

Asignación de servicios sociales a personas mayores: revisión y modelo de toma de decisiones

Patricia María Iglesias Souto¹; José Eulogio Real Deus²; Agustín Dosil Maceira³; María Emma Mayo Pais⁴; Eva María Taboada Ares⁵

Recibido: 10/03/2017 / Revisado: 24/04/2017 / Aceptado: 09/01/2018

Resumen. Como consecuencia del envejecimiento de la población y la disminución del cuidado informal, las instituciones públicas deben asumir una mayor responsabilidad en la atención a las personas mayores, proporcionando servicios que respondan objetivamente a sus necesidades. El objetivo de este trabajo es: por una parte, analizar el perfil de las personas mayores usuarias de servicios sociales; y, por la otra, comprobar si existen clasificaciones, sistemas o instrumentos que guíen a los y las profesionales en el proceso de asignación. Se realizó una revisión sistemática en *PsicINFO*, *Web of Science*, *Dialnet*, *CSIC* y *Teseo*. Se seleccionaron 44 artículos. Se identificaron como variables predictoras del uso de servicios: la dependencia funcional, el deterioro cognitivo, la ausencia o escasez de apoyo social y la precariedad de la vivienda. No se hallaron sistemas que faciliten la asignación de servicios en función de perfiles específicos. A partir de las variables obtenidas, se propone un modelo de toma de decisiones que facilita el ajuste entre las necesidades de las personas mayores y las prestaciones de los servicios.

Palabras clave: Personas mayores; Servicios sociales; Bienestar social; Calidad de vida; Toma de decisiones.

Sumario: Introducción. 1. Material y métodos. 2. Resultados. 2.1 Variables asociadas al uso de servicios sociales. 2.2. Modelos y sistemas de asignación de personas mayores a Servicios Sociales. 3. Discusión. 4. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Iglesias, P. M.; Real, J. E.; Dosil, A.; Mayo, M. E.; Taboada, E. M. (2018) Asignación de servicios sociales a personas mayores: revisión y modelo de toma de decisiones, en *Cuad. trab. soc.* 31(2), 417-430.

Introducción

El envejecimiento de la población –y las transformaciones en las estructuras familiares que conllevan una menor disponibilidad para proporcionar apoyo informal– genera la necesidad de que las instituciones públicas asuman una mayor responsabilidad en el cuidado de las personas mayores.

En España, en los últimos años, se ha producido un aumento significativo del número de plazas de servicios sociales (IMSERSO, 2017). El servicio con un mayor índice de cobertura es la teleasistencia (el 8,89 por ciento), seguido de la atención residencial (el 4,4 por ciento), el servicio de ayuda a domicilio (el 3,77 por ciento) y los Centros de Día (el 1,05 por ciento). No obstante, el crecimiento no se

¹ Universidade de Santiago de Compostela, España
patriciamaria.iglesias@usc.es

² Universidade de Santiago de Compostela, España
joseeulogio.real@usc.es

³ Universidade de Santiago de Compostela, España
agustin.dosil@usc.es

⁴ Universidade de Santiago de Compostela, España
emma.mayo@usc.es

⁵ Universidade de Santiago de Compostela, España
evamaria.taboada@usc.es

ha producido al mismo ritmo que la demanda, y la oferta sigue sin satisfacer las necesidades actuales. Unido a lo anterior, la descentralización en materia de Asistencia Social, ha dado lugar a una amplia diversidad territorial en cuanto a prestaciones, financiación, criterios de acceso e índices de cobertura entre comunidades autónomas.

En este contexto, diversos estudios ponen de manifiesto que el perfil de los/as usuarios/as en determinados servicios no siempre se corresponde con las prestaciones de los mismos (Grando *et al.*, 2002). Esto implica, por una parte, una utilización inapropiada de los recursos y, por la otra, que las necesidades de las personas no están debidamente atendidas, con lo que no se les garantiza una adecuada calidad de vida, generando insatisfacción tanto en ellas como en los/as profesionales.

Por todo ello, se requieren medidas que permitan dar una respuesta acorde a cada situación, logrando el mayor ajuste posible entre las necesidades reales de cada persona mayor demandante de cuidados y los correspondientes servicios. En consecuencia, la adecuada coordinación entre las estructuras sanitarias y sociales y la optimización de los recursos existentes deben ser líneas de actuación prioritarias.

El objetivo de este trabajo es doble: analizar el perfil funcional, cognitivo y social de las personas mayores usuarias de servicios sociales; y comprobar si existen clasificaciones, sistemas o algún tipo de instrumento que facilite a los/as profesionales el proceso de asignación.

1. Material y métodos

Se realizó una revisión de la literatura: a partir de 2000 en las bases de datos *PsicINFO* y *Web of Science* (WOS); de todos los incluidos en *Dialnet*; desde 1978 en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y, a partir de 1994, en TESEO.

La estrategia de búsqueda para la identificación de estudios sobre el perfil de las personas mayores incluyó, solos o combinados entre sí, los siguientes descriptores: personas mayores, *elders*, *older people*, *old people*, residencias, centros de día, viviendas comunitarias, apartamentos tutelados, servicio de ayuda a domicilio, *nursing homes*, *day care centres*, *home help service* y *home care service*. Para la búsqueda sobre modelos de asignación se cruzaron entre sí: mayores, *elders*, *olders*, *old people*, *aging*, asignación recursos, modelo, servicios sociales, ubicación, *resource allocation*, *allocation of resources*, *models*, *model*, *provision of services*, *resource use*, *placement of elders*, *balance of care*, *balance of resources* y *social services*.

Se incluyeron artículos realizados con muestras formadas por personas de 65 y más años (excepcionalmente de más de 55 años) o que proporcionasen datos desagregados por edad, y que: 1) recogiesen perfiles de usuarios/as de servicios sociales; 2) identificasen factores de riesgo para la utilización de los mismos; 3) o propusiesen modelos que facilitaran la toma de decisiones en la ubicación de las personas mayores en los distintos recursos.

