no solo las que se consideran clínicamente convenientes. Richter y Hoffmann (2017a) sostiene que las preferencias de los usuarios son un aspecto central para su recuperación, ya que vivir en un entorno indeseado puede llevarlos a abandonar la vivienda y, por consiguiente, el tratamiento (Richter y Hoffmann, 2017a, p. 276). La preferencia es vivir de forma independiente en el propio apartamento (Richter y Hoffmann, 2017b) y las viviendas independientes con apoyos aumentan la capacidad de elección, lo que se traduce en una mejor calidad de vida (Nelson et al., 2007).

Cuadro 1. Resumen de la evidencia relacionada con el impacto en la independencia funcional y la autonomía

Personas mayores

- Hay evidencia que apunta a que **las viviendas con cuidados son más eficaces en la preservación de la capacidad funcional física y cognitiva** que las residencias o la permanencia en el domicilio.
- Algunos estudios muestran que **las viviendas con apoyos y con cuidados pueden contribuir a aumentar la autonomía** en comparación con las personas usuarias de residencias o que residen en su propia casa, ya que ofrecen más oportunidades de ejercer control sobre la propia vida y tomar decisiones que van más allá de las actividades básicas.
- En cualquier caso, la **evidencia disponible es limitada, no es causal ni concluyente**.

Personas con demencia

- Hay abundante evidencia que muestra que **las viviendas con apoyos y cuidados pueden mejorar la autonomía de las personas con demencia** cuando disponen de los apoyos necesarios.
- **Falta evidencia sobre el impacto de las viviendas con apoyos y cuidados en la independencia funcional** de las personas usuarias.
- Múltiples estudios identifican **aspectos de las viviendas con apoyos y cuidados, como el diseño del entorno, que mejoran tanto la autonomía como la independencia** de las personas con demencia.

Cuadro 1. Resumen de la evidencia relacionada con el impacto en la independencia funcional y la autonomía

Personas con discapacidad o con problemas severos de salud mental

- Las viviendas con apoyos, **cuando forman parte de un proceso de desinstitucionalización y rehabilitación, mejoran la independencia funcional** respecto a las personas que residen en entornos institucionalizados, tanto en el caso de personas con discapacidad como en el de aquellas con problemas de salud mental.
- Hay abundante evidencia que apunta a que las viviendas con apoyos **incrementan la capacidad de elección y la autonomía moral de las personas con discapacidad, especialmente respecto los entornos institucionales.**
- Hay **escasez de evidencia sobre el efecto de las viviendas con apoyos sobre la autonomía de las personas con problemas severos de salud mental.** Los estudios existentes apuntan hacia la **necesidad de considerar las preferencias de vivienda** de las personas como factor crucial para su recuperación..

5.2.2. Efectividad de las viviendas con apoyos y cuidados en la conectividad, apoyo y participación social de los usuarios

Un objetivo central de las viviendas con apoyos y cuidados es promover la conectividad, la participación y la inclusión social de las personas que requieren cuidados, a diferencia de las residencias y otros entornos asistenciales. Tanto la institucionalización como la convivencia familiar pueden aumentar el aislamiento social y el estigma. Por ello, las viviendas con apoyos y cuidados buscan ofrecer atención social y asistencial a la vez que oportunidades de socialización que prevengan el aislamiento y la exclusión.

Esta sección se centra en el papel de las viviendas con apoyos y cuidados en el desarrollo de relaciones y apoyo social, así como en la participación en actividades sociales dentro y fuera del entorno de la vivienda. A diferencia de la sección anterior, no se presentan estas dos dimensiones por separado, ya que los estudios suelen combinarlas y usan términos como “bienestar social” o “calidad de vida social”. El concepto de “funcionamiento social”, que a menudo se vincula más a una capacidad individual, se ha abordado en el apartado de independencia funcional.

*¿Las viviendas con apoyos y cuidados mejoran la conectividad, el apoyo y la participación social?
¿Para quién? ¿En qué contextos?*

Personas mayores

Las viviendas con cuidados se presentan como entornos que pueden reducir el aislamiento y la soledad de las personas mayores (Kneale, 2013). Sin embargo, **la evidencia no es clara** respecto a si las personas mayores participan más y están más conectadas socialmente. Los estudios disponibles no aportan evidencia causal y los resultados son dispares: **por un lado, parecen**

indicar que favorecen la conectividad y participación social pero también que pueden tener el efecto contrario en aquellas personas de más edad y que tienen más necesidades de apoyos.

Los estudios cuantitativos (Coyle et al., 2020) ofrecen resultados dispares y poco comparables debido a los diferentes instrumentos de medición y al diseño de los estudios: muchos de ellos son estudios longitudinales cualitativos o mixtos con problemas para controlar el sesgo de la muestra y el impacto de factores como la salud o la edad que pueden tener. Algunos de estos estudios reportan altos niveles de bienestar social entre los residentes. Por ejemplo, un estudio longitudinal sobre bienestar social en viviendas con cuidados en el Reino Unido (Callaghan et al. 2008) mostraba que las personas residentes percibían una mejora en su vida social desde la mudanza y que el 90% habían hecho nuevas amistades. Además, mostraban que esta mejora estaba relacionada con un aumento en la participación en actividades sociales. Otro estudio longitudinal mostraba que la conectividad social se mantenía alta después de 5 años de mudarse a una vivienda con cuidados, aunque las interacciones sociales con las amistades y los familiares fueron disminuyendo con el tiempo (Holland et al., 2019).

Esta disparidad también se encuentra cuando se evalúa la soledad. Mientras algunos estudios señalan que es un problema, especialmente en viviendas pequeñas (Callaghan et al., 2008), otros muestran que sus residentes no perciben soledad y que esto se mantiene a lo largo del tiempo (Holland et al., 2019). Un estudio comparativo reciente aporta evidencia de su efectividad. A través de un estudio quasi-experimental, se observó que **las personas que viven en viviendas con cuidados reportan menos soledad que aquellas en su domicilio habitual**. Sin embargo, su **aislamiento social es mayor debido a que tienen menos contactos con amistades**, aunque no se encontró una diferencia significativa respecto a los contactos con familiares (Beach et al., 2022).

Los estudios cualitativos y mixtos también muestran incongruencias. Por un lado, suelen indicar beneficios. Los estudios de las revisiones de Chum et al. (2022) y S.-I. Hou y Cao (2021a) sobre viviendas comunitarias con apoyos indican una disminución del aislamiento social en relación con las amistades y la comunidad, precisamente el aspecto crítico de las viviendas con cuidados (Beach et al., 2022). Un estudio sobre viviendas colaborativas mostró que sus residentes **daban y recibían más apoyo emocional, instrumental e informacional** que una muestra comparable de la Encuesta Social General de Estados Unidos (Markle et al., 2015). Los estudios cualitativos también destacan el valor de la participación en actividades para preservar la identidad social, cultural y religiosa, construir un sentido de pertenencia y mejorar la salud (Chum et al., 2022; Croucher et al., 2006).

Por otro lado, hay estudios que reportan un **aumento de la exclusión social, pensamiento grupal negativo y mayor estigma en diferentes modelos de viviendas comunitarias con apoyos** (Chum et al., 2022). Otros estudios señalan el impacto negativo que la desigualdad tiene en la conectividad social en viviendas con cuidados (Atkinson et al., 2014; Croucher et al., 2006). **Las personas más frágiles, con menos recursos económicos o de salud, suelen tener más problemas para socializar y un mayor riesgo de aislamiento** (S. Evans, 2009). **Las personas con problemas cognitivos o de salud mental, y las personas que les cuidan, tienen más riesgo de exclusión, aislamiento y de experimentar hostilidad** (Streib y Metsch, 2002). Esto es también lo que mostró el estudio longitudinal de 15 viviendas con cuidados en el Reino Unido (Callaghan et al. 2008). El estudio reveló que el bienestar social de las comunidades de retiro era significativamente mayor que el de las viviendas con cuidados. La razón de esta diferencia radicaba tanto en el mejor estado funcional de las personas residentes de las comunidades de retiro como en su política de

exclusión de las personas con necesidades de cuidados, implementada, precisamente, para preservar su vida social “activa”.

La evidencia también indica que las personas mayores suelen sufrir mayor aislamiento a medida que sus redes sociales se reducen por defunción o mudanza, y tienen más dificultades para integrarse con los recién llegados (Stacey-Konnert y Pynoos, 1992). Los patrones de género también influyen. Los hombres tienen más problemas de socialización que las mujeres, y el estado civil de las mujeres afecta la formación de nuevas amistades. Las mujeres casadas se relacionan con otras parejas, y las solteras se integran más fácilmente, ya que valoran más las amistades (Mary Ann Erickson et al., 2000). Las viudas, sin embargo, tienen un estatus social más bajo y un mayor riesgo de marginación (Van Den Hoonaard, 1994). Los hombres viudos son los que más problemas de socialización tienen.

Aunque estos aspectos no son exclusivos de las viviendas con apoyos y cuidados, es crucial tener en cuenta estas formas de exclusión y de discriminación para evitar visiones idealizadas.

Una de las críticas a las viviendas con apoyos y cuidados para personas mayores es que pueden convertirse en guetos y limitar el contacto con el exterior. La revisión de Coyle et al. (2020) **no encuentra evidencia suficiente para demostrar que mudarse a comunidades de mayores reduzca la interacción con el exterior, ni lo contrario**. Sin embargo, sí hay evidencia de factores que modulan estas relaciones. En las comunidades de retiro con cuidados continuos en Estados Unidos, los residentes más jóvenes y autónomos son los más activos en el exterior (Sherwood et al., 1997). La procedencia de los usuarios también influye: los que vienen de lejos establecen más vínculos sociales dentro de la vivienda que los que vivían cerca, ya que estos últimos mantienen sus redes sociales externas (Waldron et al., 2005). En cuanto al apoyo social, estos estudios indican que es similar en ambos casos, ya que quienes se mudan de lejos revierten la pérdida de apoyo social con nuevas amistades, mientras que los que vivían cerca mantienen el apoyo que tenían.

Personas con demencia

Como en el apartado anterior, los estudios revisados no suelen usar instrumentos cuantitativos estandarizados, lo que dificulta determinar si la conectividad, el apoyo y la participación social de los residentes mejoran con el tiempo, y si lo hacen en comparación con otros entornos (Atkinson et al., 2023; Smith et al., 2022). Debido al diseño de los estudios, tampoco es posible establecer relaciones de causalidad.

Sin embargo, algunos estudios longitudinales aportan información valiosa sobre los factores contextuales que, según los participantes, facilitan o limitan la conectividad, el apoyo y la participación (Barrett et al., 2020; Cameron et al., 2020; Evans et al., 2020). La relación entre residentes fomenta el apoyo social y el sentido de pertenencia. En algunas viviendas, los residentes y trabajadores reportan una “**buenas conciencia de demencia**” (good dementia awareness), lo que significa que **las personas sin demencia interactúan y ayudan a quienes la tienen**, creando un espacio seguro donde estos últimos pueden moverse con libertad. A pesar de esto, muchos estudios señalan que **los prejuicios contra las personas con demencia son muy comunes**, lo que puede llevar a su exclusión y aislamiento.

Estos estudios también reportan que **la participación en actividades entre residentes con o sin demencia, y sin limitaciones previas, facilita la interacción y previene el aislamiento** (Evans y Vallely, 2007). Esto depende en gran medida de la formación de los trabajadores en una cultura del cuidado flexible y personalizada, y de que los espacios sean adecuados. Un tamaño pequeño de las viviendas facilita las relaciones, pero los espacios comunes no deben ser demasiado pequeños, ya que limitarían la interacción social y la participación en actividades (Evans et al., 2020). **Fomentar la participación de los familiares también es clave** para las personas con demencia, ya que previene el aislamiento, especialmente de quienes tienen un mayor deterioro cognitivo. Los trabajadores señalan que el diseño menos regulado de estas viviendas, su buena ubicación y la disponibilidad de espacios exteriores contribuyen a que sean lugares abiertos a familiares y personas del entorno. Sin embargo, **el énfasis en la independencia de estas viviendas también puede producir situaciones de aislamiento**, por ejemplo, si los apartamentos solo están pensados para los residentes y no se admite que personas externas pernocten.

Debido al diseño de estos estudios, no se puede determinar hasta qué punto las viviendas son eficaces en la mejora de las relaciones y la participación comunitaria. Sin embargo, una evaluación con grupo control y muestreo aleatorizado del programa EOP (*Enriched Opportunities Programme*) en cinco viviendas con cuidados mostró **mejoras significativas en la percepción de apoyo social e inclusión de las personas con demencia** después de 18 meses (Brooker et al., 2011). **Este programa se basaba en la inclusión de una persona facilitadora** encargada de maximizar las oportunidades de bienestar de las personas residentes, asegurar que el cuidado se ajustaba a las necesidades de cada persona, facilitar la relación entre la persona y los servicios asistenciales y sociales y que las personas con demencia participasen en las actividades sociales dentro y fuera de la vivienda. Además, el programa incluía un programa formativo para las personas cuidadoras y cambios en la organización para asegurar una buena coordinación entre la persona facilitadora y el resto de personas.

