

Futuro del cuidado gerontológico de enfermería. Perspectiva de futuros usuarios

The future of gerontologic nursing care. Next users' view

Javier Jaén-Pérez^{1,*}
 María Beatriz Lidón-Cerezuela²
 María Luisa Grande-Gascón³

1. Residencia de Mayores Santa Teresa. Jaén, España.
2. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Murcia, España.
3. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Jaén, España.

*Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: soydeauri@gmail.com (Javier Jaén-Pérez).

Recibido el 31 de marzo de 2020; aceptado el 8 de junio de 2020.

RESUMEN

Objetivos: El cuidado institucionalizado de personas mayores es una realidad en España. Muchos hijos acompañan a sus padres en esa experiencia de vida y conforman su propia opinión. El objeto del estudio es conocer esa opinión, proponiendo una mirada hacia el futuro cuidado que ellos podrán recibir, partiendo de la opinión que tienen del cuidado actual que reciben sus padres. **Metodología:** La metodología utilizada es cualitativa, mediante entrevistas en profundidad y análisis de contenido, en una muestra integrada por hijos/as de residentes de dos centros residenciales de la ciudad de Jaén. **Resultados:** El resultado es que aceptan el modelo de cuidados actual para sus padres, salvo por algunas cuestiones que podrían mejorar, pero no lo admiten para sí mismos. **Conclusiones:** Se concluye que es necesaria la evolución de la asistencia, a través de la domiciliación y la especialización del cuidado.

PALABRAS CLAVE: Anciano, institucionalización, viviendas para ancianos, atención de enfermería.

ABSTRACT

Objectives: The nursing home care of the elderly is a reality in Spain. Many of them are accompanied by their children in this life experience, whom create their own opinion. Knowing the children opinion including a future perspective is the main purpose of the research, on the basis of their current opinion of caring. **Methods:** A qualitative survey is used, with in-depth interviews and content analysis. The sample was selected from two nursing homes in the city of Jaen. **Results:** The main outcome was that they are satisfied with this kind of caring but not for themselves. **Conclusions:** We conclude that elderly care needs moving to home and through care specialization.

KEYWORDS: Elderly, institutionalization, housing for the elderly, nursing care.

■ INTRODUCCIÓN

El colectivo de personas mayores no solo cambia cuantitativamente, sino también en su naturaleza. Las características de su salud y enfermedad, sus relaciones y roles, incluso de su economía, evolucionan.

Estos cambios condicionan secundariamente sus necesidades y deseos. Planificar esa etapa de la vida forma parte de un envejecimiento activo y exitoso, que distingue a las actuales generaciones de las pasadas, teniendo incluso más iniciativa, aunque parezca contradictorio, los mayores que se perciben más saludables que quienes se perciben más enfermos¹.

Diferentes modelos de vida y asistencia llegan desde países como Japón, Suecia o Estados Unidos. La intergeneracionalidad, la interculturalidad y la tecnología desarrollan nuevas dinámicas poblacionales, con personas mayores perfectamente integradas, con la representación política y de poder que les corresponde².

Enfrentarse a una nueva manera de vivir dentro de una comunidad de mayores, con diferentes niveles de asistencia (probablemente su último lugar de residencia) puede ser al mismo tiempo un gran reto o un conjunto de oportunidades³. Esta opción, el centro residencial de personas mayores, es la más extendida en España para el cuidado especializado de los mayores que por su grado de dependencia no pueden continuar residiendo en su domicilio. Incluso Suecia, que es líder en la inversión

pública del cuidado de los mayores, con una atención especializada domiciliaria muy desarrollada, tiene que recurrir a este tipo de centros residenciales cuando la persona necesita un cuidado propio de etapas avanzadas de dependencia⁴.

La familia que interviene en el proceso de institucionalización, especialmente la siguiente generación, observa el cuidado que se dispensa hoy y probablemente especula acerca del futuro. Es una generación distinta, con altos niveles de educación y manejo de la tecnología, que se percibe joven y que está acostumbrada a consumir⁵.

Marco teórico y justificación

La necesidad de instalaciones de cuidado de largo término ha aumentado por el incremento del número de personas mayores y por los cambios sociales que se han producido, que conducen a que muchas personas mayores sean institucionalizadas⁶.

En España se dispone de 4,2 plazas de residencia por cada 100 personas mayores. En total son 366.633 plazas (2017), según la base de datos de Envejecimiento en Red, después del vaciado de guías y registros autonómicos⁷.