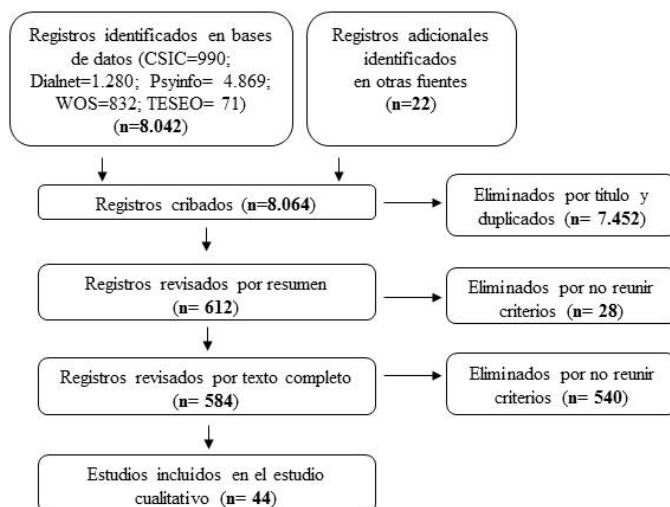


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de revisión sistemática

2. Resultados

Se incluyeron 44 artículos (Tabla 1), todos ellos sobre el perfil o los factores que predicen el uso de distintos servicios sociales para mayores. No se encontraron trabajos sobre modelos que facilitaran a los/as profesionales la toma de decisiones para la asignación de recursos. El diagrama de flujo puede consultarse en la Figura 1, con especificación de los trabajos que fueron excluidos en función del título, por no responder a los objetivos del trabajo, por estar duplicados o, tras la revisión del resumen y/o texto completo, por no cumplir los criterios de inclusión. Inicialmente se obtuvieron 8.042 publicaciones. Posteriormente, se realizó una revisión de las referencias de los documentos seleccionados, lo que permitió identificar 22 publicaciones más.

2.1. Variables asociadas al uso de servicios sociales

Servicio de ayuda a domicilio (SAD)

El servicio de ayuda a domicilio en España tiene un carácter más social y menos ligado a la sanidad que los programas que se desarrollan en otros países bajo la denominación *home care*. El prototipo de usuario/a del servicio de ayuda a domicilio público es: una mujer, con una media de edad de 80 años (IMSERSO, 2015) y, en general, personas viudas o solteras, sin estudios y que viven solas (Fernández del Valle y García, 1994; Martínez, Dávila y Vicente, 2003; Serrano y Tena-Dávila, 2004). Se trata de personas mayores frágiles, sin deterioro cognitivo, que sufren problemas geriátricos con repercusiones en la capacidad funcional, mostrando dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y entre leve y moderada para las instrumentales (Prados, 2001; Serrano y Tena-Dávila, 2004). La fragilidad viene determinada por la presencia de pluripatología -destacando las enfermedades coronarias, la hipertensión, los problemas osteoarticulares y las alteraciones sensoriales- el dolor, las quejas de memoria, el ánimo triste, la hospitalización reciente y la polifarmacia (Serrano y Tena-Dávila, 2004). Todo ello, junto a la falta de apoyo social (Fernández del Valle y García, 1994; Sabartés, Galí, González, Román y González, 2004; Serrano y Tena-Dávila, 2004) y la precariedad de la vivien-

da (Sabartés *et al.*, 2004) constituyen factores desencadenantes de la solicitud del servicio de ayuda a domicilio.

Este perfil se corresponde con el encontrado, por ejemplo, en Estados Unidos, donde los servicios de *home care* atienden a personas con un deterioro cognitivo y funcional menor que los centros residenciales (Lee, Kovner, Mezey y Ko, 2001), a diferencia de otros países donde las agencias de cuidado a domicilio proporcionan atención a personas con mayores niveles de dependencia (Kim, Cho y June, 2006).

Centros de día (CD)

Los datos indican que, en función de la Comunidad Autónoma, entre el 60% y el 79% de las personas usuarias de centros de día son mujeres con una media de edad que ronda los 80 años (IMSERSO, 2015). Suelen presentar demencia y su cuidado genera altos niveles de estrés, lo que provoca un bajo bienestar subjetivo en las personas cuidadoras, y es un factor de riesgo para la institucionalización (Gaugler, Kane, Kane y Newcomer, 2005). No obstante, aunque existen centros de día especializados en la atención a personas con demencia (García-Alberca *et al.*, 2008), en España la mayor parte atiende conjuntamente a mayores con y sin demencia que presentan dependencia moderada o grave y con apoyo familiar adecuado.

Los estudios sobre otras características como el estado de salud, funcional o cognitivo, y sobre el apoyo social son escasos en el contexto español y se limitan a áreas sociosanitarias concretas. Diversos estudios encontraron un perfil caracterizado por la presencia de demencia (Laborda, Murguía, Rabanaque, Zaballos y Pascual, 2002), así como por pérdida de memoria y desorientación, problemas de ánimo y desmotivación, dificultades en la movilidad, problemas de salud (especialmente respiratorios, cardiovasculares y alteraciones sensoriales), requiriendo en algunos casos una atención especial (oxígeno, sonda, curas frecuentes, etc.) y dependencia para las actividades básicas (Soldevila y March, 2002).

Residencias (R)

Las residencias son el tipo de recurso sobre el que más estudios se han realizado en relación a sus efectos y a los factores que determinan su uso. Se han identificado factores predictores en una amplia variedad de grupos de personas

mayores: aquellas que viven en la comunidad (Buys *et al.*, 2013; Sheppard, Sawyer, Christine, Allman y Brown, 2013), que han sido hospitalizadas en unidades de agudos (Mora *et al.*, 2009) o en centros de rehabilitación (Aditya, Sharma, Allen y Vasallo, 2003), personas con demencia (Gaugler *et al.*, 2000; Gaugler, Leach, Clay y Newcomer, 2004), mayores afroamericanos (Gaugler *et al.*, 2004), etc.

Estos factores pueden agruparse en tres categorías (Lee *et al.*, 2001): sociodemográficos, relacionados con la salud y el estado físico y cognitivo, y vinculados al apoyo social.