Personas con discapacidad

La mayoría de los estudios analizados sobre personas con discapacidad indican que quienes viven en viviendas con apoyos tienen **más relaciones sociales y mayor participación que los que residen en entornos más institucionalizados**. Sin embargo, **la vivienda no parece ser el factor más determinante**, algo que, por otro lado, se acaba de ver en la evaluación del Enriched Opportunities Programme para personas con demencia. La revisión sistemática de Kozma et al. (2009) aporta evidencia en esta dirección: **las personas que viven en viviendas con apoyos, más pequeñas y con menos rotación, suelen tener más amistades fuera de casa y recibir más visitas** (Emerson y McVilly, 2004; Forrester-Jones et al., 2006; McConkey et al., 2007). El traslado de un entorno institucional a una vivienda con apoyos mejora el contacto familiar y lo mantiene en el tiempo (Chou et al., 2008). La revisión exploratoria de Roebuck (2021) corrobora esto: de los 18 estudios revisados, la mayoría de los estudios longitudinales señalan **mejoras en la participación comunitaria y las relaciones personales tras el traslado a viviendas con apoyos**. Sin embargo, ambas revisiones insisten en que **la participación social de las personas con discapacidad (intelectual) es muy baja en general** (Kozma et al., 2009) y que es habitual que reporten soledad y relaciones escasas (Bigby et al., 2017).

En relación con la integración comunitaria, los estudios de Kozma et al. (2009) demuestran que, si bien es baja en cualquier tipo de vivienda (Baker, 2007), es mejor en viviendas con apoyos y viviendas semindependientes que en residencias (Stancliffe y Keane, 2000). La revisión de Wright et al. (2020), que aborda la integración comunitaria en 6 de sus 10 estudios, indica que **las personas en viviendas con apoyos reportan resultados más positivos que las que viven en residencias**. Un estudio longitudinal que evaluó el impacto que tenían las viviendas con apoyos en comunidad (en viviendas independientes o para personas con discapacidad con terapia ocupacional comunitaria) en personas con daño cerebral, demostró beneficios en la integración comunitaria de los residentes al cabo de tres años, siendo mejor en las personas en viviendas independientes (Sloan et al., 2012).

No obstante, no se puede concluir que esto sea así en todos los casos. Algunos estudios sobre personas con discapacidad **en situaciones de alta complejidad indican que vivir en entornos más institucionalizados (group homes) puede estar asociado con una mayor participación en actividades organizadas** y más contacto con personas del exterior que si viven de forma independiente con sus familias (Felce et al., 2011). Otro estudio señala que las personas que viven en viviendas con apoyos fuera de la institución (ya sea en su propio domicilio, compartiendo casa o de otro tipo) tenían **menos actividades con amigos**, ya que los entornos residenciales pautaban la forma y el contenido de estas actividades (Emerson y McVilly, 2004).

Estos estudios indican, por un lado, que **una mayor independencia en la vivienda no implica necesariamente una mayor sociabilidad e integración comunitaria**, ya que algunas personas necesitan más apoyos y entornos más estructurados. El modelo de vivienda no es un factor tan decisivo en la conectividad y la participación social (Kozma et al., 2009). **Las relaciones de amistad están moduladas por el tipo de apoyo ofrecido**; por ejemplo, la implementación de un **apoyo activo**, que cambia el estilo de apoyo de “cuidar” a “trabajar con”, se asocia con redes sociales más grandes (Emerson et al., 2001). En el caso de las relaciones familiares, **la distancia o la edad de los padres son factores más decisivos**; y para la integración comunitaria, los servicios disponibles y la intensidad de los apoyos parecen tener más peso que el tipo de vivienda (Emerson et al., 2001). La soledad tampoco parece estar relacionada con el modelo de vivienda, sino más bien con la convivencia con personas incompatibles y la ubicación en barrios inseguros (Stancliffe et al., 2007).

Personas con problemas severos de salud mental

No está claro que las viviendas con apoyos mejoren las relaciones sociales y la integración comunitaria en personas con problemas de salud mental. Un metaanálisis muestra una mayor satisfacción con las relaciones sociales en viviendas con apoyos que en entornos más institucionalizados (Harrison et al., 2020, p. 6). Sin embargo, una revisión sistemática señala que los beneficios sociales de las viviendas con apoyos, como la empleabilidad, son limitados en personas desinstitucionalizadas (McPherson et al., 2018a, p. 10). Sin embargo, **estudios cualitativos basados en la experiencia de las personas con problemas de salud mental indican un beneficio potencial en esta área si cuentan con un buen apoyo y se les ofrecen oportunidades de socialización** (Barnes et al., 2022; Watson et al., 2019). Estos estudios también advierten del **riesgo de**

soledad, ya que son entornos enfocados en promover la autonomía y la privacidad, un aspecto señalado también en el caso de las personas con demencia.

La evidencia es un poco más clara cuando se trata de personas con problemas de salud mental que viven en la calle. En la revisión de McPherson et al. (2018a), los dos estudios causales que reportan beneficios sociales están dirigidos a este grupo. Uno constata un **aumento de las relaciones familiares satisfactorias y duraderas** (Tsai et al., 2013) y el otro, una **mejora en la participación social, el uso de recursos comunitarios y el sentido de pertenencia** (Stergiopoulos et al., 2014). En ambos casos, la vivienda con apoyos forma parte de una intervención de apoyo más amplia.

Los programas Housing First para personas sin hogar con problemas psiquiátricos también demostraron ser eficaces para aumentar la estabilidad residencial de este colectivo (McPherson et al., 2018a, p. 6). Si bien la estabilidad residencial no garantiza mejoras en las relaciones sociales, hay indicios de que sí ayuda. Una revisión sistemática identificó tres estudios con mejoras sustanciales y seis sin mejoras significativas, pero ninguno reportó un empeoramiento (Richter y Hoffmann, 2017a, p. 274). Esto sugiere que **las viviendas con apoyos pueden tener un impacto positivo en la integración social de personas con problemas de salud mental que también sufren vulnerabilidad habitacional**. Aunque en Europa la enfermedad mental no siempre implica vivir en la calle, Richter y Hoffmann (2017a) considera que los buenos resultados de las intervenciones en Estados Unidos podrían aplicarse también a personas que no están en esta situación.

Cuadro 2. Resum de l'evidència relacionada amb l'impacte en la connectivitat, el suport i la participació social

Personas mayores y personas con demencia

- Falta evidencia causal. En términos generales, los resultados son dispares y poco concluyentes.
- La evidencia apunta hacia diferencias en el impacto en función del perfil de persona usuaria.
- Entre las personas mayores, aquellas con mayor fragilidad o con condiciones socioeconómicas o de salud desfavorables pueden tener más dificultades para socializar y están en riesgo de exclusión, mientras que quienes no tienen estas circunstancias reportan beneficios en sus relaciones sociales.
- Entre las personas con demencia, las viviendas con cuidados pueden ser una oportunidad para mejorar la conectividad y la participación, especialmente en las fases iniciales de la enfermedad, ya que estas personas a menudo enfrentan situaciones de exclusión. La evidencia destaca la necesidad de adaptar las viviendas y de implementar programas que aseguren acompañamiento para facilitar la socialización.

Cuadro 2. Resum de l'evidència relacionada amb l'impacte en la connectivitat, el suport i la participació social

Personas con discapacidad

- La evidencia es consistente y muestra que las personas desinstitucionalizadas mejoran su conectividad social y su integración comunitaria en las viviendas con apoyos, aunque la vivienda en sí no es un factor tan determinante como el tipo de apoyo o su ubicación.
- Los estudios muestran, sin embargo, que este colectivo presenta una baja participación social y que habitualmente reporta soledad y relaciones limitadas.

Personas con problemas severos de salud mental

- La evidencia es ambigua respecto al impacto de los hogares con apoyos en la conectividad y participación social de la población que proviene de entornos institucionales.
- Los estudios muestran mejoras en la integración social de las personas con problemas severos de salud mental que provienen de situaciones de sinhogarismo
- La evidencia disponible sugiere que el tipo de apoyos constituye un factor más determinante que el modelo de vivienda..

5.2.3. Efectividad de las viviendas con apoyos y cuidados en la calidad de vida, bienestar y salud de los usuarios

La calidad de vida y la salud de los residentes son dos aspectos muy presentes en las evaluaciones de las viviendas con apoyos y cuidados. En primer lugar, la presente revisión analiza en qué medida vivir en este tipo de entornos tiene un beneficio para la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción con la vivienda. Posteriormente, se detalla su incidencia en la salud de los residentes, en particular en la salud percibida, la salud psicológica y la salud física.

¿Las viviendas con apoyos y cuidados mejoran la calidad de vida, el bienestar y son satisfactorias? ¿Para quién? ¿En qué contextos?

Personas mayores

La evidencia sobre los beneficios en la calidad de vida de las personas mayores no es clara y no permite establecer causalidad. Algunos estudios muestran mejoras cuando las personas se mudan desde su domicilio habitual (Roberts y Adams, 2018) o desde residencias (Rossen y Knafl, 2007). Los factores clave para esta mejora están relacionados con el apoyo y el rol de los trabajadores, así como con la relación entre los residentes (Mitchell y Kemp, 2000). Sin embargo, también hay estudios longitudinales con grupo de control que no encuentran diferencias significativas con las personas que siguen viviendo en su domicilio (Bernard et al., 2004).

A diferencia de la calidad de vida, **la evidencia sobre la satisfacción es mucho más clara**, tanto en las viviendas con cuidados (King, 2003) como en las viviendas comunitarias con apoyos, por ejemplo, las viviendas colaborativas (Chum et al., 2022; Puplampu et al., 2020), aunque el diseño de las evaluaciones tampoco permite establecer causalidad. Dos estudios longitudinales reportaron una satisfacción generalizada (Callaghan et al., 2008; Croucher et al., 2003). Sin embargo, uno de ellos también encontró que las personas más críticas eran las más frágiles y dependientes, ya que el modelo de “casa para toda la vida” no funcionaba para ellas y debían mudarse a otro servicio. Los estudios cualitativos también muestran diferencias en lo que genera satisfacción: la vida social es más valorada por las personas jóvenes y menos frágiles, mientras que los servicios y el personal son más importantes para las de mayor edad y con más fragilidad (Bernard et al., 2004; Croucher et al., 2003).

Personas con demencia

Numerosos estudios cualitativos y longitudinales reportan una buena calidad de vida para las personas con demencia en las viviendas con cuidados (S. C. Evans et al., 2020; Holland et al., 2017; Means et al., 2006; Vallely et al., 2006). No obstante, la calidad de vida tiende a disminuir en estadios medios y avanzados de la enfermedad, cuando se hace necesario un cambio a entornos más especializados (Reimer et al., 2004). La evaluación con grupo control y muestreo aleatorizado del programa *“Enriched Opportunities Programme”* para personas con demencia, antes mencionada, **demostró su impacto positivo en la calidad de vida gracias a la introducción de la figura del facilitador de bienestar** (Brooker et al., 2011). La función de esta figura es servir de enlace entre la persona con demencia y los servicios y actividades de la vivienda, lo que incrementa las posibilidades de que reciba el apoyo necesario y tenga acceso a actividades de su interés.

Un factor recurrente que los participantes señalan para explicar la mejora en la calidad de vida es la **seguridad** que proporcionan estas viviendas, tanto para los usuarios como para sus familiares y los trabajadores (Evans et al., 2020; Vallely et al., 2006). El diseño de los entornos y la naturaleza de los cuidados brindados contribuyen a esta sensación de seguridad, que también es fundamental para promover la independencia.

Al igual que en el caso de las personas mayores, **la evidencia sobre la satisfacción es generalmente positiva**. Un estudio longitudinal con personas con demencia y sus familiares reportó una alta satisfacción a lo largo de tres años, incluso cuando la mitad de los participantes tuvieron que cambiar de vivienda temporalmente (Vallely et al., 2006).

Personas con discapacidad

La revisión de Wright et al. (2020) sobre personas con daño cerebral y medular señala que la calidad de vida y la satisfacción de los residentes son temas poco abordados en la literatura, que prioriza la independencia y la integración comunitaria. Sin embargo, las revisiones existentes indican que **dejar la institución y la vivienda familiar para vivir en la comunidad en una vivienda con apoyos mejora la calidad de vida de las personas con discapacidad** (Roebuck, 2021, p. 17). Un estudio longitudinal reciente en España también reporta resultados positivos en personas desinstitucionalizadas (Navas et al., 2025).

Los estudios muestran que, si bien hay mucha variabilidad, **las mejoras en la calidad de vida están asociadas a características individuales, las prácticas de los trabajadores y los procedimientos del servicio** (Kozma et al., 2009, p. 13). La revisión de Oliver et al. (2020) recoge estudios cuantitativos que indican una evaluación positiva del bienestar de las personas con discapacidad intelectual que se trasladan a viviendas con apoyos.

Un estudio basado en un experimento natural mostró **cambios positivos en el bienestar percibido de personas con discapacidad intelectual** tras mudarse a viviendas con apoyos. El experimento natural fue posible gracias a un programa de dos años que facilitó el traslado de 119 personas a entornos menos institucionalizados según una evaluación de sus necesidades de apoyo. Los entornos eran: alojamientos segregados y colectivos con apoyos las 24h, viviendas con apoyos personalizados, viviendas colectivas con apoyos y viviendas con cuidado familiar. Esto permitió comparar a las personas que se habían trasladado con las que aún no lo habían hecho. Las personas con discapacidad intelectual que se trasladaron a viviendas independientes con apoyos reportaron un **bienestar significativamente mayor que el de las que se quedaron en entornos más institucionalizados**. El bienestar también mejoró, aunque de forma más modesta, en quienes se mudaron a viviendas colectivas con apoyos (especialmente si tenían más necesidades de apoyo) y en quienes permanecieron en la vivienda familiar (McConkey et al., 2018). Por el contrario, el bienestar percibido empeoró en quienes se quedaron en la institución y, de manera generalizada, en el grupo de personas con problemas de salud mental.