Son numerosos los inconvenientes relacionados con la institucionalización que se describen en variados trabajos de investigación, remedia-

dos o minimizados con intervenciones específicas. Además de la pérdida de autonomía y de intimidad, la percepción de que uno no tiene hogar o de “no pertenencia” amenaza gravemente a la propia identidad⁸. Los modelos de cuidado centrado en la persona enriquecen la experiencia de cuidado, mejoran el conjunto de resultados de salud y reducen el coste del sistema sanitario⁹.

Los centros residenciales ofrecen modelos de atención centrada en la persona, aunque al mismo tiempo incluyan prácticas de seguridad del residente que se alejan de este tipo de atención, como puedan ser los medios físicos de contención o las alarmas de posición¹⁰, o una plantilla que no está suficientemente cualificada¹¹, o una autonomía e intimidad insuficientes¹². Los esfuerzos por conseguir que el cuidado sea centrado en la persona son permanentes, pero las dificultades para desarrollarlos en centros residenciales son abundantes¹³.

En algunos países existe la sensación de que el sistema de residencias debe ser cambiado por diferentes razones, como ocurre en Australia, donde el coste del cuidado se ha encarecido artificialmente¹⁴.

Debido a las nuevas características de la generación “baby-boom”, es posible emplear distintas estrategias que promuevan un envejecimiento activo y saludable, así como innovar en soluciones de habitabilidad que prolonguen su independencia⁵. El coste de la dependencia en términos de asistencia sanitaria es elevado¹⁵. La familia también es objeto de cuidado, especialmente cuando se trata de enfermedades neurodegenerativas¹⁶, pero en muchos casos esta generación no tendrá familia o la tendrá muy alejada, geográficamente hablando.

La vida en “cohousing” se fundamenta en la relevancia de vivir en comunidad, en contra del planteamiento de la vida aislada e individual; rescata muchas de las ventajas de la vida que tradicionalmente tuvimos en poblaciones pequeñas incorporándolas al concepto de vida contemporáneo¹⁷. Podría tratarse del punto de partida social necesario para implementar otro modo de cuidado de las personas mayores, que podrían permanecer integradas en sus ciudades¹⁸.

■ OBJETIVOS

El objetivo general planteado por los investigadores, dadas las consideraciones previas, es conocer las expectativas personales de cuidado gerontológico para sí mismos de los hijos/as de mayores institucionalizados en dos centros de la ciudad de Jaén.

Como objetivo específico proponen conocer la opinión que tienen respecto del cuidado gerontológico que actualmente reciben sus padres.

■ METODOLOGÍA

Muestra

La selección de los centros residenciales es aleatoria, de entre los disponibles en la ciudad de Jaén. La selección de los entrevistados es por conveniencia y el tamaño de la muestra viene dado por la saturación de la información conseguida. Se buscó un perfil de relación entre el residente y el familiar. Fueron criterios de inclusión de los familiares de los residentes en la muestra: parentesco de hasta segundo grado de consanguinidad (hijo/a, hermano/a), régimen de cuatro visitas semanales como mínimo e interacción con la mayoría del equipo que organiza y proporciona los cuidados. Fueron criterios de exclusión: edad igual o superior a 60 años.

Los centros residenciales elegidos son de reciente construcción o remodelación, por lo que se ajustan a la normativa vigente. Ofrecen pla-

zas para personas mayores que son subvencionadas y otorgadas por la Administración autonómica y también plazas de financiación privada. La atención ofrecida está basada en el modelo de atención integral y centrada en la persona.

Características principales de los centros:

- Residencia Caridad y Consolación. Gestionada por la Fundación María Santísima de Caridad y Consolación. Su principal objetivo es atender a las personas mayores con el máximo respeto y cariño, con vocación de servicio al mayor. Trato humanista con los residentes y familiares. Dispone de 134 plazas, con servicios generales y sanitarios.
- Residencia de Mayores Santa Teresa. Gestionada por la Excelentísima Diputación Provincial de Jaén. Configurada como recurso de atención integral a personas con un nivel de dependencia que precisen la ayuda de otra persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y no puedan ser asistidos en su vida familiar. Dispone de 141 plazas, con servicios generales y sanitarios.

Se llevó a cabo la entrevista en profundidad de 6 personas de cada centro, número con el que la información mostró saturación, y se conformó una muestra final de 12 personas. Los datos se gestionan confidencialmente, respetando la Declaración de Helsinki y la normativa de protección de datos.