1. Factores sociodemográficos: ser mujer, carecer de cónyuge, no tener hijos, tener una edad avanzada (Luppa *et al.*, 2010), ser de raza blanca (frente a hispano o afroamericano) y tener un nivel socioeconómico bajo (IMSERSO, 2015; Lee *et al.*, 2001; Lim, 2009; Noël-Miller, 2010).
2. Factores relacionados con la salud y el estado físico y cognitivo: las personas mayores institucionalizadas, o en riesgo de institucionalización, suelen presentar dificultades en la movilidad (Aditya *et al.*, 2003; Von Bonsdorff, Rantanen, Laukkanen, Suutama y Heikkinen, 2006; Sheppard *et al.*, 2013) y, en general, mal estado de salud (Miller y Weisser, 2000; Tomiak, Berthelot, Guimond y Mustard, 2000; Aditya *et al.*, 2003; Maxwell *et al.*, 2013) caracterizado por: deficiencias sensoriales, problemas músculo-esqueléticos, accidentes cerebro-vasculares, confusión, alzhéimer, incontinencia, uso de tranquilizantes y hospitalizaciones recientes. Por lo tanto, se ha comprobado que la dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria (Tomiak *et al.*, 2000; Lee *et al.*, 2001; Damián, Valderrama-Gama, Rodríguez-Artalejo y Martín-Moreno, 2004; Bharucha, Pandav, Shen, Dodge y Ganguli, 2004; Bernal y Barbero, 2006; Lim, 2009; Cohen-Mansfield y Wirtz, 2011; Almomani, McDowd, Bani-Issa y Almomani, 2014; Helvik, Skancke, Selbaek y Engedal, 2014; IMSERSO, 2015) sobre todo en entornos desfavorecidos (Buys *et al.*, 2013), y la presencia de deterioro cognitivo y demencia (Tomiak *et al.*, 2000; Gaugler, Kane, Kane, Clay y Newcomer, 2003; Barucha *et al.*, 2004; Damián *et al.*, 2004; McCallum, Simons, Simons y Friedlander, 2005; Sabartés *et al.*, 2009; Lim, 2009; ; Lekuona y Calvo, 2010; Cohen-Mansfield y Wirtz, 2011; Maxwell *et al.*, 2013; Almomani *et al.*, 2014; Helvik *et al.*, 2014) son variables que caracterizan a las personas usuarias de este servicio o que incrementan significativamente el riesgo de ingreso en el mismo. Las personas con demencia constituyen uno de los principales colectivos que utilizan las residencias. En este sentido son numerosos los estudios sobre los factores que predicen su institucionalización (Gaugler *et al.*, 2000; Hebert, Dubois, Wolfson, Chambers y Cohen, 2001; Pot, Deeg y Knipscheer, 2001; Yaffe *et al.*, 2002; Chan, Kasper, Black y Rabins, 2003; Gaugler *et al.*, 2003; Ander, Hyer y Slack, 2007). A su vez, su probabilidad ingreso se incrementa cuando presentan problemas de conducta (Gaugler *et al.*, 2000).
3. Apoyo social: se considera un factor crítico para el uso de residencias, y se sabe que las personas usuarias de este servicio cuentan con redes informales formadas por pocos miembros, la mayoría de los cuales son familiares (Calvete, 1994). La pareja es la principal proveedora de apoyo, pero también los/las hijos/as, otros/as familiares y amigos/as pueden proporcionar el apoyo necesario para prevenir la institucionalización. Por lo tanto, vivir solo/a (Aditya *et al.*, 2003; Mora *et al.*, 2009) o tener poco apoyo social (Bharucha *et al.*, 2004) son factores clave en el ingreso, aunque carecer de una persona cuidadora informal puede no ser determinante, si se cuenta con algún programa de cuidado en la comunidad (Friedman, Steinwachs, Temkin-Greener y Mukamel, 2006). Otro aspecto importante a considerar, respecto al apoyo social, es la valoración de la calidad de la relación con los/as cuidadores/as.

Apartamentos tutelados y viviendas comunitarias (AT/VC)

Los estudios en España sobre apartamentos tutelados y viviendas comunitarias son inexistentes prácticamente y, además, estos servicios no tienen una correspondencia clara con los existentes en otros países.

2.2. Modelos y sistemas de asignación de personas mayores a Servicios Sociales

El conocimiento y la clarificación cada vez mayor de los criterios que se han de reunir para el acceso a los servicios sociales y sociosanitarios no han logrado resolver las deficiencias y los problemas existentes en la asignación a los mismos. Trabajos realizados en el ámbito internacional han puesto de manifiesto, que personas mayores que requerían una elevada carga de cuidados recibían atención en centros de menor complejidad y, a la vez, otras que requerían menos cuidados, eran atendidas en centros más sofisticados (Spector, Reschovsky y Cohen, 1996). Datos similares se han encontrado en España en relación al uso de las residencias de válidos y asistidos (Solano y López, 1998).

Una muestra de los esfuerzos por unificar el tipo de asistencia que se presta a las personas mayores en situación de dependencia con un perfil similar fue el que realizó la Fundación SAR (2007), entre cuyos objetivos se incluía la definición de un modelo base normativo y unos escenarios de referencia que permitiesen asignar servicios a perfiles de usuarios/as en función de su nivel de dependencia. El resultado del trabajo permitió elaborar escenarios referenciales en los que se identificaron seis tipologías de usuarios/as, su entorno personal y los servicios que necesitaban; si bien no constituye un modelo que permita la toma de decisiones sistemática para la ubicación en distintos servicios de atención a personas mayores.

En el ámbito sociosanitario destaca el *Balance of Care* (BoC) como estrategia para la planificación de la asistencia. Parte del supuesto de que las personas pueden ser atendidas a través de distintas opciones de cuidado o mediante distintos recursos, y tiene como objetivo analizar posibles escenarios para la planificación de servicios sociales o sociosanitarios, al tiempo que mejora la adecuación entre la oferta y las necesidades de los/as potenciales usuarios/as.

En el ámbito gerontológico, el *Balance of Care* suele referirse a la priorización de la atención de tipo comunitario sobre la residencial (Huges y Challis, 2004). Se centra en identificar a aquellos sujetos que reúnen los requisitos para ingresar en un centro, pero que podrían permanecer en la comunidad si existiesen los recursos adecuados para dar respuesta a sus necesidades a un precio razonable. El *Balance of Care* estima la proporción de personas que podría ser atendida en sus domicilios con buenos resultados y define las prioridades para inversiones económicas que puedan afectar a la combinación de estos dos sistemas de cuidado. Esto permitiría establecer la correcta combinación de servicios comunitarios y especializados para cualquier área geográfica determinada (Challis y Huges, 2002; Huges y Challis, 2004).

Un ejemplo de la aplicación del *Balance of Care* al ámbito de los Servicios Sociales y Sociosanitarios para personas mayores en España lo constituye el sistema de Planificación Optimización Dinámica Asistencial (PODA). Es un sistema de ayuda a la toma de decisiones para la planificación de servicios basado en los principios del *Balance of Care*. Define las necesidades de cuidados de una población, las traduce en necesidades de recursos, y analiza su coste y su financiación.