La evidencia es muy clara en cuanto a la **satisfacción** de las personas con discapacidad y sus familiares. Kozma et al. (2009), sin embargo, advierten que **los resultados en el caso de los familiares deben interpretarse con cautela**. Si bien las personas con discapacidad están satisfechas porque son críticas con las instituciones y no quieren volver a ellas, **los familiares también reportaron satisfacción con los entornos institucionales** cuando no había otras alternativas.

Personas con problemas severos de salud mental

Según un metaanálisis, **el bienestar de las personas con problemas de salud mental no parece relacionado con el hecho de vivir en una vivienda con apoyos o en otro tipo de vivienda**, ni siquiera con el tipo de apoyo (integrado, puntual, externo) (Harrison et al., 2020). Sin embargo, **en los perfiles que requieren más apoyos y que han tenido ingresos previos, hay estudios que indican que tienen mejor calidad de vida en las viviendas asistidas (*assisted living*) que en los entornos hospitalarios** (Ketola et al., 2022). También hay estudios que indican que quienes tienen peor calidad de vida son **las personas en viviendas independientes y permanentes con apoyos temporales** y en cambio que **las viviendas con apoyos integrados y enfocadas a la rehabilitación, es decir, con estancias limitadas en el tiempo, reportan mejor calidad de vida** (Ketola et al., 2022).

Sin embargo, la vivienda permanente con apoyos es la que más satisfacción genera y la que prefieren las personas residentes, tanto si incluye servicios como si no (Roebuck, 2021). **Es en relación con las personas que además viven en la calle**, una situación muy prevalente en Estados Unidos, donde la mejora de la calidad de vida es más clara. Aunque Harrison et al. (2020) señalan

que el aspecto más relevante no es tanto la vivienda en sí como el apoyo que recibe la persona (McPherson et al., 2018a). En cambio, **los pocos estudios sobre calidad de vida en personas con problemas de salud mental que no viven en la calle o en una institución no aportan evidencia clara sobre una mejora en la calidad de vida**. Estos estudios se centran en los procesos de reinstitucionalización, que muestran un deterioro de la calidad de vida cuando las personas reingresan. La evidencia más sólida sugiere una relación inversa entre el grado de institucionalización y la calidad de vida: las personas que reingresan a instituciones psiquiátricas son las que tienen peor calidad de vida (McPherson et al., 2018b).

Los estudios sobre personas con problemas de salud mental y vulnerabilidad residencial muestran que **la estabilidad residencial es un aspecto clave para la calidad de vida**, y donde la evidencia es más sólida y positiva (McPherson et al., 2018a; Richter y Hoffmann, 2017a). La empleabilidad es otro aspecto importante de la calidad de vida, pero no se dispone de suficiente evidencia sobre el impacto que tiene la vivienda (McPherson et al., 2018a).

Cuadro 3. Resumen de la evidencia relacionada con el impacto en la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción

Personas mayores y personas con demencia

- **No hay evidencia suficientemente consistente y clara** para afirmar que las viviendas con apoyos y cuidados mejoran la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores o con demencia.
- **Las viviendas con apoyos y cuidados pueden incluir personas con necesidades muy diversas, lo que dificulta identificar un efecto claro.**
- **La organización y la cultura de los cuidados impactan** en la calidad de vida, siendo los **apoyos orientados a la vida independiente, flexibles y personalizados** los que ofrecen mejores resultados.
- **La satisfacción de las personas usuarias y de sus familiares es generalmente positiva**, aunque los factores que generan satisfacción varían en función de la fragilidad o del nivel de apoyo que necesitan las personas usuarias.

Personas con discapacidad o problemas severos de salud mental

- Se constata que las viviendas con apoyos **proporcionan calidad de vida a las personas con discapacidad intelectual, cerebral o medular desinstitucionalizadas**.
- En el caso de las personas con problemas severos de salud mental, no está claro que las viviendas con apoyos sean un factor importante en la mejora de su calidad de vida, excepto para aquellas que sufren **vulnerabilidad habitacional**, para quienes sí se constata un efecto positivo.
- **La satisfacción es alta entre las personas con discapacidad y sus familiares.** Cabe destacar que, entre los familiares, la satisfacción también es alta en entornos institucionales cuando no existen alternativas.

¿Son efectivas las viviendas con apoyos y cuidados en la mejora de la salud? ¿Para quién? ¿En qué contextos?

Personas mayores

La revisión de Coyle et al. (2020) ofrece una revisión detallada del impacto de las viviendas con cuidados en la salud de las personas mayores. La mayoría de los estudios evalúan la **salud percibida** y el **bienestar psicológico**. Los resultados no son totalmente concluyentes, pero sí apuntan a beneficios.

Hay tres estudios que permiten evaluar la eficacia de las viviendas con cuidados en la salud: dos longitudinales con grupo de control (Holland et al., 2019; Kingston et al., 2001) y un estudio de casos y controles emparejados (Gaines et al., 2011). Los tres reportaron una **mejor salud percibida y bienestar psicológico en los residentes de viviendas con cuidados**. A pesar de que los grupos de control eran ligeramente más jóvenes, con menos comorbilidades y mejor capacidad funcional, la percepción de salud de los residentes de las viviendas con cuidados fue superior y esta diferencia se mantuvo en el tiempo (Gaines et al., 2011). Otros estudios longitudinales no registraron cambios significativos en la salud percibida de las personas en viviendas con cuidados (Bernard et al., 2004; Rossen y Knafl, 2007), mientras que otros estudios sí lo hicieron (Pruchno y Rose, 2000).

En cuanto a la salud psicológica, los resultados también son positivos, aunque la evidencia no permite establecer causalidad ni tampoco es concluyente (Coyle et al., 2020). Un estudio longitudinal reportó una mejor salud psicológica en los residentes, sugiriendo que el entorno ayudaba a mantener una percepción positiva de la salud (Kingston et al., 2001). Otro estudio con grupo de control mostró una mejoría en la salud percibida y una reducción de los síntomas depresivos y de ansiedad después de 5 años. En comparación con el grupo de control, los residentes de las viviendas con cuidados también parecían mitigar los efectos de las comorbilidades y la edad (Holland et al., 2015; Holland et al., 2019). Otros estudios muestran que el bienestar se mantiene cuando las personas reciben un alto apoyo social (Cummings, 2002), lo que subraya la importancia de la seguridad y el apoyo social.

Respecto a la salud física, no se puede afirmar que vivir en estos entornos tenga una incidencia significativa. Sin embargo, los estudios revisados por Coyle et al. (2020) señalan un aumento de las comorbilidades, que los autores explican porque las personas que se mudan ya tienen cierta fragilidad y porque la mayor supervisión médica puede llevar a un mejor control y diagnóstico. Un estudio incluso sugirió que vivir en una comunidad de retiro aumentaba la esperanza de vida en 5 años (Mayhew et al., 2017).

Personas con demencia

La evidencia sobre la salud de las personas con demencia es escasa y no permite sacar conclusiones. No es un aspecto que se evalúe de forma específica en los estudios que se han encontrado, ya que las viviendas no están diseñadas como entornos sanitarios.

Personas con discapacidad

Según la revisión de Kozma et al. (2009), en este colectivo, se han estudiado menos los resultados en salud de los diferentes entornos. **No hay evidencia de que el cambio a una vivienda con apoyos cause un trauma o un aumento de problemas de salud mental** (Kozma et al., 2009, p. 18). Sin embargo, **la evidencia sí muestra que vivir en un entorno menos restrictivo puede llevar a hábitos menos saludables**, como inactividad, tabaquismo o una dieta deficiente que puede conducir a la obesidad (Bryan et al., 2000).

La mortalidad también ha sido analizada, con resultados muy diversos. En los estudios que indican un aumento de la mortalidad, los factores que lo producen no están claros: algunos estudios lo atribuyen a un acceso inadecuado a los servicios de salud, mientras que otros lo asocian a riesgos de salud individuales.

Un aspecto importante vinculado con el bienestar psicológico son los **comportamientos disruptivos**. Los resultados no son concluyentes: **algunos estudios no muestran cambios significativos, otros reportan un empeoramiento o pasividad, y otros no muestran mejoras cuantitativas, pero sí cualitativas** (Kozma et al., 2009). La revisión de Oliver et al. (2020) también identifica estudios que parecen apuntar a que las viviendas con apoyos podrían estar relacionadas con una disminución de los comportamientos disruptivos o problemáticos, aunque la evidencia es escasa y poco clara respecto a su eficacia.

Personas con problemas severos de salud mental

El impacto de las viviendas con apoyos varía según la situación previa de la persona. Según la revisión de McPherson et al. (2018a), **las viviendas con apoyos son un factor importante en el mantenimiento y la mejora de su sintomatología psiquiátrica en personas que provienen de la calle (sin hogar)**. Pocos estudios reportan empeoramiento de la salud en personas sin hogar. En el caso de personas derivadas de instituciones, el resultado también es positivo, pero sí existen algunos estudios que reportan empeoramiento (Kallert et al., 2007). Para las personas que provienen de otros recursos comunitarios, los resultados son menos concluyentes, con evidencia tanto de mejora como de empeoramiento.

Cuadro 4. Resumen de la evidencia relacionada con el impacto en la salud

Personas mayores y personas con demencia

- En las **personas mayores** se observan **beneficios en la salud percibida**, el **bienestar psicológico** y una **mejor supervisión médica** en comparación con quienes viven en su domicilio.
- La **evidencia sobre la salud de las personas con demencia es escasa** y no permite sacar conclusiones firmes

Personas con discapacidad o problemas severos de salud mental

- Existe **poca evidencia** sobre el impacto de las viviendas con apoyos en la salud de las personas con discapacidad.
- Los estudios existentes indican un **mayor riesgo de hábitos de vida poco saludables y una menor supervisión médica**, lo que sugiere que la autonomía puede tener un coste cuando los apoyos en las viviendas son insuficientes.

Personas con problemas severos de salud mental

- La **evidencia disponible se centra en el impacto sobre los síntomas psiquiátricos**.
- Los **resultados son positivos para las personas que provienen de situaciones de sinhogarismo**, que experimentan una mejora significativa de su sintomatología. El impacto es menos claro para las personas que provienen de entornos institucionalizados.

5.2.4. Efectividad de las viviendas con apoyos y cuidados en la desinstitucionalización y prevención de la institucionalización de personas con necesidades de cuidados

La idea de que las viviendas con apoyos y cuidados pueden ser “casas para el resto de la vida” (*home for life*) es atractiva tanto para las personas usuarias, que evitan un régimen institucional con efectos negativos en su autonomía, como para las personas gestoras, que ven en la desinstitucionalización un sistema más digno, respetuoso con los derechos humanos y, potencialmente, más coste-efectivo

Para abordar esta cuestión, es necesario aclarar el sentido que tiene la desinstitucionalización para los diferentes grupos. Para los dos primeros grupos, personas mayores y con demencia, el enfoque es la **prevención de la institucionalización**, es decir, evitar o retrasar la entrada en una residencia. En el caso de las personas con discapacidad y problemas de salud mental, se habla de **desinstitucionalización** como un proceso que va del ingreso en instituciones a la recuperación para la independencia y la integración social.

¿Las viviendas con apoyos y cuidados favorecen la prevención de la institucionalización o la desinstitucionalización? ¿Para quién? ¿En qué contextos?

Personas mayores

Las revisiones que se han hecho sobre viviendas comunitarias con apoyos de personas mayores en Estados Unidos (S.-I. Hou y Cao, 2021a) aportan estudios interesantes. Por ejemplo, la evaluación de una NORC mostró que solo el 2 % de sus residentes ingresó en una residencia, una cifra menor que el 4,5 % de la media nacional. Un estudio longitudinal de 6 años sobre esta NORC, con un grupo de control que vivía en su domicilio habitual, puso de relieve que el 7,1 % del grupo control ingresó en una residencia, mientras que solo lo hizo el 3,2 % de las personas que residían en la NORC (Elbert y Neufeld, 2010).

Un estudio que evaluó si las viviendas con cuidados podían ser para toda la vida, aportó resultados interesantes. Utilizando datos de 1.189 usuarios, estimó que la estancia media en la vivienda era de 6,5 años, la probabilidad de ingresar en una institución después de cinco años era del 8 %, con una tasa de bajas por institucionalización y defunción de 1 a 3. Después de diez años, el 14 % de los residentes habría ido a una residencia. En comparación con un grupo de control de personas con atención domiciliaria, la probabilidad de ingresar en una residencia después de cinco años era entre un 30 % y un 57 % más baja en las viviendas con cuidados. Esta probabilidad era un 50 % menor para las personas con mayores necesidades de cuidados (mayores de 80 años) (Kneale, 2011). Algunos estudios aportan mejores resultados, aunque suelen ser comunidades de retiro con cuidados continuos que disponen de residencia anexa (Croucher et al., 2003).