Método

Investigación cualitativa que obtiene los datos a partir de entrevistas en profundidad dirigidas por el investigador principal, en 2 sesiones. Se producen después de que cada participante haya recibido la información detallada del proyecto y expresado su consentimiento por escrito, durante los meses de noviembre y diciembre del año 2019.

Con este tipo de entrevista, el investigador consigue recopilar información sobre conocimientos, creencias, rituales de una persona o sobre la vida de una sociedad, su cultura, a través de una conversación personal extensa, no estructurada, en la que se persigue que el entrevistado exprese de manera libre sus opiniones, actitudes o preferencias sobre el tema objeto de estudio¹⁹. Las variables observadas se recogen en la tabla 1 y el anexo 1.

El tratamiento estadístico es descriptivo en una primera parte, con análisis de contenido e inferencia en una segunda parte. Como definió Klaus Krippendorff, “el análisis de contenido es una técnica de investigación para realizar inferencias válidas y replicables desde los textos (u otros fenómenos de significado) a los contextos en los que se utilizan”²⁰. Con esta herramienta científica se pretende conseguir la información latente y oculta que, de modo indirecto, la persona entrevistada aporta junto a la información directa. Los autores interpretan los textos de notas primero por separado y después reunidos en una segunda vuelta, con la finalidad de evitar sesgos por interpretación particular. Las expresiones que generaban distintas interpretaciones fueron desechadas. Durante el diseño de la investigación se observó la relación de criterios COREQ²¹, para el informe de investigaciones cualitativas.

■ RESULTADOS

Una vez terminado el trabajo de campo, se compila la información obtenida.

Las referencias sociodemográficas que acompañan a los testimonios de los entrevistados se enuncian de acuerdo con la siguiente nomenclatura: CC-ST (centro residencial: Caridad y Consolación-Santa Teresa),

Tabla 1. Variables

Residente	Familiar del residente
Edad (años)	Edad (años)
Género (H-M)	Género (H-M)
Grado de dependencia (I-III)	Parentesco (hijo/a, hermano/a)
Tiempo de institucionalización (años)	Nivel académico (b: básico; B: bachiller o equivalente; U: universitario)
	Percepción subjetiva de: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado recibido en la atención de las necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson • Cuidado de sus pertenencias • Fortalezas del modelo • Sugerencias de mejora
	Intención de uso del actual modelo para sí mismo/a (sí-no)
	Oportunidad de expresar sus deseos de cuidado futuro (sí-no)

M-H (género: mujer-hombre), b-B-U (nivel académico, básico-bachiller-universitario), de tal modo que la referencia CC.M.B indica que la persona es hijo/a de un residente del centro Caridad y Consolación, que es una mujer y que su nivel académico es de bachiller o equivalente (tabla 2).

A partir de las cuestiones propiciadas por la guía (anexo 1), las propiciadas por los entrevistados y la valoración de aquellas cuestiones latentes en el discurso, se construye un conjunto de códigos relacionados entre sí por categorías vertidas en dos temas (tabla 3).

En el tema *Modelo actual residencial*, los testimonios abordaron tanto insatisfacciones generales (pérdida de autonomía, intimidad e identidad) como concretas, en las que coincidieron varios casos como es la alimentación, la postura correcta y el cuidado de la ropa: “la comida permanece como uno de los pocos placeres que le quedan a la persona en la senectud” (ST.M.B); “cuando visito a mi padre y lo encuentro mal sentado desconfío del cuidado en general que recibe en mi ausencia” (ST.M.U); “frecuentemente tenemos que comprar ropa porque se rompe o desaparece. Lo peor es que se toma como algo normal” (CC.H.U y ST.M.U). A pesar de estas puntualizaciones (solo en algunos casos), la percepción de la mayoría fue de satisfacción general. Formalmente, los discursos estaban contextualizados con emociones de desaprobación, desconfianza y conformismo.

En la categoría de *fortalezas del modelo* refirieron el afecto del personal, la limpieza de las instalaciones, la cercanía geográfica a la familia y la idoneidad de relacionarse con personas de su edad: “nos reconforta

que todos los empleados conozcan su nombre. Eso no ocurre en otros ámbitos sociales o sanitarios. Probablemente no nos sucederá a nosotros en el futuro. Seremos números o códigos” (CC.M.B); “podemos visitarle diariamente porque vivimos muy cerca” (CC.M.B); “socializa más que nosotros mismos con nuestros vecinos” (CC.H.B). Formalmente, las emociones fueron de vaga esperanza. En la categoría de *afinidades*, solo un caso encontraba la organización adecuada para sí mismo: “después de tanto trabajo, responsabilidades y decisiones en mi vida, merezco un descanso, que los demás decidan y se preocupen en mi lugar” (CC.H.U). Formalmente, las emociones fueron de optimismo en este caso y de pesimismo en los casos que no eran afines a esta opción.