Los sistemas basados en el *Balance of Care* permiten definir estrategias y políticas de financiación, pero no proporcionan un modelo que facilite la toma de decisiones a los/as profesionales a la hora de asignar los servicios en función de perfiles de salud y sociales específicos.

3. Discusión

Las limitaciones en la capacidad funcional, tanto básica como instrumental, se han relacionado con el uso de servicios sociales comunitarios, como: el servicio de ayuda a domicilio (Prados, 2001; Serrano *et al.*, 2004), o los centros de día (Soldevila y March, 2002; Huges y Challis, 2004; García-Alberca *et al.*, 2008) y con el ingreso en residencias (Gaugler *et al.*, 2000; Yaffe *et al.*, 2002; Bharucha *et al.*, 2004; Bernal y Barbero, 2006; Andel *et al.*, 2007; Lim, 2009; Luppá *et al.*, 2010; Helvik *et al.*, 2014).

Las personas con deterioro cognitivo y/o demencia son usuarias habituales de residen-

cias, sobre todo cuando presentan problemas de conducta (Gaugler *et al.*, 2000; Hebert *et al.*, 2001; Pot *et al.*, 2001; Yaffe *et al.*, 2002; Chan *et al.*, 2003; Gaugler *et al.*, 2003; Andel *et al.*, 2007; Luppá *et al.*, 2010); así como de centros de día, ya que influyen positivamente sobre su comportamiento (Zank y Schacke, 2002).

La ausencia de una red de apoyo informal puede paliarse con el servicio de ayuda a domicilio. De hecho, el tamaño medio de la red social de los/as usuarios/as de este servicio es menor que el de la población de personas mayores en general (Fernández del Valle y García, 1994) y gran parte de quienes lo utilizan se encuentran en una situación de riesgo social (Serrano y Tena-Dávila, 2004). El apoyo social es, también, una variable crítica en el uso de residencias (Calvete, 1994; Friedman *et al.*, 2006; Luppá *et al.*, 2010; Noël-Miller, 2010), siendo la calidad de la relación con los/as cuidadores/as un factor especialmente determinante para la institucionalización.

La vivienda se relaciona con el uso de servicios sociales de forma directa e indirecta. Por una parte, cuando sus condiciones no garantizan la seguridad de la persona se hace necesario el ingreso en algún servicio que incluya alojamiento como las residencias o los apartamentos tutelados y viviendas comunitarias. Pero además, el ambiente físico es un factor crítico de cara al mantenimiento de la capacidad funcional.

Por lo tanto, las variables comentadas deberían servir para establecer perfiles que permitieran el ajuste entre las características y necesidades de las personas mayores y las prestaciones que ofrecen los diferentes recursos. En este sentido, la revisión realizada pone de manifiesto que capacidad funcional, estado cognitivo, apoyo social y características de la vivienda se postulan como variables fundamentales en la construcción de un modelo de toma de decisiones para los/as profesionales.

Propuesta de un modelo de toma de decisiones (MTD) para la asignación de servicios sociales a las personas mayores

El modelo se estructura, teniendo en cuenta los principales servicios de atención a las personas mayores en España (residencias, centros de día, apartamentos tutelados y viviendas comunitarias y servicio de ayuda a domicilio), y las variables identificadas como predictoras de

su uso en el proceso de revisión: dos variables externas (apoyo social y vivienda) y tres internas (capacidad funcional básica, capacidad funcional instrumental y estado cognitivo).

La persona usuaria de los citados servicios se caracterizaría por el siguiente perfil:

- Residencias: personas con dependencia severa, carencia de apoyo social y/o problemas de habitabilidad en su vivienda.
- Centros de día: personas con dependencia moderada que necesitan atenciones de carácter personal, terapéutico o social, que disponen de alojamiento adecuado y una red de apoyo informal suficiente para garantizar su atención fuera del horario de asistencia al centro.
- Apartamentos tutelados y viviendas comunitarias: personas funcionalmente independientes o con dependencia leve, con dificultades para residir en su entorno habitual, por carencias en el estado de la vivienda o por problemas de convivencia con el núcleo familiar.
- Servicio de ayuda a domicilio: personas con: 1) dependencia leve/moderada, cuyas viviendas reúnen condiciones de habitabilidad pero que carecen del apoyo informal necesario, o 2) dependencia moderada/grave, que reciben apoyo social adecuado de cuidadores/as informales que necesitan respiro en las tareas de cuidado.

Para cada una de variables predictoras se han definido los siguientes niveles:

- Apoyo social: 1) precario (tamaño de la red igual a cero o con frecuencia de apoyo instrumental inferior a una vez al mes); 2) insuficiente (frecuencia de apoyo instrumental entre una y dos veces al mes); y 3) adecuado (frecuencia de apoyo instrumental semanal o superior). La escala de recursos sociales en ancianos de Díaz Veiga (Díaz, 1985) puede utilizarse como referente para obtener esta información.
- Vivienda: adecuada o inadecuada, en función de las puntuaciones obtenidas en una escala de evaluación diseñada *ad hoc* para la elaboración del Modelo, que incluiría condiciones de habitabilidad, servicios y barreras arquitectónicas.

- Capacidad funcional: tanto para las actividades básicas como instrumentales, se considera buena cuando, de acuerdo con las puntuaciones del índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) y del índice de Lawton y Brody (Lawton y Brody, 1969) respectivamente, el sujeto es independiente o presenta dependencia leve, y mala cuando el nivel de dependencia es moderado, grave o total.
- Estado cognitivo: se categoriza, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (Pfeiffer 1975), como bueno cuando el funcionamiento es normal o presenta deterioro leve y, como malo cuando el deterioro es moderado o grave.

Teniendo en cuenta las variables y los niveles expuestos se puede establecer una jerarquía que incluye 16 condiciones de clasificación (Figura 2).