Estos resultados muestran el potencial que tienen las viviendas con apoyos y cuidados a la hora de retrasar y evitar el ingreso en residencias. Sin embargo, en los casos donde los resultados son más positivos, en las viviendas con cuidados, se constata que el modelo puede no ser suficiente para personas con demencia. Los factores más comunes que llevan al ingreso en residencias son la falta de cobertura de los servicios (Kneale, 2011) y el estado funcional de la persona: la depresión, la incontinencia, el deterioro cognitivo y la dependencia son los detonantes más habituales (Coyle et al., 2020).

La evidencia parece mostrar, por tanto, que las viviendas con cuidados pueden ser una opción de por vida para aquellas personas que necesitan una cobertura de cuidados media. Cuando las necesidades se intensifican, por ejemplo, con una demencia avanzada, es muy probable que las personas deban trasladarse a entornos más especializados. La ambigüedad del término “viviendas de estancia prolongada” genera estrés en los residentes, que no saben hasta dónde podrán cubrir los servicios y pueden ocultar sus problemas de salud por miedo a tener que irse. Por lo tanto, **las viviendas con cuidados son una alternativa para algunas personas, pero no pueden sustituir o reemplazar las residencias** (Croucher et al., 2006, p. 81).

Personas con demencia

Como ya se ha mencionado, no está claro que las viviendas con cuidados eviten la institucionalización de las personas con demencia. La revisión de Atkinson et al. (2023) plantea que la prevención o el retraso de la institucionalización es uno de los beneficios potenciales, y subraya

la importancia de un modelo de apoyo flexible y personalizado para que la persona pueda vivir en este entorno el mayor tiempo posible (M. Smith et al., 2022, p. 10). Sin embargo, **apenas hay estudios que demuestren su efectividad en la prevención de la institución de personas con demencia** (Croucher et al., 2006). De hecho, un estudio longitudinal mostró que, después de 2 años, más de la mitad de las 36 personas estudiadas habían tenido que ir a entornos más asistidos (Vallely et al., 2006).

Personas con discapacidad

En el caso de las personas con discapacidad, la desinstitucionalización se relaciona con la capacidad de transitar del cuidado residencial a la vida independiente. **No se ha encontrado evidencia causal ni concluyente de su efectividad**. Sin embargo, sí hay estudios cualitativos que señalan **factores que inciden en el proceso: la escasez de viviendas adecuadas y su difícil acceso** (Wiesel, 2015), **y la calidad de los apoyos, en términos de intensidad, flexibilidad y adaptación a cada persona** (McConkey et al., 2013). Este último aspecto, como se verá a continuación, es determinante para el éxito de los procesos de recuperación en personas con problemas de salud mental.

Personas con problemas severos de salud mental

Según la literatura, la transición hacia una vida independiente está influenciada por características personales como el diagnóstico, el consumo de drogas y la atención clínica recibida (Lodder, 2024). Además, la extensión de la estancia en un entorno institucional hace menos probable la progresión, y la edad y el género también inciden, ya que los hombres mayores tienden a estar en entornos más institucionalizados (Harrison et al., 2024).

El estudio QUEST en el Reino Unido aporta evidencia relevante sobre la tasa de desinstitucionalización, definida como la proporción de personas que logran vivir en entornos con más independencia y apoyos temporales (al menos durante 30 meses) (Killaspy et al., 2020). El 42 % de los participantes progresó (dos tercios de ellos se trasladaron a una vivienda independiente y redujeron el tiempo de apoyo a la mitad). **El estudio muestra que las personas en viviendas independientes con apoyos temporales tienen más probabilidad de progresar que las que viven en viviendas con apoyos continuos integrados, y estas, más que las que viven en residencias. La probabilidad de progresión se relaciona con la calidad del servicio, en particular con la promoción de los derechos humanos y la adopción de prácticas basadas en la recuperación.** Esto implica proteger la privacidad, la dignidad y los derechos de los usuarios, promover su colaboración en la planificación de los cuidados, la adopción de habilidades para la vida independiente y una cultura de confianza en la recuperación. **Los factores que se relacionan negativamente con la progresión son la participación de la familia y de los recursos comunitarios.** Los autores sugieren que esto puede deberse a la resistencia de los familiares y de los propios recursos comunitarios a que los usuarios se independicen y cambien de domicilio. La literatura señala otros factores contextuales como la disponibilidad de vivienda asequible y las oportunidades de integración comunitaria (Farkas y Coe, 2019).

Otro aspecto clave en el proceso de recuperación es la **reducción de los ingresos hospitalarios**. Numerosos estudios indican que las viviendas con apoyos están relacionadas con una reducción

de la duración de los ingresos (Adamus et al., 2022) o de su frecuencia y duración (McDermott et al., 2015).

La revisión de Rog et al. (2014) indica que las viviendas con apoyos **mejoran la estabilidad residencial de las personas con problemas de salud mental**, reduciendo el riesgo de que acaben viviendo en la calle (Rog et al., 2014, p. 4). Además, la **estabilidad residencial** aparece como un aspecto importante para romper la “lógica de la puerta giratoria”. Esta lógica hace que el acceso a la vivienda sea posible, principalmente, una vez ha ocurrido la crisis psiquiátrica y el ingreso hospitalario, privilegiando una aproximación basada en la intervención en crisis y no en apoyos continuos preventivos de baja intensidad (o'Malley y Croucher, 2005, p. 2). Programas como *Housing First*, que proporcionan una vivienda permanente con apoyos sin condiciones terapéuticas, han demostrado resultados muy positivos en personas con problemas de salud mental que viven en la calle (Richter y Hoffmann, 2017a).

Cuadro 5. Resumen de la evidencia relacionada con la efectividad en la desinstitucionalización y la prevención de la institucionalización

Personas mayores y personas con demencia

- El objetivo de las viviendas con apoyos y cuidados es **prevenir o retrasar la institucionalización**.
- Son **más efectivas que la atención domiciliaria para evitar el ingreso en residencia de personas con necesidades de cuidado moderadas**.
- Las **personas con demencia avanzada y con necesidades de cuidados altas** suelen requerir **entornos más asistidos**, por lo que las viviendas con cuidados difícilmente pueden prevenir su ingreso en una residencia.

Personas con discapacidad y personas con problemas severos de salud mental

- El objetivo de las viviendas con apoyos es **promover la desinstitucionalización**, vinculada a un proceso de recuperación e independencia.
- Los estudios muestran que las **viviendas independientes con apoyos son efectivas en la recuperación de las personas con problemas de salud mental**.
- La **evidencia relativa a personas con discapacidad es escasa e inconcluyente**, aunque hay estudios que muestran que factores inciden en el proceso.
- En ambos casos, la **efectividad depende de la calidad de los apoyos**, basada en los derechos de los usuarios y una cultura de la recuperación.
- La **estabilidad residencial** es un elemento central en la recuperación de personas con problemas psiquiátricos que viven situaciones de sinhogarismo.

5.2.5. Efectividad en la optimización de recursos

Se han realizado estudios de uso de servicios sociales y de salud y coste-efectividad en viviendas para personas mayores y con problemas de salud mental. En cambio, no se han encontrado estudios de coste-efectividad en viviendas para personas con discapacidad, y en el caso de personas con demencia, solo existen estudios cualitativos que no permiten llegar a conclusiones claras.

¿Son las viviendas con apoyos y cuidados coste-efectivas? ¿Para quién? ¿En qué contextos?

Personas mayores

Los estudios revisados por Coyle et al. (2020) no proporcionan evidencia clara de que las viviendas con cuidados reduzcan el uso de los servicios de atención primaria o de servicios sociales. Un estudio de casos y controles emparejados comparó a residentes de comunidades de retiro con cuidados continuos con participantes de un estudio sobre salud y jubilación, y no encontró diferencias en el uso de servicios domiciliarios u hospitalarios.

Sin embargo, otros estudios en el Reino Unido sí sugieren una relación con el uso de servicios hospitalarios, mostrando una reducción en la duración de las hospitalizaciones, las visitas médicas y las hospitalizaciones planificadas (aunque no en las de emergencia) (Holland et al., 2019). Según Coyle et al. (2020), esto podría deberse a que los servicios hospitalarios facilitan el alta al considerar que los servicios de la vivienda son suficientes. Otro estudio (Yates, 2016) también indica una reducción en el uso de servicios de emergencia (policía, bomberos, etc.).

A pesar de estos datos, existen pocas evaluaciones de coste-efectividad (Croucher et al., 2006, p. 55). La revisión de Coyle et al. (2020) recoge algunas. En EE. UU., dos evaluaciones de una CCRC (Comunidad de Retiro de Cuidados Continuos) encontraron que los **costes eran más bajos que en una residencia para personas con un perfil y necesidades de dependencia similares** (M. Rantz et al., 2014; M. J. Rantz et al., 2011). En el Reino Unido, dos estudios de coste-efectividad (el de la Universidad de Kent y el de la Universidad de Aston) sugieren que las viviendas con cuidados son **más coste-efectivas que las residencias para personas con necesidades moderadas**. El coste es similar, pero la calidad de vida y de los cuidados es superior (Bäumker et al., 2010; Bäumker et al., 2011; Holland et al., 2015; Holland et al., 2019).

Sin embargo, Darton y Muncer (2005) y Croucher et al. (2006) advierten que estas evaluaciones deben interpretarse con cautela y que es muy difícil sacar conclusiones sobre la coste-efectividad. Cuando se compara con residencias, es necesario incluir los costes asociados a la vivienda junto a los cuidados. Esto no siempre es posible porque pueden ser servicios independientes de proveedores diferentes en las viviendas con cuidados. Cuando se compara con la atención domiciliaria, hay que tener en cuenta que las viviendas con cuidados pueden tener personal in situ las 24h mientras que en la atención domiciliaria no suele ser así. Además, si no se incluye el trabajo de cuidado informal no remunerado, la comparativa siempre saldrá sesgada pues este tipo de trabajo es más habitual en las viviendas con cuidados que en las residencias y menos que en la atención domiciliaria.

Personas con demencia

La revisión de Atkinson et al. (2023) recoge algunos estudios que sugieren que **las viviendas con cuidados pueden reducir las hospitalizaciones de las personas con demencia**. Esto no solo tiene un impacto positivo en la salud y calidad de vida al evitar el estrés del cambio de entorno, sino que también reduce la presión asistencial en los hospitales. La revisión de Atkinson et al. (2023) indica que el grado de ahorro depende de varios factores, como el tipo de modelo de vivienda, el nivel de apoyo requerido y las necesidades específicas de la persona. No se ha logrado identificar estudios de coste-efectividad específicos para este colectivo. No hay disponibilidad de evidencia clara ni que permita sacar conclusiones sobre su efectividad.

Personas con discapacidad

Mientras que algunos modelos pueden generar ahorros, otros tienen costes similares o más altos que los de las residencias más tradicionales. Un estudio muestra que el impacto de las viviendas con apoyos permanente en el uso de servicios sociales y de salud depende de la situación previa del usuario. En el caso de personas desinstitucionalizadas, se relaciona con un aumento de las hospitalizaciones y los servicios de urgencia y una reducción de las visitas a la atención primaria. En cambio, no hay diferencia en el uso de recursos para personas que provienen de entornos comunitarios (Grove et al., 2023).

Personas con problemas severos de salud mental

Ketola et al. (2022) afirma que existe una **reducción significativa en el número de hospitalizaciones en personas que viven en viviendas asistidas con apoyo moderado**, en comparación con las que viven de forma independiente (Gilmer et al., 2003). La revisión también señala que **cuatro estudios reportan un mayor consumo de fármacos** en personas que viven en viviendas independientes, lo que sugiere que la falta de personal de apoyo podría estar siendo compensada con un aumento de la medicación.

En el caso de personas con problemas de salud mental sin hogar, la revisión de McPherson et al. (2018a) indica que las viviendas con apoyos facilitan un uso efectivo de los servicios de atención primaria y seguimiento psiquiátrico (Gilmer et al., 2010, 2014), y se asocian con una **reducción de las hospitalizaciones** y otros recursos de emergencia (Mares y McGuire, 2000).

Respecto a la **coste-efectividad**, o'Malley y Croucher (2005) muestra que es difícil determinar si estas viviendas son una alternativa coste-efectiva a los hospitales, ya que los costes no asociados con la vivienda (como las visitas médicas) pueden hacer que el cuidado comunitario no sea necesariamente más barato.

Según Ketola et al. (2022), **si se consideran la calidad y el coste del cuidado, las viviendas asistidas de tipo 2 y 3 (que tienen personal en el lugar, ofrecen apoyos de moderados a intensos y tienen un enfoque rehabilitador) parecen ser las más coste-efectivas** (Dalton-Locke et al., 2018; Killaspy et al., 2016). En comparación con los hospitales psiquiátricos, el coste de las viviendas asistidas de tipo 1 (mayor apoyo en el lugar) es menor, pero no ofrecen el mismo nivel de cobertura. Un estudio en Suecia mostró que la desinstitucionalización a través de la promoción del cuidado comunitario redujo los costes generales en un 13 % (Lindström et al., 2007). Sin

embargo, esto podría deberse a una transferencia de costes hacia el cuidado familiar, no incluido en el análisis.