En cuanto al tema de *Modelo futuro*, en la categoría de *coordinación profesional dentro del modelo*, la confianza queda depositada con mayor frecuencia según su orden de aparición en enfermera, trabajador social, auxiliar de enfermería y médico, siempre con cualificación especializada: “organiza mejor los recursos quien te conoce mejor” (ST.M.U). En la categoría de *localización*, el código más expresado es el del *propio domicilio*, en la de *participación* surgieron todos los que significaban interacción con la comunidad, en la *financiación*, el código mayoritario es *pública* y en relación con la *iniciativa*, el código *popular*. Testimonios como: “nada que se invente superará al bienestar de tu propia casa” (CC.M.B); “es imprescindible la mezcla social, no queremos guetos de mayores” (CC.H.U); “no confío en las gestiones privadas porque son selectivas con la población” (ST.M.B); “la demanda de cambio tiene que ser del usuario, pues la administración está ocupada con la organización actual”

Tabla 2. Variables sociodemográficas de la muestra

		Caridad y consolación	Santa Teresa
Residentes	Edad	82-94 años (μ = 86)	71-88 años (μ = 82)
	Género	M = 66,67%; H = 33,33%	M = 66,67%; H = 33,33%
	Grado de dependencia	II = 33,33%; III = 66,67%	II = 50,00%; III = 50,00%
	Tiempo en el centro	μ = 2 años	μ = 5 años
Hijos/as de residentes	Edad	54-59 años (μ = 57)	43-59 años (μ = 53)
	Género	M = 50,00%; H = 50,00%	M = 100,00%; H = 0,00%
	Nivel académico	B = 83,34%; U = 16,66%	b = 16,67%; B = 66,66%; U = 16,67%

B: bachiller; b: básico; H: hombre; M: mujer; U: universitario.

Tabla 3. Diseño de un nuevo modelo de cuidados gerontológicos a partir de las características del actual modelo de cuidados de enfermería en centros residenciales

Temas	Categorías	Códigos
Modelo actual residencial	Insatisfacciones	Pérdida de autonomía
		Pérdida de intimidad
		Pérdida de identidad
		Precio elevado
		Alimentación defectuosa
		Postura defectuosa
		Maltrato de ropa y otras posesiones
	Fortalezas	Afecto del personal
		Limpieza de las instalaciones
		Compañía de personas semejantes
Afinidades	Ubicación cercana a la familia	
	Partidarios de usar el modelo	
Modelo futuro	Coordinación	No partidarios
		Técnico
	Localización	Iniciativa
		Domicilio
		Domicilio adaptado
	Participación	Institución
		Comunidad
		Intergeneracionalidad
	Financiación	Tercer sector
		Pública
		Pública mediante seguro voluntario
	Iniciativa	Privada
		No interesa a entidades públicas ni privadas
Popular		

(ST.M.b). Formalmente, las emociones fueron de ilusión, optimismo y agradecimiento por tener la oportunidad de reflexionar acerca de cuestiones que siempre se aplazaban.

Un caso expuso un modelo concreto descrito con ricos detalles: “los cuidados a los que yo aspiro los recibiré en mi hogar, que compartiré con personas de mi vida, que habrá sido construido para procurarnos altas cotas de independencia (confort y tecnología) y que sostendremos entre todos (máximo 8 personas) con un alquiler reducido (intervenido por el Gobierno). Los cuidados especializados (trabajador social, médico y enfermera) los coordinará la enfermera gerontológica, que es la que conoce nuestros nombres. Muchos equipos a domicilio funcionan porque los presupuestos han sido previstos. La ayuda del hogar (compra, limpieza y acompañamiento) la pagamos nosotros en común, con nuestras pensiones y las rentas de nuestras viviendas originales en propiedad” (CC.M.B).

DISCUSIÓN

El tamaño y localización de la muestra limitan poderosamente las conclusiones del estudio.

En pocas teorías de enfermería se discuten los importantes aspectos de los cuidados a las personas mayores. Es necesario desarrollar un modelo de cuidado de enfermería (más que de otro tipo de teorías contemporáneas) que tenga en consideración el envejecimiento humano²².

Como adelantaba la Dra. Ebersole acerca de las tendencias emergentes en el cuidado de los mayores, “la tendencia más importante en la administración de los cuidados es el crecimiento en la propia dirección”²³. Los temas prioritarios para investigar en el ámbito de los cuidados ofrecidos a mayores en las instituciones son la atención centrada en la persona, la dignidad, el número correcto de empleados y su suficiente cualificación²⁴. El aumento globalizado de puestos de trabajo para la enfermera de práctica avanzada ha demostrado que el sistema de salud puede ser más efectivo, seguro, accesible y con continuidad del cuidado²⁵.

Muchos mayores opinan que la institucionalización se ocupa de responder a las necesidades básicas, pero no promueve la vida independiente ni la autonomía²⁶, ni las relaciones sociales²⁷. Otros mayores comprueban que, aunque muchos aspectos son mejorables, algunos temores que sufrieron al ingresar en un centro fueron infundados²⁸.

La opción de vivir en “cohousing”, manteniendo tu privacidad dentro de unos espacios comunes, ha de plantearse como una alternativa especial, pero no para personas especiales, sino para cualquier persona. Los Países Bajos y Dinamarca tienen un prolongado y exitoso recorrido en esta organización de los espacios y las relaciones²⁹.

El caso concreto de “Humanitas” como experiencia exitosa de vida intergeneracional en los Países Bajos, apunta a la nueva dirección que pudiera tomar el cuidado de los mayores. Viviendas dentro de la comunidad e interacción social. Aunque son privadas, se integran en unos espacios comunes colectivos en los que son bienvenidos los vecinos de la comunidad. Personas jóvenes que desean residir allí pueden hacerlo, sin coste alguno para ellos, con la única obligación de interactuar y ayudar cortésmente al resto de habitantes. Se acaba con el concepto de instalaciones y servicios ofrecidos a personas mayores que se sienten invitados permanentes, pues la plantilla y los vecinos de la comunidad son los invitados y cada día es diferente, producto de la interacción personal³⁰.

En cuanto al rol de la enfermera, se corrobora con este estudio que la aportación que es capaz de hacer la enfermera gerontóloga en el cuidado de la persona mayor es, además de técnica, de relación humana³¹. La enfermera asesora a la persona mayor y a su familia acerca de los recursos existentes para recibir los cuidados adecuados a sus necesidades. En el caso de optar por la institucionalización es particularmente necesaria esta labor, que rompe estereotipos y alivia el sufrimiento³².

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos ofrecemos las siguientes conclusiones:

La mayoría de los hijos/as de residentes manifiesta que reciben un cuidado óptimo. Después de interpretar la información no verbal que acompaña al contenido expresado, se identifica relativa insatisfacción, que podría explicar el rechazo a recibir este tipo de cuidado en el futuro.

Sus propuestas de cuidado, expresadas con emociones de capacidad para cambiar la oferta actual, pasan por la domiciliación del cuidado, la especialización de los profesionales, con coordinación de enfermería gerontológica y una financiación mayoritariamente pública de atención universal ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Guión de entrevista semiestructurada

1. Datos personales de la persona institucionalizada. Edad, género, grado de dependencia y tiempo de institucionalización.
2. Datos personales del entrevistado. Edad, género, formación académica.
3. Explique brevemente cómo percibe el cuidado recibido por su padre/madre en relación con las necesidades humanas básicas.
4. Explique brevemente cómo percibe el cuidado del centro respecto a los objetos personales de su padre/madre.
5. Señale lo que más le guste del cuidado recibido por su padre/madre. De cualquier área: atención de necesidades, relaciones, financiación, ubicación, interacción con la comunidad, etc.
6. Cómo imagina que será el cuidado que usted reciba. En cualquier área: ídem a las anteriores (n.º 5).
7. Indique si alguien se interesó por conocer sus deseos u opinión respecto a este tema.
8. Indique su acuerdo con utilizar una residencia de mayores en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Leuven K. Advance care planning in healthy older adults. *California J Health Promot.* 2011;9(2):6-14.
2. Rosenfeld JP, Popko J. Home, Community, and Gerontocracy: Forecasting the Future of Senior Housing. *Generations: Journal of the American Society on Aging.* 2010;34(3):61-9.
3. Carroll J, Qualls SH. Moving into Senior Housing: Adapting the Old, Embracing the New. *Generations: Journal of the American Society on Aging.* 2014;38(1):42-7.
4. Falk H, Wijk H, Persson LO, Falk K. A sense of home in residential care. *Scand J Caring Sci.* 2013;27(4):999-1009.
5. Young A, Tinker A. The 1960s baby boomers: future needs and preferences. *Work Older People Brighton.* 2017;21(4):215-23.
6. Vitória Lini E, Rodrigues Portella M, Doring M, De Oliveira Santos MIP. Long-term care facilities for the elderly: from legislation to needs. *Rev Rene.* 2015;16(2):284-93.
7. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en Red. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
8. Ekman I, Skott C, Norberg A. A place of ones' own. The meaning of lived experience as narrated by an elderly woman with severe chronic heart failure. A case-study. *Scand J Caring Sci.* 2001;15(1):60-5.
9. McNeal GJ. Person-Centered Care Concepts and Principles. *ABNF J.* 2019;30(3):62-3.
10. Replacing alarms with person-centered care approaches. *CNA Train Advise Lesson Plans Busy Staff Train.* 2018;16(8):1-6.
11. Yasuda M, Sakakibara H. Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *Aging Ment Health.* 2017;21(9):991-6.
12. Scherrer Júnior G, Pinto Okun MF, Góes Passos K, De Cássia Erandes R, Castilho Alonso A, Silva Belasco AG. Quality of Living of Elderly Residents of Private Institutions. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE.* 2018;12(8):2113-9.
13. Abbott KM, Heid AR, Van Haitsma K. "We can't provide season tickets to the opera": Staff perceptions of providing preference-based, person-centered care. *Clin Gerontol.* 2016;39(3):190-209.
14. Developing an Alternative Funding Model for Residential Aged Care. *Aust Nurs Midwifery J.* 2018;26(3):13.
15. Jiménez Rodríguez JM, Fajardo Contreras C, Farouk Allam M. Gran dependencia y uso de servicios sanitarios: ¿un exceso de demanda? *Gerokomos.* 2014;25(4):148-51.
16. Esandi N, Canga A. Enfoque sistémico familiar: un marco para la atención profesional en la enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos.* 2016;27(1):25-6.
17. Morley A. Cohousing in Cuenca. *Lehigh Review.* 2009;17:60-9.
18. Kennedy C. The City of 2050-An Age-Friendly, Vibrant, Intergenerational Community. *Gener San Franc.* 2010;34(3):70-5.
19. Varguillas Carmona CS, Ribot de Flores S. Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Rev Educ.* 2007;23:249-62.
20. Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology.* Fourth Edition. Los Angeles: SAGE Publications; 2018.
21. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2009;17(6):349-57.
22. Wadensten B, Carlsson M. Nursing theory views on how to support the process of ageing. *J Adv Nurs.* 2003;42(2):118-24.
23. Ebersole P. Trends in care delivery models. *Geriatr Nur (Lond).* 1998;19(1):6-7.
24. Shepherd V, Wood F, Hood K. Establishing a set of research priorities in care homes for older people in the UK: a modified Delphi consensus study with care home staff. *Age Ageing.* 2017;46(2):284-90.
25. Ljungbeck B, Sjögren Forss K. Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. *BMC Nurs.* 2017;16:1-9.
26. De Oliveira JM, Rozendo CA. Long-stay institutions for the elderly: a place of care for those who have no choice? *Rev Bras Enferm.* 2014;67(5):773-9.
27. Do Rosário de Fátima Franco Batista M, Marques Meneses K, Ferrer Pompeu L, Ramon Sales e Silva R, Maria Miranda de Sousa C, Campêlo Lago E. Elders' Perception of their lives in long-term care facilities. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE.* 2014;8(7):1988-96.
28. Darton R. Great expectations: feedback from relatives and residents. *Nurs Resid Care.* 2012;14(10):534-8.
29. Bamford G. Cohousing for older people: housing innovation in the Netherlands and Denmark. *Australas J Ageing.* 2005;24(1):44-6.
30. Arentshorst ME, Kloet RR, Peine A. Intergenerational Housing: The Case of Humanitas Netherlands. *J Hous Elder.* 2019;33(3):244-56.
31. Antonio Coimbra V da S, Andrade Silva RMCR, Lopes Joaquim F, Ramos Pereira E. Gerontological contributions to the care of elderly people in long-term care facilities. *Rev Bras Enferm.* 2018;71:912-9.
32. Kao HS. Institutionalization in Taiwan. The role of caregiver gender. *J Gerontol Nurs.* 2003;29(10):12-21.