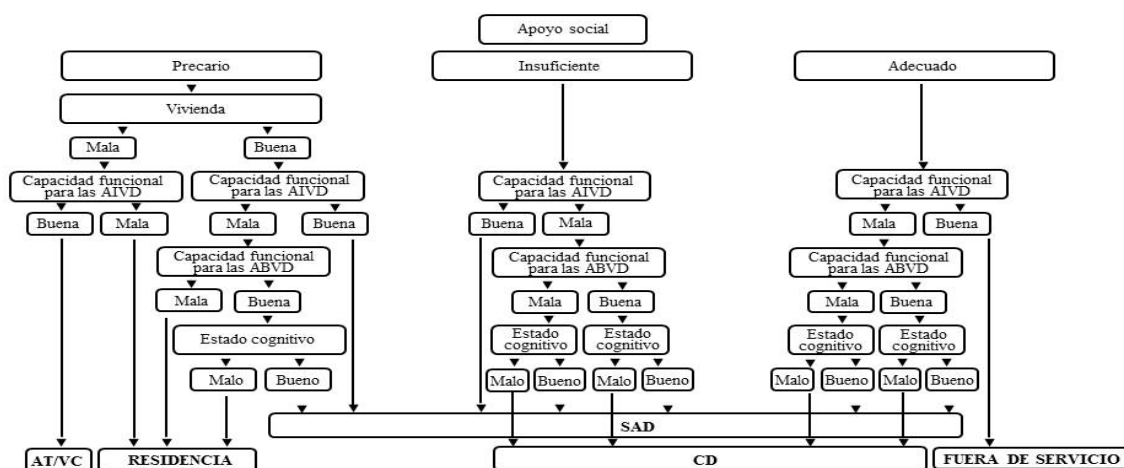


Figura 2. Modelo de Toma de Decisiones para la asignación de recursos a personas mayores

La calidad de vida de las personas mayores depende de su estado funcional y cognitivo pero, también, de la capacidad de su entorno para atender sus necesidades. Por ello, y teniendo como objetivo favorecer la permanencia de la persona en su entorno habitual durante el mayor tiempo posible, el proceso de toma de decisiones parte del apoyo social informal.

Cuando se combina un apoyo social precario con una vivienda que no reúne las condiciones de habitabilidad adecuadas, la persona requiere un servicio de tipo residencial. En el caso de que su capacidad funcional instrumental sea adecuada, sus necesidades estarían satisfechas con un apartamento tutelado y vivienda comunitaria. No sería necesario analizar las actividades básicas ni el estado cognitivo, ya que una buena capacidad instrumental lleva implícito un correcto funcionamiento en esas dos áreas –de hecho, se ha encontrado una elevada corre-

lación positiva entre el índice de Lawton y el índice de Barthel, al tiempo que ambas escalas correlacionan negativamente con el SPMSQ de Pfeiffer (Serrano y Tena-Dávila, 2004)–. Por el contrario, si la autonomía funcional está limitada a nivel instrumental, se derivaría a residencias. Así como aquellos casos donde, a pesar de disponer de una vivienda en buenas condiciones, la persona es dependiente tanto a nivel funcional como cognitivo.

Las personas con una vivienda adecuada y una capacidad instrumental buena son derivadas al servicio de ayuda a domicilio, al igual que aquellas que, pese a necesitar apoyo a nivel instrumental, tienen conservada su capacidad para las actividades básicas de la vida diaria y el estado cognitivo.

Un apoyo social insuficiente conduce al análisis de la capacidad instrumental. Se obvia, en este caso, la valoración de la vivienda ya

que, aunque el apoyo social no alcanza el mínimo para considerarlo adecuado, sí puede ser suficiente para contrarrestar las limitaciones derivadas de una vivienda inapropiada. Cuando la persona goza de buena capacidad para las actividades instrumentales, se la deriva al servicio de ayuda a domicilio. Si además de un apoyo social insuficiente tiene dificultades para realizar las actividades instrumentales, se hace necesario valorar las básicas. Tanto si la persona es o no independiente en esta área, se considera el estado cognitivo, en función del cual se asigna centro de día aquellas que sufren deterioro y se considera suficiente el servicio de ayuda a domicilio para las que conservan la capacidad cognitiva.

Al igual que en el caso anterior, cuando el apoyo social es adecuado no se tiene en cuenta la vivienda. Un apoyo social adecuado, unido a una buena capacidad funcional instrumental, se considera requisito suficiente para que la persona pueda permanecer en su hogar, con una adecuada calidad de vida, sin tener que recurrir a ninguno de los servicios contemplados en el Modelo. Si la persona tiene dificultades instrumentales se valora su capacidad funcional a nivel básico, e independientemente de esta, si el funcionamiento cognitivo es bueno, el servicio de ayuda a domicilio se considera como un recurso adecuado, mientras que las personas con deterioro cognitivo serían derivadas a centros de día.

El modelo se presenta como una contribución a la labor profesional en el ámbito social y gerontológico, y en la gestión de políticas

sociales para personas mayores. Por una parte, su aplicación garantizaría un mayor ajuste entre las necesidades de usuarios/as y las características de servicios, y facilitaría el asesoramiento y la orientación a los/as usuarios/as y a sus familias, con la consecuente mejora en la calidad de la atención. Por la otra, podría utilizarse para estimar las necesidades de servicios futuros, conforme al diseño de distintos escenarios y al modelo de atención que se pretenda desarrollar. No obstante, en su aplicación debe valorarse la opinión del/a usuario/a, garantizando los principios de posibilidad de elección, autonomía y participación.

Como principal limitación destaca la dificultad para comparar las características y prestaciones de los servicios en diferentes países y, relacionado con ello, el sesgo derivado del predominio de literatura sobre las residencias. Respecto al Modelo, incluye los servicios más utilizados por las personas mayores en situación de dependencia o en riesgo de padecerla, no obstante, en posteriores investigaciones podría ampliarse con otros como la teleasistencia, no incluido por su menor dificultad de asignación, mayor tasa de cobertura y consenso en criterios de acceso. A su vez, se podría plantear la combinación de varios de ellos, pues el Modelo solo asigna el que se considera servicio ideal y, por tanto, de primera elección. Por último, es necesario seguir trabajando en analizar, a nivel estadístico, la bondad de ajuste del Modelo y validarlo de cara a una futura implementación del mismo.

4. Referencias bibliográficas

- Aditya, B. S., Sharma, J. C., Allen, S. C. y Vasallo, M. (2003). Predictors of a nursing home placement from a non-acute geriatric hospital. *Clinical Rehabilitation*, 17, 108-113. doi: 10.1191/0269215503cr567oa
- Almomani, F.M., McDowd, J.M., Bani-Issa, W. y Almomani, M. (2014). Health-related quality of life and physical, mental and cognitive disabilities among nursing home residents in Jordan. *Quality of life research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 23, 155-165. doi: 10.1177/0891988709335799
- Andel, R., Hyer, K. y Slack, A. (2007). Risk factors for nursing home placement in older adults with and without dementia. *Journal of Aging and Health*, 19, 213-228. doi: 10.1177/0898264307299359
- Bernal, M.E. y Barbero, M. I. (2006). Evaluación del nivel de autonomía funcional y del deterioro cognitivo en personas mayores en residencia. *Acción Psicológica*, 4(1), 15-23. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030757002
- Bharucha, A.J., Pandav, R., Shen, C., Dodge, H.H. y Ganguli, M. (2004). Predictors of nursing facility admission: A 12-year epidemiological study in the United States. *Journal of the American Geriatric Society*, 52, 434-439. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52118.x

- Buys, D.R., Borch, C., Drentea, P., LaGory, M.E., Sawyer, P., Almmann, R.M. ...y, Locher, J.L. (2013). Physical impairment is associated with nursing home admission for older adults in disadvantaged but not other neighborhoods: Results from the UAB Study of Aging. *The Gerontologist*, 53, 641-653. doi: 10.1093/geront/gns118
- Calvete, E. (1994). Apoyo social y ancianos en residencias. *Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales*, 25, 71-76. doi: 10.5569/1134-7147
- Challis, D. y Hughes, J. (2002). Frail old people at the margins of care: Some recent research findings. *British Journal of Psychiatry*, 180, 126-130. doi: 10.1192/bjp.180.2.126
- Chan, D.C., Kasper, J.D., Black, B.S. y Rabins, P.V. (2003). Presence of behavioral and psychological symptoms predicts nursing home placement in community-dwelling elders with cognitive impairment in univariate but not multivariate analysis. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 58, 548-554. doi: 10.1093/gerona/58.6.M548
- Cohen-Mansfield, J. y Wirtz, P.W. (2011). Predictors of entry to the nursing home: Does length of follow-up matter? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, 309-315. doi: 10.1016/j.archger.2010.12.009
- Damián, J., Valderrama-Gama, E., Rodríguez-Artalejo, F. y Martín-Moreno, J.M. (2004). Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 18, 268-274. doi: 10.1016/S0213-9111(04)72013-0
- Díaz, P. (1985). *Redes sociales y comportamiento afectivo en ancianos*. (Memoria de licenciatura no publicada. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España).
- Fernández del Valle, J. y García, A. (1994). Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6, 39-47.
- Friedman, S.M., Steinwachs, D.M., Temkin-Greener, H. y Mukamel, D.B. (2006). Informal caregivers and the risk of nursing home admission among individuals enrolled in the program of all-inclusive care for the elderly. *The Gerontologist*, 46, 456-463. doi: 10.1093/geront/46.4.456
- Fundación SAR. (2007). *Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidad de servicios*. Madrid: IMSERSO.
- García-Alberca, J.M., Lara, I.S.; González, D., Porta, M.A., Barranco, M. y Berthier, M. (2008). Perfil clínico de pacientes con enfermedad de Alzheimer atendidos en centros de día psicogeriátricos. *Anales de Psiquiatría*, 24, 145-152.
- Gaugler, J.E., Edwards, A.B., Femia, E.E., Zarit, S.H., Stephens, M.A.P., Townsend, A. y Greene, R. (2000). Predictors of institutionalization of cognitively impaired older adults: Family help and the timing of placement. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55, 247-256. doi: 10.1093/geronb/55.4.P247
- Gaugler, J.E., Kane, R.L., Kane, R.A. y Newcomer, R. (2005). Early community-based service utilization and its effects on institutionalization in dementia caregiving. *The Gerontologist*, 45, 177-185. doi: 10.1093/geront/45.2.177
- Gaugler, J.E., Kane, R.L., Kane, R.A., Clay, T. Y Newcomer, R. (2003). Caregiving and institutionalization of cognitively impaired older people: Utilizing dynamic predictors of change. *The Gerontologist*, 43, 219-229. *Geriatric Society*, 52(3), 445-452. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52120.x
- Gaugler, J.E., Leach, C.R., Clay, T. y Newcomer, R.C. (2004). Predictors of nursing home placement in african Americans with dementia. *Journal of the American Society*, 52, 445-452. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52120.x
- Grando, V.T., Mehr, D., Popejoy, L., Maas, M., Rantz, M., Wipke-Tevis, D. y Westhoff, R. (2002). Why older adults with light care needs enter and remain in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(7), 47-53. doi: 10.3928/0098-9134-20020701-09
- Hebert, R., Dubois, M.F., Wolfson, C., Chambers, L. y Cohen, C. (2001). Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: Data from the Canadian Study of Health and Aging. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56, 693-699. doi: https://doi.org/10.1093/gerona/56.11.M693
- Helvik, A.S., Skancke, R.H., Selbaek, G. y Engedal, K. (2014). Nursing home admission during the first year after hospitalization—The contribution of cognitive impairment. *PLoS ONE*, 9(1). doi: 10.1371/journal.pone.0086116
- Hughes, J. y Challis, D. (2004). Frail older people- margins of care. *Reviews in Clinical Gerontology*, 14, 155-164. doi: https://doi.org/10.1017/S0959259804001364