Por lo tanto, es crucial no considerar las viviendas con cuidados como una alternativa más barata que las residencias y entornos asistenciales más institucionales, ya que esto podría comprometer la salud de los usuarios. Por ejemplo, se sabe que los problemas de salud física en la población psiquiatrizada están aumentando debido al envejecimiento de esta población. Si las viviendas con apoyos no están preparadas para dar respuesta a esta situación, y siguen considerando a sus usuarios como jóvenes adultos, pueden dejar de ser coste-efectivas (Chan et al., 2007). En este sentido, cabría considerar la posibilidad de extender el modelo de viviendas con cuidados también a personas mayores con discapacidad o problemas de salud mental.

Cuadro 6. Resumen de la evidencia relacionada con la optimización de recursos

Uso de servicios de salud

- La evidencia disponible no permite afirmar que las viviendas con apoyos y cuidados generen un ahorro claro en el uso de servicios de salud y sociales en comparación con otros entornos.
- En personas con problemas de salud mental, los resultados son más consistentes y muestran una reducción de los ingresos hospitalarios y un uso más efectivo de la atención primaria.
- En personas mayores y con demencia, algunos estudios indican una reducción en la duración de las estancias hospitalarias, aunque la evidencia sigue siendo inconcluyente.
- En personas con discapacidad, en ciertos casos la desinstitucionalización se asocia a un aumento de las hospitalizaciones y a una menor utilización de la atención primaria.

Coste-efectividad

- Hay evidencia de que las comunidades de retiro con cuidados continuos son más coste-efectivos que las residencias para personas con necesidades moderadas.
- En salud mental, las viviendas con apoyos continuos parecen ser las más coste-efectivas en términos de calidad de vida y cuidados. No obstante, si se valorara la recuperación, las viviendas independientes con apoyos temporales podrían ser más ventajosas, aunque faltan datos.
- Los estudios de coste-efectividad pueden presentar sesgos: es difícil obtener datos fiables sobre los costes reales y el contenido de los servicios, y además el cuidado informal no remunerado —clave en estos modelos— no suele incluirse, lo que puede distorsionar las comparaciones.

6. Resumen

Las viviendas con apoyos y cuidados representan un modelo de atención alternativo a las instituciones tradicionales que ofrece un enfoque más centrado en la persona, aunque su efectividad varía significativamente según el colectivo y el contexto. En general, la evidencia sugiere que el valor de estas viviendas no reside tanto en el simple hecho de vivir en ellas, sino en la **calidad, flexibilidad y personalización de los servicios** que ofrecen.

En los colectivos donde predomina una lógica basada en los derechos, como en algunas viviendas para **personas con discapacidad y problemas de salud mental**, se observan beneficios más claros. En el caso de la discapacidad, estas viviendas han demostrado ser eficaces para promover la **independencia funcional** y la **autonomía moral** de las personas desinstitucionalizadas, aunque la **conectividad social** puede ser limitada. En el ámbito de **la salud mental**, la evidencia es sólida en cuanto a la desinstitucionalización. Muchas de las personas que acceden a estas viviendas han pasado por **situaciones de sinhogarismo y por procesos de ingreso psiquiátrico**, de modo que los apoyos residenciales contribuyen a romper este ciclo, aportando estabilidad y mejorando de forma significativa la sintomatología psiquiátrica y el uso de servicios de salud.

Para las **personas mayores** y con **demencia**, la evidencia es menos concluyente. El modelo de “casa para el resto de la vida” (*home for life*) funciona mejor para quienes tienen necesidades de cuidados intermedias, ayudándoles a retrasar o evitar el ingreso en residencias. Se observan mejoras en la **salud percibida** y el **bienestar psicológico**, y se constata que en personas con necesidades intermedias pueden mejorar la preservación de capacidades físicas y cognitivas respecto a las personas que viven en su domicilio habitual. Sin embargo, cuando las necesidades de cuidado se intensifican, las limitaciones del modelo se hacen evidentes y la falta de claridad sobre cuándo un residente debe mudarse a un entorno con más asistencia, como una residencia, puede generar estrés. En relación con los beneficios en las relaciones sociales, este se constata especialmente en personas con pocas necesidades de cuidado y buena salud.

En cuanto a la **coste-efectividad**, la evidencia es ambigua y sesgada, ya que a menudo no se contabilizan los costes reales ni el cuidado informal. A pesar de esto, **algunos estudios sugieren que las viviendas con cuidados son más coste-efectivas que las residencias para personas con necesidades moderadas, ya que ofrecen una calidad de vida superior por un coste similar**. Sin embargo, no se puede afirmar que sean una alternativa universal al cuidado residencial, ya que no están diseñadas para la atención de necesidades complejas y, en algunos casos, pueden incluso aumentar los costes hospitalarios.

En resumen, **las viviendas con apoyos y cuidados no son una solución única para todos**. Su éxito depende de la capacidad de los servicios para adaptarse a las necesidades de cada persona y de la colaboración entre los usuarios, los profesionales y las familias para crear entornos que promuevan la autonomía, la dignidad y el bienestar.

7. Implicaciones para la práctica

En Cataluña, las viviendas con apoyos y cuidados son un tipo de recurso novedoso y poco extendido. Aún no existen viviendas con cuidados pensadas como casas para el resto de la vida y que garanticen la continuidad asistencial. Revisiones como esta pueden ser útiles para orientar su desarrollo basándose en la evidencia disponible.

Sin embargo, la evidencia disponible procede principalmente de países como el Reino Unido, que cuentan con una trayectoria más larga en la promoción del cuidado comunitario y cuyas características socioeconómicas y culturales son distintas a las del contexto catalán. Por lo tanto, la evidencia hallada no puede fundamentar directamente las decisiones en Cataluña si no se tienen en cuenta estas diferencias. Lo que funciona en esos países no tiene por qué funcionar necesariamente en el nuestro.

Por esta razón, no se propondrá la simple "importación" de modelos, técnicas o diseños que han demostrado ser eficaces y eficientes en otros contextos. Aunque se reconoce su innegable valor como inspiración para las políticas catalanas, las implicaciones prácticas que se desean extraer de esta revisión se sitúan en un estadio previo. El objetivo es poner sobre la mesa las cuestiones críticas que las políticas en estos países han tenido que abordar y cuyas respuestas definen sus diferentes modelos.

7.1. ¿Las viviendas con cuidados pueden y deben sustituir a las residencias?

En el caso de personas que requieren cuidados de larga duración, los modelos que aseguran la continuidad asistencial pueden posponer o, incluso, sustituir el ingreso en una residencia. Ahora bien, la revisión realizada indica que esta concepción de las viviendas puede generar ciertos problemas, entre los que se incluyen:

1. Un mayor riesgo de que las personas no reciban la atención necesaria. No está claro que las personas con necesidades de cuidados más intensas tengan los servicios necesarios en este tipo de viviendas.
2. Puede generar frustración y ansiedad en los residentes, ya que los límites de la cobertura de los cuidados en estas viviendas no están claros de antemano, lo que genera incertidumbre sobre si podrán evitar la institucionalización.
3. El riesgo de que las viviendas con cuidados sean percibidas simplemente como una versión más económica de las residencias.

La evidencia actual muestra que estos modelos son alternativas que pueden complementar las residencias, pero difícilmente pueden sustituirlas cuando las necesidades de cuidado se incrementan. Así pues, si esta es la situación, ¿las políticas deben favorecer viviendas con cuidados

'finalistas'? Es decir, ¿deben estar diseñadas para cubrir absolutamente todas las necesidades de cuidado hasta el final de la vida de la persona?

7.2. En el caso de personas mayores y con demencia ¿son las viviendas con cuidados un modelo tan diferente al de las residencias?

Las diferencias con los grandes centros residenciales son notables cuando las viviendas con cuidados:

- Incorporan una cultura y organización del cuidado flexible, personalizada y centrada en la calidad de vida.
- El espacio es abierto, hogareño e integrado en la comunidad.
- No están ubicadas en zonas aisladas o periféricas

No obstante, cuando se las compara con los nuevos entornos asistenciales tipo hogar (unidades de convivencia, *dementia villages*, etc.), las diferencias se vuelven menos evidentes, ya que ambos parten de principios muy similares. Ahora bien, a diferencia de las viviendas con cuidados, estos nuevos modelos residenciales siguen siendo un recurso asistencial. No son domicilios pensados para que las personas puedan vivir con autonomía y en su entorno. Lo asistencial prima sobre la vida social y comunitaria. Por lo tanto, no se puede promover el desarrollo de las viviendas con cuidados sin impulsar paralelamente una reforma de los entornos residenciales existentes.

Esto plantea dos preguntas importantes para las políticas públicas:

- ¿Podemos impulsar políticas que promuevan las viviendas con cuidados sin modificar el modelo residencial actual?
- ¿Es necesario integrar el modelo de viviendas con cuidados con el de las nuevas residencias, o se debería apostar decididamente por el desarrollo de uno solo?

7.3. ¿ Viviendas con apoyos y cuidados: estables y para "el resto de la vida"?

En el caso de las personas mayores, las viviendas con cuidados proporcionan vivienda estable con diferentes niveles asistenciales según las necesidades. De esta forma, las personas pueden permanecer en su entorno habitual y evitan tener que mudarse constantemente a medida que sus requerimientos de atención cambian. Este es un modelo centrado en la vivienda que da respuesta a personas con necesidades variadas, abarcando el espectro "*from fit to frail*" (desde quienes solo requieren apoyos puntuales hasta quienes necesitan cuidados intensos).

Este enfoque contrasta con los modelos de vivienda con apoyos diseñados para personas con discapacidad o problemas de salud mental. En estos casos, las viviendas a menudo funcionan

como instrumentos de intervención terapéutica (por ejemplo, para la rehabilitación y reinserción social). En estos modelos, la vivienda no es un recurso estable, las personas cambian de hogar a medida que empeoran o mejoran, de más a menos apoyos. No obstante, programas como el *Housing First* demuestran que la estabilidad residencial es un aspecto de crucial importancia.

Esto nos lleva a preguntar: ¿Hasta qué punto es importante la estabilidad residencial y que las viviendas con apoyos y cuidados sean la casa de sus residentes?

En un contexto de crecientes desigualdades sociales, no solo habrá más personas con necesidades de cuidados, sino que estas también tendrán un mayor riesgo de exclusión habitacional. Por lo tanto, cabe plantearse preguntas como: ¿vamos hacia un escenario de viviendas temporales y orientadas a una atención cada vez más integrada y especializada, o hacia un modelo de vivienda estable en torno a la cual organizamos servicios en función de las necesidades? Parece necesario pensar cómo integrar la atención social con las políticas de vivienda, y no solo con la atención sanitaria.

7.4. ¿Viviendas con apoyos y cuidados para todas las personas?

Los estudios revisados señalan de manera reiterada que este tipo de viviendas, hoy por hoy, no parecen accesibles ni dirigidas a cualquier persona que tenga necesidades de apoyo y cuidados. Las personas de clases más desfavorecidas y grupos minoritarios suelen depender más de su entorno familiar y doméstico, y también enfrentan un mayor riesgo de ser institucionalizadas.

Muchos de los análisis realizados sobre estos nuevos modelos de vivienda destacan que quienes acceden a ellas son, con frecuencia, personas mayores de clases más acomodadas y con un nivel formativo alto. Además, existen muy pocos estudios que evalúen su impacto en poblaciones como las personas migrantes o el colectivo LGTBQ+. Todo esto sugiere que el proceso de desinstitucionalización no está llegando a ciertas personas.

Al mismo tiempo, el envejecimiento de las personas con discapacidad y con problemas de salud mental plantea un reto adicional para las viviendas con apoyos. En esta etapa, emergen nuevas necesidades asistenciales que podrían no estar cubiertas por los modelos actuales. Además, la promoción de la vida independiente que estas viviendas fomentan puede no estar alineada con las necesidades que emergen en la vejez, por ejemplo, la prevención del aislamiento.

Esto nos obliga a reflexionar sobre dos puntos cruciales:

- ¿La promoción de las viviendas con apoyos y cuidados para personas mayores y con demencia está teniendo en cuenta los cambios demográficos? En particular, la creciente diversidad (resultado de la migración y nuevos estilos de vida) y el aumento de las desigualdades sociales en las futuras generaciones de personas mayores.
- ¿Las viviendas con apoyos para personas con discapacidad y problemas de salud mental están realmente preparadas para afrontar los retos del envejecimiento de esta población y las necesidades de cuidados de larga duración que esto implica?

8. Bibliografía y publicaciones revisadas

8.1. Bibliografía.

Brouwers, Marta; Broekharst, Damien. S. E.; de Boer, Bram; Groen, Win. G. y Verbeek, Hilde (2023). An overview of innovative living arrangements within long-term care and their characteristics: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 23(1), 442. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04158-9>

Comas D'Argemir, Dolors (2015). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404.
https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2015.v24.50663

Comas d'Argemir, Dolors (2024). Envejecer en el hogar: Ecosistemas de cuidado de orientación local y comunitaria. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzu tarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, 83, 5-18.

Darton, Robin A. (2022). Extra Care Housing: The Current State of Research and Prospects for the Future. *Social Policy and Society*, 21(2), 292-303.
<https://doi.org/10.1017/S1474746421000683>

de Asís, Rafael (2023). *Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios*. Universidad Carlos III de Madrid.

Díaz-Veiga, Pura y Sancho, Mayte (2022). La reformulación de los cuidados de larga duración en España. Un cambio inaplazable. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 57(5), 247-249.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.09.002>

Echevarría, Irene Vicente (2024). *Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios: Personas Mayores*. Universidad Carlos III de Madrid. <https://estudiodesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2024/01/2.-Resumen-Mayores.-Estudio-EDI.pdf>

Howe, Anna. L.; Jones, Andrew. E. y Tilse, Cheryl (2013). What's in a name? Similarities and differences in international terms and meanings for older peoples' housing with services. *Ageing and Society*, 33(4), 547-578. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000086>

Lebrusan, Irene (2017). La vivienda en la vejez: Problemas y estrategias para envejecer en sociedad [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad Complutense de Madrid]. A *La vivienda en la vejez: Problemas y estrategias para envejecer en sociedad* (pp. 1-502).
<https://portalcientifico.uned.es/documentos/5d1df62d29995204f7663994?lang=ca>

Mahmood, Atiya; Seetharaman, Kishore; Jenkins, Hailey-Thomas y Chaudhury, Habib (2022). Contextualizing Innovative Housing Models and Services Within the Age-Friendly Communities Framework. *The Gerontologist*, 62(1), 66-74. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab115>

Rodríguez, Pilar (Ed.) (2020). *Viviendas Para Personas Mayores En Europa. Nuevas Tendencias Para El Siglo Xxi*. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Sancho Castielo, Mayte (2020). Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional. *Revista internacional de los estudios vascos = Eusko ikaskuntzen nazioarteko aldizkaria = Revue internationale des études basques = International journal on Basque studies, RIEV*, 65(1-2), 180-225.

Wright, Fay; Tinker, Anthea; Mayagoitia, Ruth; Hanson, Julianne; Wojgani, Hedieh y Holmans, Alan (2010). What Is the 'Extra' in Extra Care Housing? *The British Journal of Social Work*, 40(7), 2239-2254. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq040>

8.2. Publicaciones revisadas

8.2.1. Viviendas con apoyos y cuidados para personas mayores

8.2.1.1. Revisiones

Atkinson, Teresa June; Evans, Simon; Darton, Robin; Cameron, Ailsa; Porteus, Jeremy y Smith, Randall (2014). Creating the asset base – a review of literature and policy on housing with care. *Housing, Care and Support*, 17(1), 16–25. <https://doi.org/10.1108/HCS-09-2013-0017>

Chum, Karen; Fitzhenry, Griffin; Robinson, Kali; Murphy, Michelle; Phan, Delyth; Alvarez, Jacob; Hand, Carri; Laliberte Rudman, Debbie y McGrath, Colleen (2022). Examining Community-Based Housing Models to Support Aging in Place: A Scoping Review. *Gerontologist*, 62(3), E178–E192. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa142>

Coyle, Camille; Buggy, Sarah; Cagney, Olivia; Farragher, Louise; Lee, Caitriona; Patje, Darren y Long, Jean (2020). *Housing with support for older people*. Health Research Board.

Cutler, Lois J. (2007). Physical environments of assisted living: Research needs and challenges. *The Gerontologist*, 47 Spec No 3, 68-82. Scopus.
https://doi.org/10.1093/geront/47.supplement_1.68

Croucher, Karen; Hicks, Leslie y Jackson, Karen (2006). *Housing with Care for Later Life: A literature review*. Joseph Rowntree Foundation.

Darton, Robin y Muncer, Ann-Marie (2005). Alternative Housing and Care Arrangements: The Evidence. In *Intermediate and Continuing Care: Policy and Practice* (pp. 183–203). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470774960.ch12>

Hou, Su-l. y Cao, Xian (2021). Promising Aging in Community Models in the U.S.: Village, Naturally Occurring Retirement Community (NORC), Cohousing, and University-Based Retirement Community (UBRC). *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7. <https://doi.org/10.1177/23337214211015451>

Mpofu, Elias; Prybutok, Gayle; Meier, Naomi y Ingman, Stan (2023). Social Connectedness Resource Preferences of Older Adults in Assisted Living: A Scoping Review Based on the WHO-ICF Framework. *Journal of Gerontological Nursing*, 49(9), 35-42. ProQuest Central. <https://doi.org/10.3928/00989134-20230816-03>

Nguyen, T. H. Trang y Levasseur, Mélanie (2023). How Does Community-Based Housing Foster Social Participation in Older Adults: Importance of Well-Designed Common Space, Proximity to Resources, Flexible Rules and Policies, and Benevolent Communities. *Journal of Gerontological Social Work*, 66(1), 103-133. Scopus. <https://doi.org/10.1080/01634372.2022.2133199>

Nies, Mary A. y Shirley, Alyssa Mae (2022). Social Networks in Retirement and Assisted Living Communities: A Literature Review. *Journal of Gerontological Nursing*, 48(1), 42-46. ProQuest Central. <https://doi.org/10.3928/00989134-20211207-01>

Park, Sojung; Park, Soobin; Ryu, Byeongju; Baek, Jihye; Amano, Takashi y Kim, Borin (2024). Subsidized Senior Housing in the US: A Scoping Review. *Journal of Applied Gerontology*, 43(7), 814-828. Scopus. <https://doi.org/10.1177/07334648231223028>

Parniak, Simone; DePaul, Vincent G.; Frymire, Clare; DePaul, Samuel y Donnelly, Catherine (2022). Naturally Occurring Retirement Communities: Scoping Review. *JMIR Aging*, 5(2). <https://doi.org/10.2196/34577>

Perone, Angela. K. ; Zhou, Leyi; Reed, Brevin; Singh, Navya; Kopp-Richardson, Sydney; Dubensky, Josh; Godwin, Thomas; Shin, Jiwon; Lee, Megan y Glusker, Ann (2025). A Community-Engaged Scoping Review of Affordable Housing Models for LGBTQ+ Older Adults. *Gerontologist*, 65(6). Scopus. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaf103>

Puplampu, V.; Matthews, E.; Puplampu, G. ; Gross, M. ; Pathak, S. y Peters, S. (2020). The Impact of Cohousing on Older Adults' Quality of Life. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 39(3), 406–420. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000448>

Smith, Randall (2015). Longitudinal studies and housing with care in England: A review. *Housing, Care and Support*, 18(1), 1-11. Scopus. <https://doi.org/10.1108/HCS-08-2014-0020>

Tinelli, Michela; Knapp, Martin y Guy, Danielle (2019). *Integrated housing with care and support for older people: Economic evidence*. National Institute for Health Research.

Valley, Sarah (2002). Extra care housing: A review of the effectiveness of extra care housing for older people. *Housing, Care and Support*, 5(1), 7-11. Scopus. <https://doi.org/10.1108/14608790200200003>

Westwood, Sue y Daly, Mary (s. f.). *Social Care and Older People in Home and Community Contexts: A Review of Existing Research and Evidence*. 68.

8.2.1.2. Evaluaciones

Bäumker, Theresia; Netten, Ann; y Darton, Robin (2010). Costs and Outcomes of an Extra Care Housing Scheme in England. *Journal of Housing For the Elderly*, 24(2), 151–170. <https://doi.org/10.1080/02763891003757098>

Bäumker, Theresia; Netten, Ann; Darton, Robin y Callaghan, Lisa (2011). Evaluating Extra Care Housing for Older People in England: A Comparative Cost and Outcome Analysis with

Residential Care. *Journal of Service Science and Management*, 4(4), 523–539.
<https://doi.org/10.4236/jssm.2011.44060>

Beach, Brian; Willis, Paul; Powell, Jillina; Vickery, Alex; Smith, Randall y Cameron, Ailsa (2022). The Impact of Living in Housing With Care and Support on Loneliness and Social Isolation: Findings From a Resident-Based Survey. *Innovation in Aging*, 6(7), igac061.
<https://doi.org/10.1093/geroni/igac061>

Bernard, Miriam; Bartlam, Bernadette; Biggs, Simon y Sim, Julius (2004). *New lifestyles in old age: Health, identity and well-being in Berryhill Retirement Village* (1st ed.). Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t892nh>

Callaghan, Lisa; Netten, Ann; Darton, Robin; Bäumker, T.; y Holder, J. (2008). *Social Well-Being in Extra Care Housing: Emerging Theme* [Interim Report]. Joseph Rowntree Foundation.

Callaghan, Lisa y Towers, Ann-Marie (2014). Feeling in control: Comparing older people's experiences in different care settings. *Ageing & Society*, 34(8), 1427–1451.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X13000184>

Cummings, Sherry M. (2002). Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health & Social Work*, 27(4), 293–302. <https://doi.org/10.1093/hsw/27.4.293>

Elbert, Karen Berry y Neufeld, Peggy Strecker (2010). Indicators of a Successful Naturally Occurring Retirement Community: A Case Study. *Journal of Housing For the Elderly*, 24(3-4), 322–334. <https://doi.org/10.1080/02763893.2010.522440>

Erickson, Mary Ann; Dempster-McClain, Donna; Whitlow, Carol y Moen, Phyllis (2000). Social Integration and the Move to a Continuing Care Retirement Community. In *Social Integration in the Second Half of Life* (p. 211–227). JHU Press.

Evans, Simon (2009). "That lot up there and us down here": Social interaction and a sense of community in a mixed tenure UK retirement village. *Ageing and Society*, 29(2), 199–216.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X08007678>

Evans, Simon y Vallely, Sarah (2007). Never a dull moment? Promoting social well-being in extra care housing. *Housing, Care and Support*, 10(4), 14–19.
<https://doi.org/10.1108/14608790200700024>

Gaines, Jean M.; Poey, Judith L.; Marx, Katherine A.; Parrish, John M. y Resnick, Barbara (2011). Health and Medical Services Use: A Matched Case Comparison Between CCRC Residents and National Health and Retirement Study Samples. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(8), 788–802. <https://doi.org/10.1080/01634372.2011.595476>

Holland, Carol; Boukouvalas, Alexis; Wallis, Stuart; Clarkesmith, Danielle; Cooke, Richard; Liddell, Leanne y Kay, Amanda (2017). Transition from community dwelling to retirement village in older adults: Cognitive functioning and psychological health outcomes. *Ageing & Society*, 37(7), 1499–1526. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000477>

Holland, Carol; Carter, Mathew; Cooke, Richard; Graham, Leask; Shaw, Rachel y West, Karen (2015). *Collaborative Research between Aston Research Centre for Healthy Ageing (ARCHA) and the ExtraCare Charitable Trust*. Aston University.

Holland, Carol; Garner, I.; O'Donnell, J. y Gwyther, H. (2019). *Integrated homes, care and support - Measurable outcomes for healthy ageing*. ExtraCare Charitable Trust.

King, Nigel (2003). Continuing care retirement communities: Description and an evaluation. *Housing, Care and Support*, 6(4), 29–33. <https://doi.org/10.1108/14608790200300027>

Kneale, Dylan (2011). *Establishing the extra in Extra Care - Perspectives from three Extra Care Housing Providers*. ILC-UK.

Kneale, Dylan (2013). *What role for extra care housing in a socially isolated landscape?* Housing LIN.

Markle, Elisabeth A.; Rodgers, Rachel; Sanchez, William y Ballou, Mary (2015). Social support in the cohousing model of community: A mixed-methods analysis. *Community Development*, 46(5), 616–631. <https://doi.org/10.1080/15575330.2015.1086400>

Mayhew, Less; Rickayzen, Ben y Smith, David (2017). *Does living in a retirement village extend life expectancy? The case of Whiteley Village*. The International Longevity Centre.

Mitchell, Joshua M. y Kemp, Bryan J. (2000). Quality of life in assisted living homes: A multidimensional analysis. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(2), P117–127. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.2.p117>

O'malley, Mary; Innes, Anthea; Muir, Sarah y Wiener, Jan. M. (2018). "All the corridors are the same": A qualitative study of the orientation experiences and design preferences of UK older adults living in a communal retirement development. *Ageing & Society*, 38(9), 1791–1816. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000277>

Pruchno, Rachel A. y Rose, Miriam S. (2000). The Effect of Long-Term Care Environments on Health Outcomes. *The Gerontologist*, 40(4), 422–428. <https://doi.org/10.1093/geront/40.4.422>

Rantz, Marilyn J.; Phillips, Lorraine; Aud, Myra; Popejoy, L.; Marek, Karen Dorman; Hicks, Lanis L.; Zaniletti, Isabella y Miller, Steven J. (2011). Evaluation of aging in place model with home care services and registered nurse care coordination in senior housing. *Nursing Outlook*, 59(1), 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.08.004>

Rantz, Marilyn; Popejoy, Lori L.; Galambos, Colleen; Phillips, Lorraine. J.; Lane, Kari. R.; Marek, Karen Dorman; Hicks, Lanis; Musterman, Katy; Back, Jessica; Miller, Steven J. y Ge, Bin (2014). The continued success of registered nurse care coordination in a state evaluation of aging in place in senior housing. *Nursing Outlook*, 62(4), 237–246. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.02.005>

Roberts, Amy R. y Adams, Kathryn B. (2018). Quality of Life Trajectories of Older Adults Living in Senior Housing. *Research on Aging*, 40(6), 511–534. <https://doi.org/10.1177/0164027517713313>

Rossen, Eileen K. y Knafl, Kathleen A. (2007). Women's Well-Being After Relocation to Independent Living Communities. *Western Journal of Nursing Research*, 29(2), 183–199. <https://doi.org/10.1177/0193945906292539>

Sherwood, Sylvia C.; Ruchlin, Hirsch. S.; Sherwood, Clarence C. y Morris, Shirley A. (1997). *Continuing Care Retirement Communities*. The Johns Hopkins University Press.