- IMSERSO. (2015). *Informe 2014. Las personas mayores en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/coleccion/informacion_publicacion/index.htm?id=2492
- IMSERSO. (2017). *Recursos sociales dirigidos a personas mayores en España*. Recuperado de: http://www.espaciomayores.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informerecursos_sociales_2015.pdf
- Kim, E., Cho, E. y June, K.J. (2006). Factors influencing use of home care and nursing homes. *Journal of advanced nursing*, 54, 511-517. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03839.x
- Laborda, A.A., Murguía, I., Rabanaque, S., Zeballos, P. y Pascual, G. (2002). Estudio Zaradia: La atención al paciente con demencia en los centros de día de Zaragoza. *Informaciones psiquiátricas*, 170, 435-449.
- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people self-maintainign and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186. doi: https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lee, T., Kovner, C.T., Mezey, M.D. y Ko, I.S. (2001). Factors influencing long-term home care utilization by the older population: implications for targeting. *Public Health Nursing*, 18, 443-449. doi: 10.1046/j.1525-1446.2001.00443.x
- Lekuona, P. y Calvo, J.J. (2010). Atención sanitaria y de enfermería en las residencias de mayores de Guipúzcoa. *Zerbitzuan. Revista de servicios Sociales*, 47, 37-47. doi: 10.5569/1134-7147
- Lim, E.S. (2009). Predictors of nursing home admission: A social work perspective. *Australian Social Work*, 62, 90-98. doi: 10.1080/03124070802626901
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H., Brähler, E. y Riedel-Heller, S. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Aging*, 39, 31-38. doi: 10.1093/ageing/afp202
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Martínez, S., Dávila, M. y Vicente, M.R. (2003). Una aproximación a la evaluación económica de las políticas sociales. El caso del Servicio de Ayuda a Domicilio. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 41, 89- 103.
- Maxwell, C.J., Soo, A., Hogan, D.B., Wodchis, W.P., Gilbert, E., Amuah, J., ... y Strain, L.A. (2013). Predictors of Nursing Home Placement from Assisted Living Settings in Canada. *Canadian Journal on Aging*, 32, 333-348. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980813000469>
- McCallum, J., Simons, L.A., Simons, J. y Friedlander, Y. (2005). Patterns and predictors of nursing home placement over 14 years: Dubbo study of elderly Australians. *Australasian Journal on Ageing*, 24, 169-173. doi: 10.1111/j.1741-6612.2005.00116.x
- Miller, E.A. y Weisser, W.G. (2000). Predicting Elderly People's Risk for Nursing Home Placement, Hospitalization, Functional Impairment, and Mortality: A Synthesis. *Medical Care Research and Review*, 57, 259-297. doi: 10.1177/107755870005700301
- Mora, J., Silveira, L.J., Calcerrada, N., Maganto, M.A., Merino, C. y Ribera, J.M. (2009). Análisis del índice de consecución de residencia pública asistida tras ingreso hospitalario en ancianos frágiles. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, 186-193. doi: 10.1016/j.regg.2009.03.008
- Noël-Miller, C. (2010). Spousal loss, children, and the risk of nursing home admission. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 370-380. doi: 10.1093/geronb/gbq020
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assesment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 23, 433-441. doi: 10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x
- Pot, A.M., Deeg, D.J. y Knipscheer, C.P. (2001). Institutionalization of demented elderly: The role of caregiver characteristics. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 273-280. doi: 10.1002/gps.331
- Prados, C. (2001). Prevención y mantenimiento de la autonomía de los mayores. La ayuda a domicilio. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 291-300.
- Sabartés, O., Galí, N., González, P., Román, A. y González, V. (2004). Análisis descriptivo de la implantación de un servicio de ayuda a domicilio en el momento del alta de una unidad de media estancia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14, 9-15.
- Serrano, P. y De Tena-Dávila, M.C. (2004). Criterios de fragilidad en los usuarios del servicio de ayuda social a domicilio. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39, 9-18. doi: 10.1016/S0211-139X(04)74925-2

- Sheppard, K. D., Sawyer, P. R., Christine, S., Allman, R. M., & Brown, C. J. (2013). Life-space mobility predicts nursing home admission over 6 years. *Journal of Aging and Health*, 25, 907-920. doi: 10.1186/1756-0500-7-323
- Solano, J. J. & López, E. (1998). Envejecimiento y sistemas de clasificación de pacientes (I). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33, 292-300.
- Soldevila, A., & March, J. (2002). Nivel de salud y autonomía en los Centros de Día de mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12, 5-12.
- Spector, W. D., Reschovsky, J. D., & Cohen, J.W. (1996). Appropriate placement of nursing home residents in lower levels of care. *Milbank Quarterly*, 74, 139-160. doi: 10.2307/3350436
- Tomiak, M., Berthelot, J. M., Guimond, E., & Mustard, C. A. (2000). Factors Associated With Nursing-Home Entry for Elders in Manitoba, Canada. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55, 279-287. doi: 10.1093/gerona/55.5.M279
- Von Bonsdorff, M., Rantanen, T., Laukkanen, P., Suutama, T., & Heikkinen, E. (2006). Mobility limitations and cognitive deficits as predictors of institutionalization among community-dwelling older people. *Gerontology*, 52, 359-365. doi:10.1159/000094985
- Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane, K., & Covinsky, K.E. (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *The Journal of the American Medical Association*, 287, 2090-2097. doi:10.1001/jama.287.16.2090
- Zank, S. H. & Schacke, C. (2002). Evaluation of geriatric day care units: Effects on patients and caregivers. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 57B, 348-357. doi: 10.1093/geronb/57.4.P348

Tabla 1 Características de los estudios sobre factores predictores de uso y perfil de los usuarios

Primer autor y año	Servicio	Población	Principales variables incluidas en el estudio	Objetivo*	País
Aditya (2003)	Residencia	Pacientes mayores en rehabilitación tras enfermedad aguda	Discapacidad visual, confusión, duración de la estancia, deambulación errante, incontinencia, riesgo de caídas, vivir solo.	1	UK
Almomani (2014)	Residencia	Usuarios de residencia	Variables demográficas, estado de salud, calidad de vida relacionada con la salud, estado cognitivo, estado anímico, deambulación.	2	Jordania
Andel (2007)	Residencia	Beneficiarios mayores de Medicare/Medicaid en Florida con y sin demencia	Edad, estado civil, raza, estado de salud, capacidad funcional, estado cognitivo (con o sin demencia).	1	EE.UU.
Bernal (2006)	Residencia	Usuarios de residencia	Capacidad funcional, estado cognitivo.	2	España
Bharucha (2004)	Residencia	Mayores residentes en la comunidad (mayor parte rural) en Pennsylvania	Características sociodemográficas, vivienda, capacidad funcional, síntomas de depresión, número de fármacos, apoyo social percibido, hospitalización en el último año, estado cognitivo.	1	EE.UU.
Buys (2013)	Residencia	Mayores residentes en la comunidad en Alabama	Discapacidad física, vecindario (desfavorecido o no)	1	EE.UU.
Calvete (1994)	Residencia	Usuarios de residencia	Apoyo social	2	España
Chan (2003)	Residencia	Mayores con deterioro cognitivo residentes en la comunidad en Baltimore	Características sociodemográficas, depresión, estado de salud	1	EE.UU.
Cohen-Mansfield (2011)	Residencia	Usuarios de centro de día en Maryland	Características sociodemográficas, capacidad funcional, estado cognitivo, delirios y alucinaciones, estado afectivo, agitación, dolor, red social, situación médica, sobrecarga del cuidador.	1	EE.UU.
Damián (2004)	Residencia	Usuarios de residencias	Estado cognitivo, salud percibida, depresión, dolor, capacidad funcional, enfermedades crónicas, úlceras por presión, incontinencia, consumo de fármacos, ingresos hospitalarios	2	España
Fernández del Valle (1994)	SAD	Usuarios de SAD	Apoyo social	2	España
Friedman (2006)	Residencia	Usuarios mayores del programa de cuidado en la comunidad PACE	Capacidad funcional, salud, estado cognitivo, problemas de conducta, apoyo social (cuidador principal)	1	EE.UU.
Fundación Sar (2007)	Residencia	Usuarios de residencias de distintas Comunidades Autónomas	Capacidad funcional, estado cognitivo, necesidad de cuidados	2	España
García-Alberca (2008)	CD	Usuarios de CD	Características sociodemográficas, estado cognitivo, capacidad funcional, síntomas conductuales y psicológicos	2	España

Gaugler (2000)	Residencia	Usuarios de CD	Características sociodemográficas , estrés del cuidado, binestar del cuidador	1	EE.UU.
Gaugler (2003)	Residencia	Mayores con demencia residentes en la comunidad	De los mayores: características sociodemográficas, capacidad funcional, uso de otros servicios formales. De los cuidadores: características sociodemográficas, tiempo de cuidado, sobrecarga, salud autopercibida.	1	EE.UU.
Gaugler (2004)	Residencia	Mayores afroamericanos con demencia	Características sociodemográficas, deterioro cognitive, sobrecarga del cuidador.	1	EE.UU.
Gaugler (2005)	Residencia	Mayores con demencia usuarios de servicios de cuidado a largo plazo comunitarios y sus cuidadores principales	Tipo de servicio utilizado (domiciliario o atención diurna). De los mayores: características sociodemográficas, convivencia, capacidad funcional, estado cognitivo, problemas de conducta. Del cuidador: características sobrecarga del cuidador, características sociodemográficas, duración del cuidado, sobrecarga, capacidad funcional.	1	EE.UU.
Grando (2002)	Residencia	Usuarios de residencias	Nivel de cuidado (estimado a través del Conjunto Mínimo de Datos y el nivel RUG III)	2	EE.UU.
Hebert (2001)	Residencia	Mayores con demencia y sus cuidadores	De los mayores: características sociodemográficas, problemas de salud, capacidad funcional, problemas de conducta. De los cuidadores: depresión, problemas de salud, sobrecarga, deseo de institucionalizar al mayor.	1	Canadá
Helvik (2014)	Residencia	Mayores hospitalizadas un año antes	Estado cognitive, capacidad funcional, comorbilidad.	1	Noruega
IMERSO (2015)	SAD, CD Residencia	Usuarios de SAD, CD y Residencia	Características sociodemográficas	2	España
Kim (2006)	SAD y Residencia	Usuarios de SAD y Residencia	Características sociodemográficas, capacidad funcional, deterioro cognitive, comorbilidad, complicaciones médicas, número de sondas.	1	Corea del Sur
Laborda (2002)	CD	Usuarios de CD con demencia	Características sociodemográficas, cuidador principal, tipo de demencia, severidad de la demencia, capacidad funcional.	2	España
Lee (2001)	SAD y Residencia	Usuarios de SAD y Residencia	Características sociodemográficas, capacidad funcional, estado cognitivo.	1	EE.UU.
Lekuona (2010)	Residencia	Usuarios de residencias	Características de salud	2	España
Lim (2009)	Residencia	Pacientes mayores de servicio de rehabilitación hospitalario	Características sociodemográficas, duración del ingreso hospitalario, estado cognitivo, capacidad funcional.	1	Singapur
Luppa (2010)	Residencia	Revisión bibliográfica		1	Alemania
Martínez (2003)	SAD	Usuarios de SAD	Características sociodemográficas	2	España

Maxwell (2013)	Residencia	Usuarios de viviendas asistidas	Relaciones sociales, actividades, estado cognitivo capacidad funcional, salud, caídas, hospitalización	1	Canadá
McCallum (2005)	Residencia	Personas mayores residentes en la comunidad en Nueva Gales del Sur	Características sociodemográficas, diagnostic principal, capacidad funcional, depresión.	1	Australia
Miller (2000)	Residencia	Revisión bibliográfica		1	EE.UU.
Mora (2009)	Residencia	Personas mayores ingresadas en una unidad de agudos	Características sociodemográficas y socioeconómicas, situación clínica, capacidad funcional.	1	España
Nöel-Miller (2010)	Residencia	Personas mayores residentes en la comunidad participantes en el estudio longitudinal Salud y Jubilación	Apoyo social	1	EE.UU.
Pot (2001)	Residencia	Cuidadores de mayores con demencia	Compromiso con la relación de cuidado, trastornos psicológicos, rasgos de personalidad.	1	Holanda
Prados (2001)	SAD	Usuarios de SAD	Capacidad funcional, situación sociofamiliar.	2	España
Sabarités (2004)	SAD	Personas mayores dadas de alta en una unidad de media estancia	Características sociodemográficas, capacidad funcional.	1	España
Serrano (2004)	SAD	Usuarios de SAD	Riesgo social, capacidad funcional, estado cognitivo, estado nutricional.	2	España
Sheppard (2013)	Residencia	Personas mayores residentes en la comunidad beneficiarias de Medicare	Capacidad de movilidad	1	EE.UU.
Soldevila (2002)	CD	Usuarios de CD	Capacidad funcional, estado cognitivo, salud subjetiva, enfermedades.	2	España
Tomiaik (2000)	Residencia	Personas mayores residentes en la comunidad en Manitoba	Características sociodemográficas, salud, capacidad funcional.	1	Canadá
Von Bonsdorff (2006)	Residencia	Personas mayores residentes en la comunidad en Jyväskylä	Estado cognitivo, movilidad.	1	Finlandia
Yaffe (2002)	Residencia	Personas mayores residentes en la comunidad con demencia avanzada y sus cuidadores	De los mayores: Características sociodemográficas, convivencia, capacidad funcional, estado cognitivo, problemas de conducta. De los cuidadores: edad, sobrecarga.	1	EE.UU.
Zank (2002)	CD	Usuarios de CD y grupo control de no usuarios	Bienestar, síntomas de demencia, salud, capacidad funcional.	2	Alemania

Nota: * 1= Estudiar factores de riesgo de uso; 2= Describir perfil usuarios y/o analizar características de los mismos o el servicio en general.