Stacey-Konnert, Candace y Pynoos, Jon (1992). Friendship and Social Networks in a Continuing Care Retirement Community. *Journal of Applied Gerontology*, 11(3), 298–313. <https://doi.org/10.1177/073346489201100304>

Streib, Gordon F. y Metsch, Lisa R. (2002). Conflict in Retirement Communities: Applying an Analytical Framework. *Research on Aging*, 24(1), 67–86. <https://doi.org/10.1177/0164027503024001005>

Twyford, Katey (2016). *Individuals with dementia living in extra care housing: An initial exploration of the practicalities and possibilities*. Housing LIN.

Van Den Hoonaard; Deborah Kestin (1994). Paradise lost: Widowhood in a Florida retirement community. *Journal of Aging Studies*, 8(2), 121–132. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(05\)80001-5](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(05)80001-5)

Waldron, Vincent R.; Gitelson, Richard; Kelley, Douglas y Regalado, Jennifer (2005). Losing and Building Supportive Relationships in Later Life: A Four-Year Study of Migrants to a Planned Retirement Community. *Journal of Housing For the Elderly*, 19(2), 5–25. https://doi.org/10.1300/J081v19n02_02

Yates, Kim (2016). *A fresh outlook on wellbeing: Delivering person-centred care across the West Midlands*. Housing Learning and Improvement Network and Nehemiah Housing Association.

8.2.2. Viviendas con cuidados para personas con demencia

8.2.2.1. Revisiones

Atkinson, Teresa June; Oatley, Rebecca y Evans, Simon (2023). Advantages and challenges of extra care housing in the UK for people living with dementia: A scoping review. *Housing, Care and Support*, 26(3-4), 84–102. <https://doi.org/10.1108/HCS-09-2022-0023>

Krier, Damien; de Boer, Bram, Hiligsmann, Mickaël; Wittwer, Jérôme y Amieva, Hélène (2023). Evaluation of Dementia-Friendly Initiatives, Small-Scale Homelike Residential Care, and Dementia Village Models: A Scoping Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24(7), 1020–1027.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.03.024>

Smith, Michael; Brown, Margaret; Ritchie, Louise; Papadopoulou, Constantina y Tolson, Debbie (2022). Living with dementia in supported housing: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *Health and Social Care in the Community*, 30(3), e589–e604. <https://doi.org/10.1111/hsc.13618>

Smith, Randall (2015). Longitudinal studies and housing with care in England: A review. *Housing, Care and Support*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1108/HCS-08-2014-0020>

8.2.2.2. Evaluaciones

Annerstedt, Lena (1994). An attempt to determine the impact of group living care in comparison to traditional long-term care on demented elderly patients. *Aging Clinical and Experimental Research*, 6(5), 372–380. <https://doi.org/10.1007/BF03324268>

Barrett, Julia; Evans, Simon y Pritchard-Wilkes, Vanessa (2020). Understanding and supporting safe walking with purpose among people living with dementia in extra care, retirement and domestic housing. *Housing, Care and Support*, 23(2), 37–48. <https://doi.org/10.1108/HCS-03-2020-0004>

Brooker, Dawn J.; Argyle, Elaine; Scally, Andrew J. y Clancy, David (2011). The Enriched Opportunities Programme for people with dementia: A cluster-randomised controlled trial in 10 extra care housing schemes. *Aging & Mental Health*, 15(8), 1008–1017.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2011.583628>

Darton, Robin y Callaghan, Lisa (2009). The role of extra care housing in supporting people with dementia: Early findings from the PSSRU evaluation of extra care housing. *Journal of Care Services Management*, 3(3), 284–294. <https://doi.org/10.1179/csm.2009.3.3.284>

Evans, Simon C.; Atkinson, Teresa; Cameron, Ailsa; Johnson, Eleanor K.; Smith, Randall; Darton, Robin; Porteus, Jeremy y Lloyd, Liz (2020). Can extra care housing support the changing needs of older people living with dementia? *Dementia*, 19(5), 1492–1508.
<https://doi.org/10.1177/1471301218801743>

Garwood, Sue (2008a). *Duddon Mews Extra Care Scheme for People with Mental Health Problems and Physical Frailty in Cumbria*. Housing LIN.

Garwood, Sue (2008b). *Reeve Court Retirement Village St Helen's - an Evaluation*.

Means, Robin; Evans, Simon; Fear, Tina y Vallely, Sarah (2006). A home for life? Extra care sheltered housing and people with dementia. *Journal of Dementia Care*, 14(4).

Reimer, Marlene A.; Slaughter, Sussan; Donaldson, Cam; Currie, Gillian y Eliasziw, Michael (2004). Special care facility compared with traditional environments for dementia care: A longitudinal study of quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(7), 1085–1092.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52304.x>

te Boekhorst, Selma; Depla, Marja F. I. A.; de Lange, Jacomine; Pot, Anne Margriet y Eefsting, Jan A. (2009). The effects of group living homes on older people with dementia: A comparison with traditional nursing home care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 970–978.
<https://doi.org/10.1002/gps.2205>

Vallely, Sarah; Evans, Simon; Fear, T. y Means, Robin (2006). *Opening doors to independence – summary*. Housing21.

8.2.3. Viviendas con apoyos para personas con discapacidad

8.2.3.1. Revisiones

Kozma, Agnes; Mansell, Jim y Beadle-Brown, Julie (2009). Outcomes in Different Residential Settings for People With Intellectual Disability: A Systematic Review. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(3), 193–222. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-114.3.193>

Oliver, Stacey; Gosden-Kaye, Emily Z.; Winkler, Dianne y Douglas, Jacinta M. (2020). The outcomes of individualized housing for people with disability and complex needs: A scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1785023>

Roebuck, Maryam (2021). Housing for People with Intellectual Disabilities: A Scoping Review. *Journal on Developmental Disabilities*, 26(2), On-line first.

8.2.3.2. Evaluaciones

Baker, Peter. A. (2007). Individual and Service Factors Affecting Deinstitutionalization and Community Use of People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 105–109. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00313.x>

Bigby, Christine; Bould, Emma y Beadle-Brown, Julie (2017). Conundrums of supported living: The experiences of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 42(4), 309–319. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1253051>

Bryan, F.; Allan, T. y Russell, L. (2000). The move from a long-stay learning disabilities hospital to community homes: A comparison of clients' nutritional status. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 13(4), 265–270. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277x.2000.00239.x>

Chou, Yueh-Ching; Lin, Li-Chuan; Pu, Ceng-Yun; Lee, Wang-Ping y Chang, Shu-Chuan (2008). Outcomes and Costs of Residential Services for Adults with Intellectual Disabilities in Taiwan: A Comparative Evaluation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(2), 114–125. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2007.00373.x>

Emerson, E. y McVilly, K. (2004). Friendship Activities of Adults with Intellectual Disabilities in Supported Accommodation in Northern England. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(3), 191–197. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2004.00198.x>

Emerson, E.; Robertson, J.; Gregory, N.; Hatton, C.; Kessissoglou, S.; Hallam, A.; Järbrink, K.; Knapp, M.; Netten, Ann y Walsh, P. N. (2001). Quality and costs of supported living residences and group homes in the United Kingdom. *American Journal of Mental Retardation: AJMR*, 106(5), 401–415. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2001\)106<0401:QACOSL>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2001)106<0401:QACOSL>2.0.CO;2)

Felce, David; Perry, Jonathan y Kerr, Michael (2011). A Comparison of Activity Levels Among Adults with Intellectual Disabilities Living in Family Homes and Out-of-Family Placements.

Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 24(5), 421–426.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2010.00620.x>

Forrester-Jones, Rachel; Carpenter, John; Coolen-Schrijner, Pauline; Cambridge, Paul; Tate, Alison; Beecham, Jennifer; Hallam, Angela; Knapp, Martin y Wooff, David (2006). The Social Networks of People with Intellectual Disability Living in the Community 12 Years after Resettlement from Long-Stay Hospitals. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(4), 285–295. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00263.x>

Grove, Lexie R.; Berkowitz, Seth A.; Cuddeback, Gary; Pink, George H.; Stearns, Sally Clarck; Stürmer, Til y Domino, Marisa Elena (2023). Permanent Supportive Housing Receipt and Health Care Use Among Adults With Disabilities. *Medical Care Research and Review*, 80(6), 596–607. <https://doi.org/10.1177/10775587231183192>

Lamontagne, Marie-Eve; Poncet, Frederique; Careau, Emmanuelle; Sirois, Marie-Josée y Boucher, Normand (2013). Life habits performance of individuals with brain injury in different living environments. *Brain Injury*, 27(2), 135–144.
<https://doi.org/10.3109/02699052.2012.722253>

Martínez-Leal, R.; Salvador-Carulla, L.; Linehan, C.; Walsh, P.; Weber, G.; Van Hove, G.; Määttä, T.; Azema, B.; Haveman, M.; Buono, S.; Germanavicius, A.; van Schrojenstein Lantman-de Valk, H.; Tossebro, J.; Carmen-Câra, A.; Moravec Berger, D.; Perry, J. y Kerr, M. (2011). The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(9), 858–872.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01439.x>

McConkey, Roy; Abbott, Suzanne; Walsh, Patricia N.; Linehan, Christine y Emerson, Eric (2007). Variations in the social inclusion of people with intellectual disabilities in supported living schemes and residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 51(Pt 3), 207–217. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00858.x>

McConkey, R.; Bunting, B.; Ferry, F.; Garcia-Iriarte, E. y Stevens, R. (2013). *An Evaluation of Personalised Supports to Individuals with Disabilities and Mental Health Difficulties*. Genio.

McConkey, R; Keogh, F.; Bunting, B.; Garcia Iriarte, E. y Watson, S. F. (2016). Relocating people with intellectual disability to new accommodation and support settings: Contrasts between personalized arrangements and group home placements. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(2), 109–120. <https://doi.org/10.1177/1744629515624639>

McConkey, Roy; Keogh, F.; Bunting, B. y Iriarte, E. G. (2018). Changes in the self-rated well-being of people who move from congregated settings to personalized arrangements and group home placements. *Journal of Intellectual Disabilities: JOID*, 22(1), 49–60.
<https://doi.org/10.1177/1744629516674086>

Navas, Patricia; Arias, Víctor B.; Vicente, Eva; Esteban, Laura; Guillén, Verónica M.; Alvarado, Natalia; Heras, Inés; Rumoroso, Paula; García-Domínguez, Laura y Verdugo, Miguel Ángel (2025). Empowering lives: How deinstitutionalization and community living improve the quality of life of individuals with intellectual and developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 157, 104909. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2024.104909>

Sines, David; Hogard, Elaine y Ellis, Roger (2012). Evaluating quality of life in adults with profound learning difficulties resettled from hospital to supported living in the community. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16(4), 247–263. <https://doi.org/10.1177/1744629512463840>

Sloan, Sue; Callaway, Libby; Winkler, Dianne; McKinley, Kirsten y Ziino, Carlo (2012). Accommodation Outcomes and Transitions Following Community-Based Intervention for Individuals with Acquired Brain Injury. *Brain Impairment*, 13(1), 24–43. <https://doi.org/10.1017/BrlImp.2012.5>

Stancliffe, Roger J.; Lakin, K. Charlie; Doljanac, Robert; Byun, Soo-Yong; Taub, Sarah y Chiri, Giuseppina (2007). Loneliness and Living Arrangements. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(6), 380–390. [https://doi.org/10.1352/1934-9556\(2007\)45\[380:LALA\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/1934-9556(2007)45[380:LALA]2.0.CO;2)

Stancliffe, Roger J. y Keane, Sian (2000). Outcomes and costs of community living: A matched comparison of group homes and semi-independent living. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 25(4), 281–305. <https://doi.org/10.1080/13668250020019584>

Stancliffe, R. J.; Lakin, K. C.; Larson, S.; Engler, J.; Taub, S. y Fortune, J. (2011). Choice of living arrangements. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(8), 746–762. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01336.x>

Wiesel, Ilan (2015). Housing for People with Intellectual Disabilities and the National Disability Insurance Scheme Reforms. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 2(1), 45–55. <https://doi.org/10.1080/23297018.2014.992037>

Winkler, Dianne; Callaway, Libby; Sloan, Sue y Holgate, Nadine (2015). Everyday Choice Making: Outcomes of Young People with Acquired Brain Injury After Moving from Residential Aged Care to Community-Based Supported Accommodation. *Brain Impairment*, 16(3), 221–235. <https://doi.org/10.1017/BrlImp.2015.32>

Winkler, Dianne; Sloan, Sue y Callaway, Libby (2007). *Younger People in Residential Aged Care*: Summer Foundation Ltd.

Wright, Courtney J.; Colley, Jacinta y Kendall, Elisabeth (2020). Exploring the efficacy of housing alternatives for adults with an acquired brain or spinal injury: A systematic review. *Brain Impairment*, 21(2), 125–153. <https://doi.org/10.1017/BrlImp.2019.33>

8.2.4. Viviendas con apoyos para personas con problemas de salud mental

8.2.4.1. Revisiones

Chilvers, R.; Macdonald, G. M. y Hayes, A. A. (2006). Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 4, CD000453.

Harrison, Michele; Singh Roy, Anusua; Hultqvist, Jenny; Pan, Ay.-Woam; McCartney, Deborah; McGuire, Nicola; Irvine Fitzpatrick, Linda y Forsyth, Kirsty (2020). Quality of life outcomes for people with serious mental illness living in supported accommodation: Systematic review and

meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(8), 977–988.
<https://doi.org/10.1007/s00127-020-01885-x>

Ketola, Joel; Jahangiri, Erfan; Hakko, Heliä; Riipinen, Pirkko y Räsänen, Sami (2022). Assisted living for mentally ill—a systematic literature review and its recommendations. *Nordic Journal of Psychiatry*, 76(6), 403–422. <https://doi.org/10.1080/08039488.2021.2001568>

McPherson, Peter; Krotofil, Joanna y Killaspy, Helen (2018a). Mental health supported accommodation services: A systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1725-8>

McPherson, Peter; Lloyd-Evans, Brynmor; Dalton-Locke, Christian y Killaspy, Helen. (2021). A Systematic Review of the Characteristics and Efficacy of Recovery Training for Mental Health Staff: Implications for Supported Accommodation Services. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.624081>

o'Malley, Lisa y Croucher, Karen (2005). Supported Housing Services for People with Mental Health Problems: A Scoping Study. *Housing Studies*, 20(5), 831–845.
<https://doi.org/10.1080/02673030500214126>

Richter, Dirk y Hoffmann, Holger (2017a). Independent housing and support for people with severe mental illness: Systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 269–279. <https://doi.org/10.1111/acps.12765>

Richter, Dirk y Hoffmann, Holger (2017b). Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 817–823. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0791-4>

Rog, Debra J.; Marshall, Tina; Dougherty, Richard H; George, Preethy,; Daniels, Allen S.; Ghose, Sushimita Shoma y Delphin-Rittmon, Miriam E. (2014). Permanent Supportive Housing: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(3), 287–294.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300261>

Watson, Jasmin; Fossey, Ellie y Harvey, Carol (2019). A home but how to connect with others? A qualitative meta-synthesis of experiences of people with mental illness living in supported housing. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), 546–564.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12615>

8.2.4.2. Evaluaciones

Adamus, Christine; Zürcher, Simeon Joel y Richter, Dirk (2022). A mirror-image analysis of psychiatric hospitalisations among people with severe mental illness using Independent Supported Housing. *BMC Psychiatry*, 22(1), 492. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04133-5>

Barnes, Steven; Carson, Jerome y Gournay, Kevin (2022). Enhanced supported living for people with severe and persistent mental health problems: A qualitative investigation. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e4293–e4302. <https://doi.org/10.1111/hsc.13822>

- Chan, Hong; Inoue, Shimpei; Shimodera, Shinji; Fujita, Hirokazu; Fukuzawa, Kae; Kii, Masaru; Kamimura, Naoto; Kato, Kunio y Mino, Yoshio (2007). Residential program for long-term hospitalized persons with mental illness in Japan: Randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(5), 515–521. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01701.x>
- Dalton-Locke, Christian; Attard, Rosie; Killaspy, Helen y White, Sarah (2018). Predictors of quality of care in mental health supported accommodation services in England: A multiple regression modelling study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 344. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1912-7>
- Dehn, Lorenz. B.; Beblo, Thomas; Richter, Dirk; Wienberg, Günter; Kremer, Georg; Steinhart, Ingmar y Driessen, Martin (2022). Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: A multicenter, quasi-experimental study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(5), 927–937. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02214-6>
- Dunt, David R.; Benoy, Andrew W.; Phillipou, Andrea; Collister, Laura L.; Crowther, Elizabeth M.; Freidin, Julian y Castle, David J. (2017). Evaluation of an integrated housing and recovery model for people with severe and persistent mental illnesses: The Doorway program. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 41(5), 573–581. <https://doi.org/10.1071/AH16055>
- Gilmer, Todd. P.; Folsom, David P.; Hawthorne, William; Lindamer, Laurie A.; Hough, Richard L.; Garcia, P. y Jeste, Dilip V. (2003). Assisted living and use of health services among medicaid beneficiaries with schizophrenia. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 6(2), 59–65.
- Gilmer, Todd. P.; Stefancic, Ana; Ettner, Susan L.; Manning, Willard G. y Tsemberis, Sam (2010). Effect of Full-Service Partnerships on Homelessness, Use and Costs of Mental Health Services, and Quality of Life Among Adults With Serious Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 67(6), 645–652. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.56>
- Gilmer, Todd P.; Stefancic, Ana; Tsemberis, Sam y Ettner, Susan L. (2014). Full-Service Partnerships Among Adults With Serious Mental Illness in California: Impact on Utilization and Costs. *Psychiatric Services*, 65(9), 1120–1125. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300380>
- Harrison, Michele; Irvine Fitzpatrick; Linda y Maciver, Donald (2024). Predictors of Discharge from Hospital to Supported Accommodation and Support Needs Once in Supported Accommodation for People with Serious Mental Illness in Scotland: A Linked National Dataset Study. *Health & Social Care in the Community*, 2024(1), 3905720. <https://doi.org/10.1155/2024/3905720>
- Hobbs, Coletta; Newton, Lesley; Tenant, Christopher; Rosen, Alan y Tribe, Kate (2002). Deinstitutionalization for long-term mental illness: A 6-year evaluation. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 60–66. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00984.x>
- Kallert, Thomas W.; Leisse, Matthias y Winiecki, Peter (2007). Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *Journal of Public Health*, 15(1), 29–42. <https://doi.org/10.1007/s10389-006-0071-3>

Killaspy, Helen; Priebe, Stefan; Bremner, Stephen; McCrone, Paul; Dowling, Sarah; Harrison, Isobel; Krotofil, Joanna; McPherson, Peter; Sandhu, Sima; Arbuthnott, Maurice; Curtis, Sarah; Leavey, Gerard; Shepherd, Geoff; Eldridge, Sandra y King, Michael (2016). Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: A national survey. *The Lancet Psychiatry*, 3(12), 1129–1137.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30327-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30327-3)

Killaspy, Helen; Priebe, Stefan; McPherson, Peter; Zenasni, Zohra; Greenberg, Laura; McCrone, Paul; Dowling, Sowling; Harrison, Isobel; Krotofil, Joanna; Dalton-Locke, Christian.; McGranahan, Rose; Arbuthnott, Maurice; Curtis, Sarah; Leavey, Gerard; Shepherd, Geoff; Eldridge, Sandra y King, Michael (2020). Predictors of moving on from mental health supported accommodation in England: National cohort study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 216(6), 331–337. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.101>

Killaspy, Helen; Priebe, Stefan; McPherson, Peter; Zenasni, Zohra; McCrone, Paul; Dowling, Sarah; Harrison, Isobel; Krotofil, Joanna; Dalton-Locke, Christian; McGranahan, Rose; Arbuthnott, Maurice; Curtis, Sarah; Leavey, Gerard; MacPherson, Rob; Eldridge, Sandra y King, Michael (2019). Feasibility Randomised Trial Comparing Two Forms of Mental Health Supported Accommodation (Supported Housing and Floating Outreach); a Component of the QuEST (Quality and Effectiveness of Supported Tenancies) Study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 258.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00258>

Lindström, E.; Eberhard, J.; Neovius, M. y Levander, S. (2007). Costs of schizophrenia during 5 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(s435), 33–40. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01086.x>

Lodder, Mandy (2024). *Fostering independence: Transitioning residents with severe mental illness to independent living* [PhD thesis, Utrecht University]. <https://doi.org/10.33540/2332>

Mares, Alvin y McGuire, James (2000). Reducing psychiatric hospitalization among mentally ill veterans living in board-and-care homes. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 51(7), 914–921. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.7.914>

McDermott, Shannon; Bruce, Jasmine; Muir, Kristy; Ramia, Ioana; Fisher, Karen R. y Bullen, Jane (2015). Reducing hospitalisation among people living with severe mental illness. *Australian Health Review*, 40(2), 124–128. <https://doi.org/10.1071/AH15073>

Meehan, Tom; Stedman, Terry; Robertson, Samantha; Drake, Suzann y King, Robert (2011). Does supported accommodation improve the clinical and social outcomes for people with severe psychiatric disability? The Project 300 experience. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(7), 586–592. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.559634>

Nelson, Geoggrey.; Sylvestre, John; Aubry, Tim; George, Lindsey y Trainor, John (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 34(2), 89–100. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0083-x>

Piat, Myra; Seida, Kimberly y Padgett, Deborah (2020). Choice and personal recovery for people with serious mental illness living in supported housing. *Journal of Mental Health*, 29(3), 306–313. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581338>

Stergiopoulos, Vicky; Gozdzik, Agnes; O'Campo, Patricia; Holtby, Alixandra R.; Jeyaratnam, Jeyagobi y Tsemberis, Sam (2014). Housing First: Exploring participants' early support needs. *BMC Health Services Research*, 14, 167. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-167>

Tsai, Jack; Lapidos, Adrienne; Rosenheck, Robert A. y Harpaz-Rotem, Ilan (2013). Longitudinal association of therapeutic alliance and clinical outcomes in supported housing for chronically homeless adults. *Community Mental Health Journal*, 49(4), 438–443.
<https://doi.org/10.1007/s10597-012-9518-x>

Anexo: Limitaciones del estudio

La evidencia científica sobre la eficacia de las viviendas con apoyos presenta importantes limitaciones, un hecho que la mayoría de las revisiones consultadas han corroborado. Los **ensayos controlados aleatorizados (RTC)** son escasos y predominan los estudios **cualitativos o mixtos con diseño longitudinal**. Esto ha hecho muy difícil establecer conclusiones claras respecto a qué tipología de vivienda funciona para cada ámbito de intervención y colectivo.

Las revisiones de la literatura consultada señalan de manera recurrente la falta de evaluaciones que permitan determinar de manera clara la efectividad de las viviendas con apoyos y cuidados. Croucher et al. (2006), por ejemplo, tuvieron dificultades para identificar evaluaciones de impacto, a pesar de que estos modelos se han implementado ampliamente en Europa como parte de las políticas de desinstitucionalización. En países como EE. UU., donde modelos como las Comunidades de Retiro de Cuidados Continuos (CCRC) existen desde hace tiempo, tampoco se han realizado suficientes evaluaciones de impacto.

La escasez de estudios sobre los diferentes modelos de viviendas con apoyos y cuidados es notable (Atkinson et al., 2023). La mayoría se han centrado en la comparación con los entornos institucionalizados o el domicilio particular, pero se sabe poco sobre las ventajas e inconvenientes de los distintos modelos entre sí. Incluso en el ámbito de la salud mental, donde hay más evaluaciones con diseños quasi-experimentales, la revisión Cochrane sobre viviendas con apoyos para personas con problemas de salud mental no identificó ningún estudio que cumpliera con sus criterios metodológicos (Chilvers et al., 2006).

Cabe decir también que los estudios reflejan diferentes “culturas epistémicas” que es necesario tener en cuenta. Los estudios sobre viviendas para personas con problemas de salud mental suelen ser cuantitativos y se ajustan a los estándares de las ciencias de la salud, mientras que los estudios sobre personas mayores provienen más de las ciencias sociales y no siempre cumplen con estos mismos estándares. Los primeros se enfocan en la eficacia, mientras que los segundos se centran en el funcionamiento de las viviendas y la perspectiva de los actores. Además, los diseños aleatorizados controlados son difíciles de implementar en esta área, ya que los participantes a menudo rechazan participar en los grupos control y los profesionales consideran que compromete su ética (Killaspy et al., 2019).

A esto se suma un problema terminológico. La noción de “vivienda con apoyos y cuidados” engloba una gran variedad de modelos cuyas características no están bien definidas (Howe et al., 2013). Aunque se han propuesto taxonomías estandarizadas (McPherson et al., 2021), no siempre son aplicables, ya que los estudios no siempre proporcionan la información necesaria. La terminología también cambia según el colectivo: se habla de housing with care para personas mayores y de supported housing para personas con discapacidad o problemas de salud mental, lo que refleja un enfoque diferente en cada caso.

Una limitación recurrente es que muchos de los estudios en personas mayores se han realizado en EE. UU., donde los residentes suelen pertenecer a estratos sociales favorecidos (personas

blancas, con estudios superiores y recursos económicos). Se sabe muy poco sobre la experiencia y el impacto que tienen estas viviendas en personas desfavorecidas o que pertenecen a colectivos minorizados (Croucher et al., 2006). Darton y Callaghan (2009) explican que la falta de estudios refleja la escasa oferta de estos modelos para dichos colectivos, a diferencia de las residencias o centros de día. Además, las preferencias culturales juegan un papel importante. Las minorías en EE. UU. (afroamericanos, latinos, asiáticos) a menudo prefieren viviendas multi-generacionales o el cuidado familiar. Por ejemplo, las personas mayores afroamericanas suelen preferir vivir solas, ya que cuentan con una amplia red de familiares y amigos que les brindan apoyo (Hou y Cao, 2021a). Los únicos aspectos que se han estudiado más en detalle son el género, la edad y el estado funcional. Así pues, sería necesario evaluar las viviendas con apoyos a la luz de los cambios demográficos y preguntarnos si son efectivas y están adaptadas para una población cada vez más diversa y con condiciones socio-económicas más desiguales.



Projecte de recopilació, anàlisi i transferència d'evidència per a millorar les polítiques públiques de cures de llarga durada.

Un projecte de:

