

Universidad Politécnica De Madrid
Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid

**LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA
METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y
LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS**

Tesis doctoral

Elisa Pozo Menéndez
Arquitecta

Madrid 2022

Universidad Politécnica de Madrid
Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid



POLITÉCNICA

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA

METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA
EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Tesis doctoral



Autora

Elisa Pozo Menéndez
Arquitecta

Directora

Ester Higuera García
Doctora arquitecta

Madrid 2022



POLITÉCNICA

Tribunal nombrado por el Magfco. y Excmo. Sr. Rector de la Universidad Politécnica de Madrid, el día _____ de _____ 20.....

Presidente _____

Vocal _____

Vocal _____

Vocal _____

Secretario _____

Suplente _____

Realizado el acto de defensa y lectura de la Tesis el día _____ de _____ de 202..... en la E.T.S. Arquitectura.

CALIFICACIÓN: _____

EL PRESIDENTE

LOS VOCALES

EL SECRETARIO

*Ten siempre a Ítaca en tu mente.
Llegar allí es tu destino.
Mas no apresures nunca el viaje.
Mejor que dure muchos años
y atracar, viejo ya, en la isla,
enriquecido de cuanto ganaste en el camino
sin aguantar a que Ítaca te enriquezca.*

Konstantino Kavafis, *Viaje a Ítaca*.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es el resultado de un camino elegido tras una crisis consciente que ha permitido un crecimiento personal siguiendo la intuición, pero que no hubiera sido posible sin el apoyo y guía de tantas personas a las que les agradezco profundamente su compañía en este viaje.

En primer lugar, a mi abuela Felisa Fidalgo, mi eterna musa, que nos dejó a los pocos días de cerrar el primer borrador de este trabajo. A mi directora de tesis, la profesora Ester Higuera García, por su confianza, apoyo y guía durante estos cuatro años y todas las oportunidades que me ha brindado para aprender y participar en múltiples proyectos profesionales y académicos. Gracias a toda mi familia, especialmente a mi padre, hermana y hermanos, por toda su motivación, ánimos, su paciencia y comprensión durante estos años. También a Alicia y Daniel, quienes me han enseñado lo fácil que puede ser todo afrontándolo con valor y energía; y a Raúl, por sus cuidados, apoyos constantes y ayuda en las distintas etapas de esta carrera de fondo.

A mi madre y familia materna, por recordarme que el olvido puede ser parte de mi futuro, y la importancia que tiene un entorno social y físico favorable.

A Lucía, por todos los pasos dados desde que nos hemos encontrado y por los retos que nos ayudan a seguir creciendo, y a Laura, por enseñarme el valor del tiempo y allanar el camino para la recta final de esta tesis.

A todo el equipo de la Universidad Politécnica de Madrid, especialmente al profesor José Fariña Tojo y a la profesora Emilia Román López, con quienes se inició este apasionante camino en salud y urbanismo, así como compañeros y compañeras con los que he coincidido en distintos proyectos. A todas las personas que me han abierto las puertas de sus residencias, proyectos e iniciativas en el extranjero, especialmente a Neveen Hamza, Barbara Douglas, Rose Gilroy y Catherine Butcher, por todo lo aprendido en Newcastle-upon-Tyne; a Diego Sánchez, por sus llamadas de ánimos; y a Rafa, por la ilustración de la portada; a Jan Goddaer, por su altruismo e inspiración para seguir aprendiendo; a Eloy van Hal, por sus reflexiones que trascienden el sector de los cuidados para cuestionarnos la esencia de la vida en nuestras sociedades; y a Veerle Baert, por su rigor y motivación en mejorar el trabajo realizado.

Por último, a los equipos profesionales y entidades que me han brindado la oportunidad de llevar toda la teoría a la acción y continuar la trayectoria que comienza con este trabajo.

A todas las personas no mencionadas expresamente y que han sido parte igualmente de este proceso cocinado a fuego lento: gracias.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

RESUMEN

El envejecimiento de la población está suponiendo una transformación para casi todos los sectores de la sociedad; sin embargo, vivir más años no es sinónimo de vivir bien. Aunque la demencia no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, existe un mayor riesgo en personas adultas mayores, sobre todo a partir de los 85 años. La demencia es un síndrome causado por varias enfermedades cerebrales que van progresivamente deteriorando diversas funciones, como la memoria, el comportamiento, el intelecto y la capacidad para realizar actividades cotidianas. Es, por tanto, una de las principales causas de discapacidad y dependencia para las personas mayores del mundo entero. En Europa, a pesar de la disminución de la prevalencia, el número de personas con demencia se duplicará en las siguientes décadas, llegando a afectar a más de 18,8 millones de toda la región europea en 2050, donde se estima que en España la cifra sea de más de 1,7 millones (9%).

Recientes investigaciones relacionan como factores de riesgo la obesidad, la hipertensión, la diabetes, la pérdida auditiva, el aislamiento social, la inactividad física y la contaminación del aire, entre otros; factores que están relacionados estrechamente con el entorno urbano. Por otra parte, los avances en el campo sociosanitario hacia un modelo de Atención Centrada en la Persona demandan que las ciudades y los espacios públicos se planifiquen y diseñen con esta perspectiva, para mejorar las oportunidades para prevenir el deterioro cognitivo y para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores. Por una parte, el diseño del espacio público ha de posibilitar y facilitar el que la persona pueda mantener sus rutinas diarias, pero también promover la interacción social. Por otra parte, los servicios y las actividades de la ciudad han de adaptarse también y ofrecer espacios inclusivos para que las personas con demencia sigan participando en la comunidad.

La presente investigación aborda ambos temas desde la planificación y el diseño urbano mediante una revisión bibliográfica y documental, y un estudio etnográfico de 12 casos de estudio. Los casos de estudio seleccionados se ubican en 3 países europeos: Bélgica, Reino Unido y Países Bajos. Para cada uno de ellos, se ha realizado un análisis a partir de la observación directa de la visita, un análisis a partir de cartografías urbanas y esquemas basados en el concepto de legibilidad de Lynch. Adicionalmente, se realizaron entrevistas a agentes clave en cada uno de los contextos locales. En Bélgica se visitaron 3 residencias para personas con demencia basadas en el concepto de “vida normalizada en entornos de pequeña escala” y 2 ciudades amigables con las personas con demencia.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

En Reino Unido, se estudiaron un total de 4 proyectos, 3 de ellos equipamientos amigables con personas con demencia, uno de ellos un nuevo concepto de ‘*villa de demencia*’ (original: *dementia village*); y, por otra parte, la visita a varios proyectos e iniciativas dentro de una misma ciudad “amigable con la demencia” y sede del Centro Nacional de Innovación en Envejecimiento (NICA). En Países Bajos se visitó el conocido proyecto De Hogeweyk, la primera *dementia village* y otro proyecto centrado en el diseño de recorridos biosaludables integrados en el espacio público y en conexión con un equipamiento sociosanitario.

A partir de la revisión bibliográfica y el análisis de estas experiencias, se han identificado necesidades específicas de las personas con demencia que pueden ser resueltas o mejoradas con un diseño del espacio público que incorpore los conceptos de familiaridad, identidad, legibilidad, inclusión, confort, estimulación positiva y seguridad. Más allá de la accesibilidad universal, existen criterios de planificación urbana y de diseño del espacio público que deben abordarse desde una perspectiva en múltiples escalas. Asimismo, se identifica la relevancia que el urbanismo y el diseño de la ciudad tienen no solo para la prevención y reducción del riesgo de demencia, sino para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia, sus familiares y cuidadores.

ABSTRACT (INGLÉS)

The ageing of the population is transforming almost all sectors of society; however, living longer is not synonymous with living well. Although dementia is not an inevitable consequence of ageing, there is an increased risk in older adults, especially from the age of 85 onwards. Dementia is a syndrome caused by several brain diseases that progressively impair various functions, such as memory, behaviour, intellect and the ability to perform daily activities. It is therefore one of the main causes of disability and dependency for older people worldwide. In Europe, despite the decline in prevalence, the number of people with dementia will double in the coming decades, affecting more than 18.8 million in the entire European region by 2050, with the figure in Spain estimated to be more than 1.7 million (9%).

Recent research links obesity, hypertension, diabetes, hearing loss, social isolation, physical inactivity, and air pollution, among others, as risk factors that are closely related to the urban environment. On the other hand, advances in the socio-health field towards a Person-Centred Care model demand that cities and public spaces are planned and designed with this perspective, to improve opportunities to prevent cognitive decline and to improve the quality of life of people with dementia and their caregivers. On the one hand, the design of public space should enable and facilitate the person to maintain daily routines, but also promote social interaction. On the other hand, services and activities in the city must also adapt and provide inclusive spaces for people with dementia to continue to participate in the community.

This research addresses both issues from the perspective of urban planning and design through a literature and document review and an ethnographic study of 12 case studies. The selected case studies are located in 3 European countries: Belgium, the United Kingdom and the Netherlands. For each of them, an analysis has been carried out based on direct observation of the visit, an analysis based on urban cartographies and schemes based on Lynch's concept of legibility. In addition, interviews were conducted with key actors in each of the local contexts. In Belgium, 3 residences for people with dementia based on the concept of "normalised living in small-scale settings" and 2 dementia-friendly cities were visited. In the UK, a total of 4 projects were studied, 3 of them dementia friendly facilities, one of them a new concept of 'dementia village'; and on the other hand, the visit to several projects and initiatives within a single 'dementia friendly' city and home of the National Innovation Centre on Ageing (NICA). In the Netherlands, we visited the well-known De Hogeweyk project, the first dementia village and another project focused

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

on the design of bio-health paths integrated in the public space and in connection with a social and health care facility.

From the literature review and the analysis of these experiences, specific needs of people with dementia have been identified that can be solved or improved with a public space design that incorporates the concepts of familiarity, identity, legibility, inclusion, comfort, positive stimulation and safety. Beyond universal accessibility, there are urban planning and public space design criteria that need to be addressed from a multi-scale perspective. It also identifies the relevance of urban planning and city design not only for the prevention and reduction of dementia risk, but also for improving the quality of life of people with dementia, their families and caregivers.

ÍNDICE

I PARTE	1
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y MARCO GENERAL	3
1.1. INTERÉS PERSONAL Y MARCO GENERAL.....	4
1.2. ANTECEDENTES.....	6
1.3. OPORTUNIDAD DEL TEMA	31
1.4. ALCANCE	37
1.5. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	38
CAPÍTULO 2. HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.....	39
2.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN E HIPÓTESIS	40
2.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	40
2.3. METODOLOGÍA	41
II PARTE: ESTADO DEL ARTE.....	43
3. CIUDAD Y DEMENCIA: PREVENCIÓN, INCLUSIÓN Y CALIDAD DE VIDA.....	45
3.1. QUÉ ES LA DEMENCIA.....	46
3.2. PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN.....	53
3.3. DEL MODELO BIOMÉDICO AL MODELO BIOPSICOLÓGICO	61
3.4. EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y CALIDAD DE VIDA.....	68
3.5. EL DISEÑO DEL ESPACIO PÚBLICO PARA PERSONAS CON DEMENCIA.....	74
3.6. RESULTADOS PARCIALES DEL ESTADO DEL ARTE.....	84

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR
EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

III PARTE: CASOS DE ESTUDIO EUROPEOS	95
4. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CASOS DE ESTUDIO EUROPEOS	97
4.1. MODELOS DE CUIDADOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN EUROPA	99
4.2. PLANES NACIONALES DE DEMENCIA	100
4.3. CASOS DE ESTUDIO EUROPEOS: CRITERIOS DE SELECCIÓN	107
4.4. ESTRUCTURA DE LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN	111
4.5. REINO UNIDO	113
4.6. BÉLGICA.....	163
4.7. PAÍSES BAJOS	233
4.8. COMPARACIÓN DE CASOS DE ESTUDIO	265
4.9. RESULTADOS PARCIALES DE LOS CASOS DE ESTUDIO EUROPEOS.....	271
5. REFLEXIONES FINALES PARA PLANIFICAR CIUDADES AMIGABLES CON LA DEMENCIA EN EL CONTEXTO ESPAÑOL	273
5.1. MARCO DE REFERENCIA PARA UN NUEVO MODELO DE CUIDADOS	274
5.2. LA CIUDAD SALUDABLE PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y ENTORNOS INCLUSIVOS EN ESPAÑA.....	278
5.3. LA ESCALA DE ACCIÓN PARA LA REGENERACIÓN URBANA CENTRADA EN EL BARRIO: ENTORNO FÍSICO Y CUIDADOS.....	280
5.4. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA EN EL CONTEXTO ESPAÑOL.....	283
IV PARTE: RESULTADOS	287
6. CONCLUSIONES	289
6.1. RESULTADOS.....	290
6.2. DISCUSIÓN	300
6.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	302

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR
EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

6.4.	CONCLUSIONES	304
6.5.	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	308
6.6.	FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	309
	RESULTS	310
	DISCUSSION.....	319
	HYPOTHESIS TESTING	321
	CONCLUSIONS.....	322
	LIMITATIONS OF THE RESEARCH.....	326
	FUTURE LINES OF RESEARCH.....	327
7.	RESULTADOS CIENTÍFICOS Y MÉRITOS DURANTE EL PERÍODO DE INVESTIGACIÓN (2018 – 2022)	329
8.	BIBLIOGRAFIA	337
9.	ANEXOS.....	363

I PARTE

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y MARCO GENERAL

En este capítulo se explica el interés personal y la oportunidad del tema objeto de la tesis, incluyendo una exposición de los antecedentes en los que se enmarca la investigación, que justifican la idoneidad de ésta. Como conclusión del capítulo, se enmarca el alcance de la tesis y las preguntas de investigación.

La estructura del capítulo es la siguiente:

- 1.1. Interés personal y marco general
- 1.2. Antecedentes
 - 1.2.1. El barrio, unidad de la ciudad de proximidad
 - 1.2.2. La ciudad saludable
 - 1.2.3. La legibilidad del espacio público como estrategia para una vida cotidiana de una persona con demencia
 - 1.2.4. De las ciudades amigables con las personas mayores (*Age-friendly communities*) a la década del envejecimiento saludable 2020-2030
 - 1.2.4. Ciudades o comunidades amigables con las personas con demencia (*Dementia-friendly communities*)
- 1.3. Oportunidad del tema
- 1.4. Alcance
- 1.5. Preguntas de investigación

1.1. INTERÉS PERSONAL Y MARCO GENERAL

La presente investigación se enmarca en un contexto de oportunidad para inspirar mejores prácticas de diseño y de planificación urbanas y, por lo tanto, mejorar la calidad de vida en las ciudades. En primer lugar, por los retos a nivel mundial que han sido definidos en la Agenda 2030 y articulados en 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2015), donde se destaca el ODS#11 “Ciudades y Comunidades Sostenibles”, ODS#3 “Buena Salud” y ODS#14 “Lucha contra el cambio climático”; por otra parte, la realidad de una población mundial principalmente urbana y una transformación demográfica en la que el porcentaje de personas mayores se incrementará en las próximas décadas frente a la disminución del porcentaje de población infantil, lo cual supone una necesidad de planificar ciudades y comunidades amigables que ofrezcan una buena calidad de vida a todos sus habitantes a lo largo de todo su ciclo vital (UN-Habitat, 2022).

En este marco global, España es un país con una esperanza de vida muy elevada a nivel internacional (OECD, 2021), pero vivir hasta edades más avanzadas no siempre significa que se viva bien. En este sentido, nuestro país se sitúa detrás de la media europea respecto a “años de vida saludable” una vez pasados los 65 años (Eurostat, 2017)¹. Además, el envejecimiento de la población en España será mucho más acelerado en las próximas décadas (INE, 2014)², en comparación con otros países europeos, como consecuencia de esta mayor longevidad, y acentuado por la baja tasa de natalidad que se viene registrando desde finales de los años 70 hasta la actualidad (Fernández, Parapar, & Ruíz, 2010). Así, en 2035 se estima una esperanza de vida de 87,7 años para las mujeres españolas y de 83,2 años para los hombres, edad que irá aumentando también de forma progresiva (INE, 2022b).

¹ La media de años de esperanza de vida de la población española que superan los 65 años es de 23 años para mujeres y 19 años para hombres, frente a la media en Europa que es de 21,2 años para mujeres y 17,9 años para hombres. Sin embargo, los años de vida saludable a partir de los 65 años son 8,9 para las mujeres españolas frente a los 9,4 años de la media europea y 9,5 años para los hombres frente a 9,4 años en comparación con la media europea. Se pone de manifiesto que las mujeres viven más años, pero con peor calidad de vida. Fuente: Eurostat, 2017. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/elderly/index.html>. Último acceso: 28/10/2022.

² Las proyecciones demográficas para las próximas décadas estiman que el porcentaje de población mayor de 65 años, que se sitúa actualmente en torno al 18% pasará en 2030 a un 25% y en 2060, a un 40%. Fuente: INE, 2014.

El contexto de pandemia por la Covid-19 ha vuelto a poner el foco del urbanismo en la salud. Pero las enfermedades del siglo XXI no son las infecciosas – exceptuando estos años recientes de emergencia sanitaria – sino las enfermedades crónicas, de las cuales, en la ciudad, se identifican factores del diseño urbano que aumentan el riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular, respiratoria o de enfermedad mental (Pozo-Menéndez & Higuera García, 2020).

Finalmente, el reciente debate sobre el nuevo modelo de residencias de mayores en España y su aprobación por el Gobierno y las Comunidades Autónomas en junio de 2022 es actualmente un marco para la acción donde se vislumbran importantes transformaciones (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). Si bien esta investigación se inició en 2018, se identificaron rápidamente carencias en la planificación gerontológica de la ciudad para facilitar que las personas mayores puedan permanecer al máximo en sus viviendas con servicios de proximidad y un entorno accesible, pero también en la continuidad entre esa independencia y autonomía y el paso a un centro residencial cuando se hace inviable permanecer en la vivienda.

Dicho debate, fruto del terrible impacto que la pandemia Covid-19 ha tenido en las residencias de mayores, sobre todo en España, ha sido igualmente relacionada con una falta de conservación del patrimonio edificado y paisajístico de nuestro país y la progresiva pérdida del bien común³ unido “a la falta de amor y respeto en la creación de la sutil retícula que deberían componer las casas de retiro de los mayores” (Rubio, 2022). Esta referencia a la necesidad de la belleza y protección de la historia construida en nuestros entornos en la pequeña escala se vinculan con un “patrimonio físico y simbólico, (...) una idea de responsabilidad estética y de memoria para las siguientes generaciones” (Vidal-Folch, 2022)⁴. Se necesitan entornos acogedores para que la rutina diaria sea lo

³ “El bien común (*utilitas publica*), glosado por Marco Tulio Cicerón, da cuenta no solo de los bienes comunitarios de uso indistinto por todos los hombres (*res communes omnium*), citados por Elio Marciano, como el aire, el agua, el mar y sus costas, sino también del decoro urbano (*decor urbis*) y de los lugares más bellos (*loca venustiora*); es decir, de la belleza de un edificio que orna la ciudad (*urbis ad ornatum*) y que da gloria (*laus*) a la ciudadanía que lo ha deseado” (Rubio, 2022; pp.94-95).

⁴ El artículo de Vidal-Folch (2022) concluye con la siguiente visión “a lo peor, cuando - no falta mucho - tengamos que imperativamente empezar a renunciar a algunas cosas que hasta ahora hemos dado por alegremente garantizadas, empezando por ciertos suministros, cuando la vida

más agradable posible. Cuando la demencia aparece, así como otras enfermedades crónicas, los entornos de proximidad cobran protagonismo como escenarios donde las rutinas diarias pueden facilitarse para ofrecer una mayor autonomía, participación, autorrealización y calidad de vida⁵, o, por el contrario, convertirse en entornos inseguros y limitantes para mantener las capacidades remanentes.

Por último, pero no por ello menos relevante, la necesidad de que la ciudad tenga un diseño inclusivo que considere las necesidades específicas de las personas con demencia también tiene beneficios sociales, ya que “se abre una oportunidad para que más personas contribuyan - y sigan contribuyendo - a la sociedad de manera significativa” (Holmes, 2020; p.13).

Además, en un momento histórico condicionado por el emprendimiento, el liderazgo, el desarrollo personal y las investigaciones más punteras sobre neurociencia, resulta relevante la importancia que el entorno urbano tiene para favorecer un estilo de vida saludable y que la “coreografía” del día a día genere bienestar en vez de una mayor carga de estrés.

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1. El barrio, unidad de la ciudad de proximidad

Ya a principios del siglo XX, el urbanista Clarence A. Perry (1929) definió un modelo urbano basado en las distancias de proximidad para mejorar la interacción y la cohesión social en lo que llamó la “Unidad de barrio” (*Neighbourhood Unit*). Este modelo se basaba en un entorno urbano diseñado para una población de 5.000 a 9.000 habitantes en un radio de un cuarto de milla (400 m), lo cual aseguraba una densidad suficiente para “disponer de una escuela primaria”, incorporando equipamientos, servicios y un centro comunitario en el centro del barrio (Perry, 1929). Asimismo, otro principio importante de las *Neighbourhood Units* era la jerarquía del viario, donde los límites de éstas eran las

corriente sea más áspera, menos dulce que ahora, quizá querremos consolarnos disfrutando de la belleza de los entornos. Miraremos alrededor y ojalá no tengamos que constatar que ella también ha ardido en la hoguera de las vanidades”.

⁵ Los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad (Naciones Unidas, 1991).

calles periféricas, donde se concentraban las circulaciones y los comercios principales⁶. Aunque principalmente la *Neighbourhood Unit* fue originalmente concebida para mejorar y transformar los suburbios periféricos, tuvo un gran éxito a lo largo del siglo XX, considerada en planes como el Plan de Londres de Abercrombie (1943), en las *New Towns* (ciudades nuevas) de los años 50 y 80 o en las *superquadras* ideadas por Lucio Costa y Oscar Niemeyer para Brasilia (Carpio-Pinedo, Pozo Menéndez, Lamíquiz Daudén, & Higuera García, 2021).



Figura 1. Principios de la Neighbourhood Unit. Fuente: Carpio-Pinedo, Pozo Menéndez, Higuera García y Lamíquiz Daudén (2021) Esquema redibujado por los autores a partir de Perry (1929).

⁶ Explicación visual utilizando herramientas GIS del concepto del 'neighbourhood unit'. Fuente: Morphocode (2021). *The 5-minute walk*. Disponible en: <https://morphocode.com/the-5-minute-walk/> Último acceso: 28/02/2022.

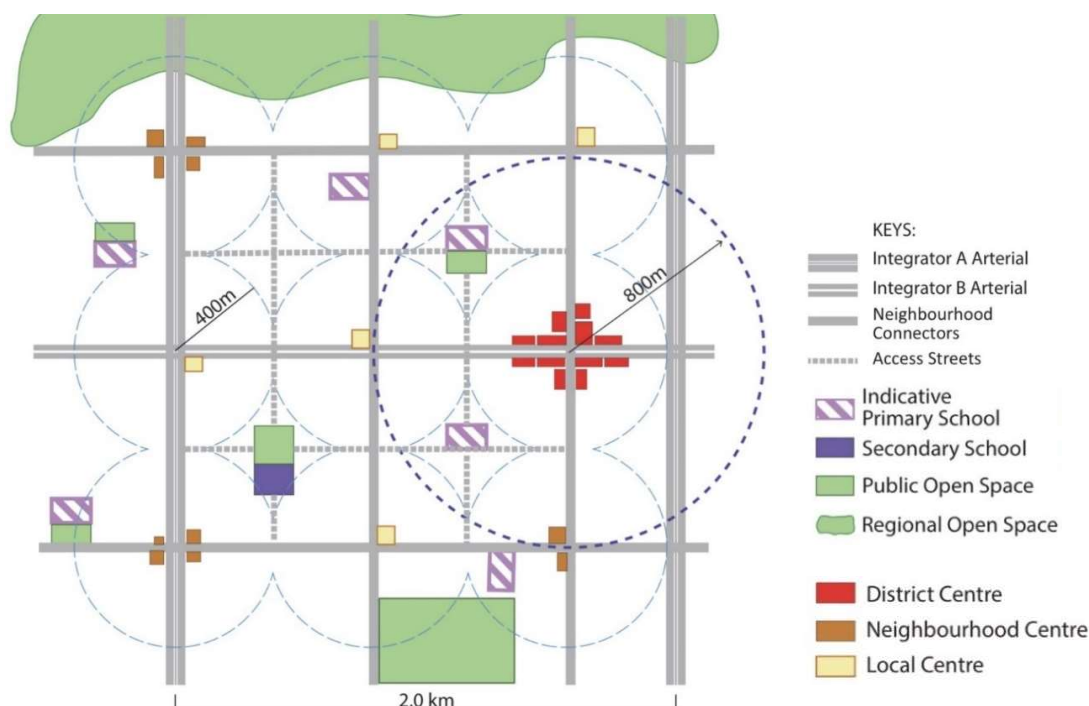


Figura 2. Jerarquía de las calles para la escala del distrito y principios de la Neighbourhood Unit aplicados en las políticas desarrolladas en “Liveable neighbourhoods policy”. Fuente: Western Australian Planning Commission (WAPC) (2021)⁷.

Por otra parte, y desarrollado en las últimas décadas, destaca también el proyecto de regeneración urbana de las *Supermanzanas*⁸ desarrollado por Salvador Rueda. Las *Supermanzanas* consisten en células urbanas de unos 400 - 500 metros de lado que, conectadas en red, permiten jerarquizar el tráfico y limitarlo al viario periférico, mientras el interior de las *Supermanzanas* se libera de la presencia del vehículo privado y se transforma en zonas de prioridad peatonal (10 km/h), donde la circulación se restringe exclusivamente a la necesaria por servicios, accesibilidad o emergencias (Banco Interamericano de Desarrollo, 2015; Rueda Palenzuela, 2016, 2019). En este sentido, la Agencia de Ecología Urbana de Barcelona trabaja en lo que denominan “urbanismo ecosistémico” (Rueda Palenzuela, 2008, 2020, 2022), entendiendo en primera instancia

⁷ Western Australian Planning Commission (WAPC) (2021). *Liveable neighbourhoods*. Disponible en: <https://www.wa.gov.au/government/publications/liveable-neighbourhoods>. Último acceso: 28/10/2022.

⁸ *Superilles* en catalán. Más información sobre el proyecto de Superilles actual en Barcelona disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/superilles/es/>. Último acceso: 28/10/2022.

la necesidad de recuperar los espacios públicos como espacios para las personas, donde puedan suceder multiplicidad de actividades gracias a un diseño urbano seguro y accesible, que al mismo tiempo fomente la vida social, las relaciones de vecindad y la economía de proximidad. El modelo de Supermanzanas ha sido estudiado y propuesto en varias ciudades españolas (GasteizBerri, 2022), donde el ejemplo de Barcelona es el más conocido (Bravo, 2016) y ha sido analizado desde el punto de vista de su impacto positivo en la salud (Mueller et al., 2017).



Figura 3. Esquemas de funcionamiento y reorganización de las Supermanzanas. Fuente: Salvador Rueda.

En este sentido, destacan también los trabajos de *La ciudad paseable* (Pozueta Echavarrí, Lamíquiz Daudén, & Porto Schettino, 2013) y *La ciudad para las personas*⁹ (Gehl, 2010), donde se pone en valor el espacio público como lugar de encuentro por excelencia en las ciudades y su importancia para mejorar la calidad de vida de las

⁹ *Cities for people*, título original en inglés.

personas. Para ello, es preciso diseñar espacios y planificar la ciudad en base a la escala humana, considerando el ir a pie como el medio de desplazamiento más saludable, ecológico e inclusivo, y teniendo en cuenta las distintas necesidades en función de la edad, tamaño y distintas capacidades de la heterogeneidad social existente en cualquier ciudad. Planear las ciudades para desplazamientos a pie, requiere igualmente una reflexión sobre la calidad de los espacios públicos para que sean accesibles e inclusivos, además de planificar las funciones y los programas de la ciudad para fomentar la diversidad.

Teniendo en cuenta esta necesidad de planificar las ciudades para favorecer desplazamientos a pie, el proyecto europeo PASTA¹⁰ (PASTA, 2017) demostró que alrededor de un 40% de los desplazamientos diarios en coche o en transporte público en las ciudades eran para rutas de menos de 5 km. En muchos de estos casos, precisamente el diseño del entorno urbano era una de los condicionantes principales que favorecía un medio de transporte u otro. Otro resultado de interés fue que la población que era más activa a diario mantenía un estilo de vida más activo en general (ocio, deporte), lo cual supone un impacto muy positivo en la salud, independientemente de los beneficios que representa en cuanto a la reducción de la contaminación del aire o de los accidentes. Este proyecto es un ejemplo del interés y el cuestionamiento que suscitan las ciudades en la actualidad, donde el diseño de los entornos urbanos basados en el tráfico rodado genera distanciamiento en vez de proximidad. Para Stahle (2016) es precisamente la condición de proximidad la que fomenta y acelera el desarrollo urbano y, por lo tanto, resulta necesaria y deseable una transformación radical de los entornos urbanos hacia una movilidad activa, a pie o en bicicleta, para facilitar esos contactos humanos (Stahle, 2016).

Otro ejemplo de planificación urbana en base a los principios de proximidad, espaciales y temporales, es el *Programa piloto de barrios de 20 minutos* desarrollado en el plan estratégico de la ciudad de Melbourne (2017-2050), donde se prevén entornos urbanos que puedan satisfacer todas las necesidades de la población en una distancia corta, de

¹⁰ Physical Activity Through Sustainable Transport Approaches (PASTA, 2017). Proyecto europeo financiado por la Unión Europea. Más información en: <https://www.pastaproject.eu/>. Último acceso el: 28/10/2022.

800 m como máximo, que pueda ser recorrida a pie o en modos de transporte activos desde la vivienda (State of Vitoria, 2019).



Figura 4. Elementos para la planificación urbana de barrios de 20 minutos. Fuente: State of Vitoria (2019), p.24.

Por último, recientemente el concepto de la ciudad de los 15 minutos¹¹ (Moreno, 2020) ha adquirido una gran relevancia a partir de la situación de crisis derivada por la pandemia Covid-19, gracias a las medidas implementadas en la ciudad de París para la reactivación económica y la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía (Reid, 2020). Este planteamiento se ha recogido en otros planes locales, donde el objetivo principal es la promoción de la salud en todas las políticas y donde se establece la relación directa con el entorno físico construido (City of Vancouver, 2015; Leppo, Ollila, Peña, Wismar, &

¹¹ La ciudad de 15 minutos se define como una ciudad en la que la cercanía de los servicios facilita la vida y sirve a los ciudadanos, basada en la regeneración urbana para proveer de las necesidades diarias en un entorno de proximidad, la optimización del uso de los edificios y espacios construidos en la ciudad y en una estrategia de territorio policéntrico para reducir la desigualdad social entre el centro y las periferias. Fuente: entrevista a Carlos Moreno (2021) en France24. 'La ciudad de los 15 minutos ya no es una utopía'. Disponible en: <https://www.france24.com/es/programas/5-minutos-con/20210426-5minutos-carlos-moreno-ciudad-15-minutos-medio-ambiente>. Último acceso: 28/10/2022.

Cook, 2013). La ciudad del cuarto de hora se basa en la noción del ‘crono-urbanismo’, es decir, que la calidad de vida en la ciudad es inversamente proporcional a la cantidad de tiempo que se invierte en el transporte, debido al uso del automóvil (Moreno, Allam, Chabaud, Gall, & Pratlong, 2021). Para asegurar que estos entornos de proximidad satisfacen las necesidades de la ciudadanía, los barrios han de incluir una oferta de viviendas mixta, oficinas y espacios de trabajo, comercios, servicios de salud y sanitarios, educación y ocio. Para conseguir esta meta, resulta necesario renovar y rediseñar los barrios en función a cuatro características: densidad, diversidad, proximidad y digitalización, todo ello basado en nuevos servicios en las ciudades y el desarrollo de la tecnología y los datos al servicio de la optimización de recursos.

Es en este contexto donde cabe plantearse el abordaje de la ciudad de proximidad teniendo en cuenta el envejecimiento demográfico de la población. Así, la *Neighbourhood Unit* de Perry consideraba las escuelas como equipamiento esencial que debía situarse en el corazón del barrio, en un entorno seguro y sin tráfico, medida que en la actualidad está siendo desarrollada como estrategia de planificación en ciudades como Barcelona¹² (Ayuntamiento de Barcelona, 2020) y Madrid¹³ (Ayuntamiento de Madrid, 2018) con medidas para actuar en el entorno inmediato de los centros educativos para pacificar el tráfico y proteger del ruido, la contaminación y promocionar la movilidad activa, además de la estrategia complementaria de renaturalización de entornos escolares para mitigar el efecto de isla de calor a través de patios naturalizados.

¹² Proyecto *Protegemos las escuelas*. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/ecologiaurbana/es/que-hacemos-y-porque/urbanismo-para-los-barrios/protegemos-escuelas>. Último acceso: 28/10/2022.

¹³ Ayuntamiento de Madrid. Estrategia Urbana. *Renaturalización de entornos escolares*. Disponible en: <https://estrategiaurbana.madrid.es/entornos-escolares/>. Último acceso: 28/10/2022.



Figura 5. El colegio como centro de reflexión de los entornos urbanos para la promoción de la salud. Fuente: Ayuntamiento de Madrid.

Es también la población infantil la que consigue movilizar a la población adulta para exigir entornos urbanos más seguros e inclusivos, que derivó en la promoción de la bicicleta en Holanda (Bicycle Dutch, 2014). Sin embargo, en sociedades envejecidas donde la tasa de natalidad está disminuyendo y el porcentaje de población mayor adulta aumenta, cabe cuestionarse cómo incluir el enfoque gerontológico en la planificación y diseño urbanos. En este punto, es en Japón donde las políticas de promoción del envejecimiento activo han sido una referencia a nivel mundial, principalmente por el interés que ha despertado este país al ostentar también unas de las esperanzas de vida más elevadas en el panorama internacional (Department of Economic and Social Affairs & Division Population, 2020; OECD, n.d.; World Atlas, n.d.). Por ejemplo, se destacan las políticas japonesas de envejecimiento activo, basadas en áreas de la ciudad accesibles en un máximo de 30 minutos donde existen servicios de enfermería, servicios sociales y sanitarios, así como redes comunitarias de proximidad y distintos tipos de redes asociativas (Picard, 2022), o por otra parte, las iniciativas de inclusión de personas con demencia (Alzheimer's Society, 2022).

Los ejemplos anteriores muestran los distintos enfoques que se han establecido en el contexto internacional en aras de favorecer una ciudad de proximidad, organizada en unidades más pequeñas -barrios, supermanzanas o *superquadras*- o en la noción del tiempo como unidad de medida (15 ó 20 minutos). Este planteamiento ha sido definido desde principios del siglo XX y ha ido evolucionando y adaptándose a las distintas tipologías y contextos urbanos, siendo recuperado en la actualidad por la importancia de revertir los esquemas de movilidad actuales basados en el vehículo privado. Sin embargo, se observa un interés único por la configuración de estas unidades urbanas alrededor de los centros escolares, marcado sin duda por la sensibilidad a proteger los entornos habituales de la infancia y, en siglos anteriores, por la menor longevidad de la población. Sin embargo, las tendencias demográficas muestran un porcentaje de población adulta que superará a la población infantil, y por lo tanto, es importante también considerar resolver una oferta de recursos y servicios que garantice su calidad de vida en ese entorno de proximidad.

1.2.2. La ciudad saludable

Desde hace décadas, entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud y UN-Habitat (2020) han promovido la implementación de la salud en todas las políticas y, en especial, en la planificación urbana, en base a la siguiente definición de salud: “no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado pleno de bienestar físico y mental” (OMS, 1946). En el documento *Promoción de la salud en el contexto urbano*, primera publicación del proyecto de Ciudades Saludables de la Organización Mundial de la Salud¹⁴, los autores enfatizan el concepto de salud y de su promoción definidos por Nutbeam¹⁵ (1986) concluyendo que la salud de una ciudad está directamente relacionada con su funcionamiento, tanto físico como social; y con el grado en el que la ciudad posibilita la interacción entre sus habitantes, para que puedan apoyarse en su propio crecimiento y desarrollo de todas las esferas de sus vida y alcanzar su máximo potencial (Hancock & Duhl, 1988).

¹⁴ Traducción del original: *Promoting Health in the Urban Context. WHO Healthy Cities Project.*

¹⁵ La salud se define como “la capacidad de alcanzar el propio potencial y de responder positivamente a los desafíos del entorno”, mientras que la promoción de la salud se identifica con “el proceso por el cual los individuos y las comunidades pueden tener un mayor control sobre sus determinantes de salud, y, por tanto, mejorar su salud” (Nutbeam, 1986).

En esta reflexión sobre la definición de los atributos de la ciudad saludable, llaman la atención las definiciones de Lynch y de Doxiadis. Para Lynch (1981), una ciudad “buena” es “aquella que permite el desarrollo continuo del individuo o del grupo y su cultura... un lugar es bueno si permite la continuidad de su cultura y la supervivencia de su población, aumenta el sentimiento de conexión y pertenencia con el tiempo y el espacio, y estimula el desarrollo individual: crecimiento, en una comunidad, a través de la apertura y la conexión” (p.116), aunque los aspectos que destaca se centra sobre todo en dimensiones que tienen que ver con la provisión de los elementos básicos (alimentos, energía, agua, aire y recogida selectiva de residuos) y seguridad (respecto a catástrofes naturales sobre todo). Pero existe una reflexión sobre la necesidad de “consonancia del entorno espacial con los ritmos biológicos del ser humano”, entre los que se incluyen los ritmos circadianos, la necesidad de estímulos sensoriales óptimos y se promueve la actividad física, entre otros. Y, en concreto, para Lynch la forma de la ciudad ha de ser claramente percibida y permitir la orientación espacial y temporal para que las personas puedan fácilmente encontrarse con otras personas, desarrollar sus actividades, acceder a los servicios y lugares que necesitan para satisfacer sus demandas diarias (Hancock & Duhl, 1988; Lynch, 1981).

Por otra parte, Doxiadis vuelve a la esencia de la ciudad a partir de la definición más universal, refiriéndose a Aristóteles, en la que el objetivo de la ciudad es crear un entorno seguro para que la ciudadanía –el ciudadano– pueda ser feliz y que ofrezca oportunidades para precisamente ayudarlo en ese desarrollo personal. Para él, existen cinco necesidades humanas que la ciudad debe satisfacer (Doxiadis, 1974):

- Maximizar las oportunidades de contacto con otras personas, recursos, servicios, etc.
- Minimizar el esfuerzo por realizar esos contactos (en términos de energía, tiempo y coste). En aras de maximizar los contactos potenciales, los humanos intentan acercar los bienes a sus entornos.
- Optimizar el espacio de protección y un entorno seguro, creando un equilibrio entre esa proximidad a personas y bienes; y la saturación y congestión excesiva, que puede llevar a sentimientos de inseguridad o incluso amenaza.
- Optimizar las relaciones con los otros elementos del sistema: naturaleza, sociedad, edificios y las redes de comunicación.

- Crear un equilibrio entre los cuatro elementos previos, donde Doxiadis propone otros cinco parámetros que los humanos necesitan en sus ciudades: libertad para moverse (y maximizar los contactos potenciales), seguridad, calidad de vida acorde a sus aspiraciones, contacto humano, y creatividad y crecimiento individual.

Estas definiciones de ciudad saludable por Hancock y Duhl (1988) surgen en el mismo momento en el que se constituyó la Red Europea de Ciudades Saludables¹⁶ con el objetivo de generar una base común para implementar la estrategia de la OMS de “Salud en todas las políticas” y la Carta de Ottawa sobre la promoción de la salud (Edwards & Tsouros, 2008).

La ciudad saludable (así como la ciudad sostenible o ecológica) se considera como un proceso en la búsqueda de una mejora de las condiciones de salud y de la calidad de vida de sus habitantes, a través de la mejora de sus entornos físicos y sociales, y de los recursos que pone a disposición de las comunidades (Price & Tsouros, 1996). Y termina definiéndose como aquella que tiene una oferta de vivienda y un entorno urbano en buen estado de mantenimiento y seguro, integrado en un ecosistema estable y sostenible y con acceso a los recursos básicos como alimentación, energía, agua, servicios sanitarios y trabajo. En paralelo al entorno físico construido y a los servicios necesarios, la participación ciudadana, la identidad y la promoción de la cohesión social, son factores sociales necesarios para garantizar una buena calidad de vida y el bienestar. Sin embargo, estos elementos han de ser además diversos y heterogéneos, asegurando la mezcla de usos y de diferentes tipos de actividades, para garantizar la inclusión social de todos los sectores (WHO European Healthy Cities Network, n.d.).

La definición de ciudad saludable como objetivo se apoya directamente en la propia evidencia científica que demuestra que el diseño de las ciudades y de los entornos construidos son determinantes en la salud y calidad de vida de las personas (UN-Habitat & WHO, 2020). En el documento “Delivering Healthier Communities in London” se recoge

¹⁶ La red de Ciudades Saludables de la Organización Mundial de la Salud (*WHO Healthy Cities*) es un movimiento global que impulsa la promoción de la salud integrada en las políticas sociales, económicas y agendas de los gobiernos municipales. Fuente: *WHO European Healthy Cities Network*. Disponible en: <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>. Último acceso: 28/10/2022.

un listado de temas prioritarios de salud pública junto con la evidencia científica que los relaciona con los aspectos de planificación urbana y diseño de la ciudad. Los cinco temas identificados son la salud mental, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias, la mortalidad asociada a las temperaturas extremas en invierno y verano, y los accidentes (HUDU, 2007). Por otra parte, el “Documento Técnico de criterios generales sobre parámetros de diseño urbano para alcanzar los objetivos de una ciudad saludable con especial énfasis en el envejecimiento activo” y la “Guía para planificar ciudades saludables” también recogen los criterios de diseño que deberían considerarse en la planificación y diseño urbanos para dar respuesta a los retos de salud actuales (Fariña, Higuera, Román, & Pozo, 2022; Fariña Tojo, Higuera García, & Román López, 2019).

Además de mejorar la calidad de vida de las personas, el enfoque de “salud en todas las políticas” supone una reducción de los costes sanitarios, una optimización de los recursos para hacer frente a otros retos como el cambio climático y abordar los Objetivos de Desarrollo Sostenible¹⁷, y, en definitiva, reducir las desigualdades en salud, generando transformaciones urbanas más equitativas. Retomando el proyecto de las Supermanzanas de Rueda¹⁸ explicado en la sección previa, recientemente se ha realizado un estudio de impacto de salud en el cual se demostró que la aplicación de este modelo urbano en Barcelona podría prevenir hasta 700 muertes prematuras anuales, gracias a la mejora de la calidad del aire, reducción de la contaminación y el ruido, aumento de las superficies naturales y fomento de la movilidad activa (Mueller et al., 2020). Este trabajo de identificar y definir los indicadores de salud permite evaluar los impactos y los beneficios que se consiguen gracias a las inversiones en infraestructuras urbanas y medio ambiente, en distintas ordenanzas o regulaciones urbanas y en proyectos de regeneración urbana (Mueller et al., 2017).

¹⁷ Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. Naciones Unidas (2015). Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>. Último acceso : 28/10/2022.

¹⁸ Entrevista a Salvador Rueda (2021) en Revista del Máster BCN-NY Barcelona ante el futuro. Urbanismo táctico y el nuevo modelo de ciudad. Disponible en: <https://www.ub.edu/revista-bcn-ny2022/2021/12/14/salvador-rueda-en-barcelona-habra-mas-de-500-supermanzanas/>. Último acceso: 28/10/2022.

El interés de centrar el estudio en las necesidades específicas de una población vulnerable, como es el caso de las personas mayores, radica en que satisfacer estas necesidades supondrá un mayor confort para el resto de la población. Por ejemplo, la prevención de caídas o la accesibilidad a los aseos públicos afectan seriamente a la calidad de vida de las personas mayores (Comino Sanz & Sánchez Pablo, 2018; WHO, 2017b), pero también resolver las barreras arquitectónicas, mejorar la accesibilidad universal y la legibilidad y orientación en los entornos construidos, reducir la contaminación y el ruido, mejorar la seguridad vial, aumentar los espacios verdes y la biodiversidad o mitigar la isla de calor urbana, son algunos de los objetivos que deben de tenerse en cuenta para garantizar entornos urbanos saludables (Pozo-Menéndez, 2020).

El concepto de ciudad saludable ha variado notablemente a lo largo de los siglos. Si bien el urbanismo nació como una respuesta para establecer una planificación que permitiera tener un entorno saludable desde una perspectiva salubrista, a lo largo del último siglo, y más aún en las décadas más recientes, el concepto ha evolucionado también por la propia evolución de los modelos sanitarios y sociosanitarios de la época. En la actualidad cobra importancia la capacidad de las ciudades para generar bienestar y calidad de vida, lo cual, no debe ser relegado al cumplimiento de normativa que aseguren las características de habitabilidad o accesibilidad. El éxito de la longevidad debe entenderse como una oportunidad para que las personas mayores -con o sin deterioro cognitivo- puedan seguir participando al máximo de su vida y sus relaciones interpersonales.

1.2.3. La legibilidad del espacio público como estrategia para una vida cotidiana de una persona con demencia

Como se ha comentado previamente, para el urbanista Kevin Lynch (1918-1984) una ciudad buena “permite el desarrollo continuo del individuo, del grupo y su cultura” y “aumenta el sentimiento de conexión de pertenencia con el tiempo y el espacio” (Hancock & Duhl, 1988; Lynch, 1981). Lynch propone el concepto de “imagen de la ciudad”, basándose en la orientación, que es una capacidad vital de los seres móviles. Frente al sentimiento de perderse, que genera ansiedad y temor, la orientación permite a la persona organizar la información que recibe del mundo físico exterior a través de sus sentidos, principalmente la vista. Una imagen legible del entorno físico permite desplazarse con facilidad en el espacio donde la persona se desarrolla de forma individual y en relación con los demás.

Los estudios de Lynch examinaron distintos paisajes urbanos considerando la “calidad visual” medida a partir de su legibilidad, es decir, la facilidad o claridad con la que un paisaje puede reconocerse y comprenderse en la mente de una persona; y de su “imaginabilidad” o cualidad que tienen los elementos físicos para suscitar imágenes vigorosas que permiten darle un simbolismo o significado al observador.

Para Lynch la imagen mental que posee cada individuo es única, pero al mismo tiempo existen imágenes colectivas coincidentes entre los miembros de un mismo grupo o comunidad. Estas representaciones mentales compartidas por un colectivo o habitantes de un barrio, o de una ciudad, corresponden a una cultura común (Lynch, 1964).

En su teoría, la imagen de una ciudad se divide en varios elementos característicos que organizan las imágenes mentales que las personas tienen de un lugar:

- Sendas: son elementos lineales a través de los cuales el observador se traslada y en base a las cuales se organizan y conectan los demás elementos ambientales. En esta categoría pueden incluirse las calles, los senderos, el viario, los canales o las vías férreas.
- Bordes: son elementos igualmente lineales pero que el observador no utiliza y, por tanto, se convierten en rupturas de continuidad que separan áreas homogéneas o barrios.
- Barrios o distritos: son áreas de la ciudad que son reconocibles por tener un carácter similar y continuidad que los identifica desde el interior. Las características físicas que definen los barrios pueden ser muy variadas, como la forma, colores, texturas, materiales, símbolos, detalles, escala, actividades, grado de mantenimiento del entorno, topografía, etc.
- Nodos: son los puntos estratégicos de una ciudad con carácter cerrado y variables en escala con una actividad intensa, origen y destino de numerosos desplazamientos en el día a día.
- Hitos o mojones: son puntos de referencia en la ciudad que pueden verse desde distintos lugares, pero a los que no se va, sino que constituyen una referencia exterior y pueden ser edificios, señales, letreros, árboles, monumentos, montañas, etc.

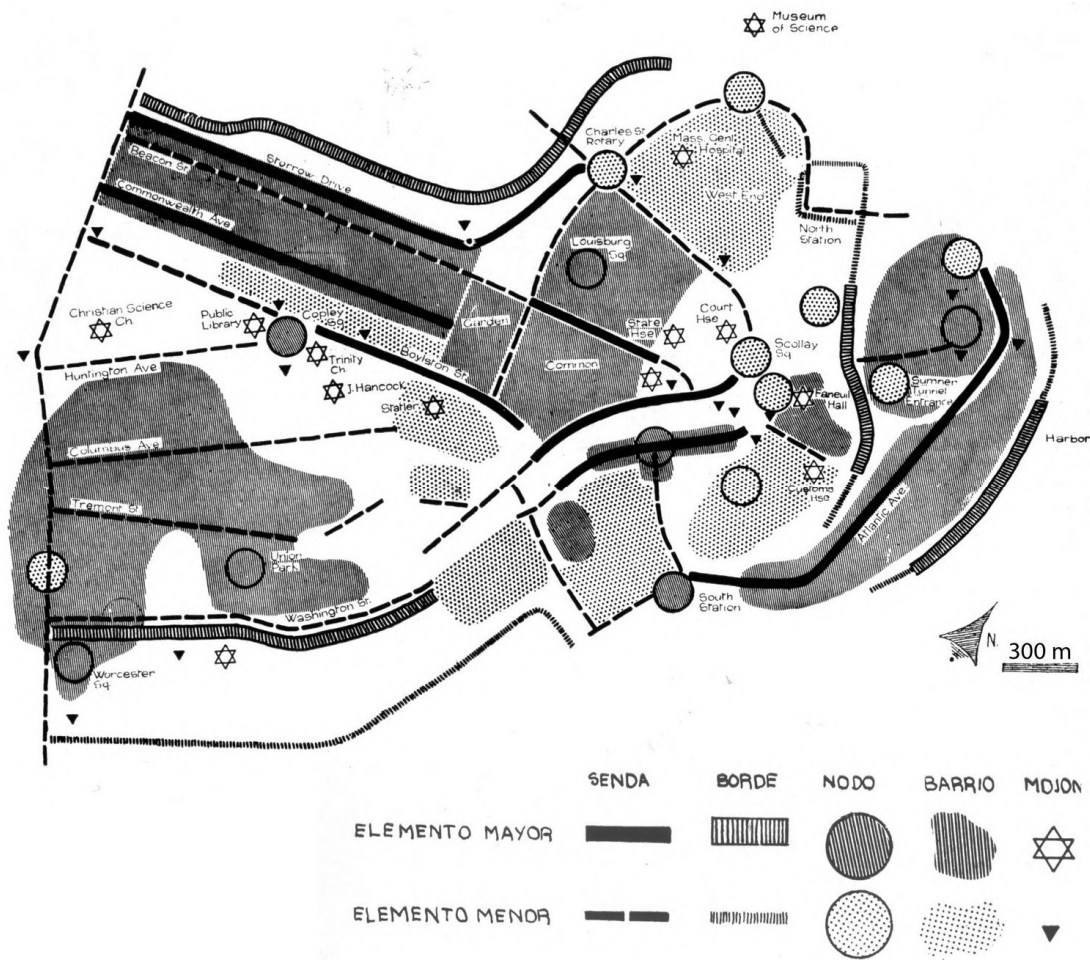


Figura 6. Mapa mental de la ciudad de Boston identificando los elementos definidos por Lynch
Fuente: Lynch, K. (1964)

La importancia de la creación de un mapa mental ayuda no solo a facilitar la orientación, sino a que el individuo desarrolle sus actividades en el contexto físico que habita. Adicionalmente, Lynch también identificó el interés que podría suscitar el estudiar imágenes separadas de diferentes edades, sexos y otros grupos en una misma ciudad, o incluso de percepciones diferenciadas según distintas horas a lo largo del día o épocas del año.

Como se verá más adelante, la demencia altera el funcionamiento cognitivo y una de las recomendaciones principales en el diseño es la legibilidad de los espacios. Sin embargo, mientras que en los espacios interiores la legibilidad y orientación suele asociarse a señalética o elementos en el espacio que faciliten la identificación de los recorridos y una estructura clara en la distribución geométrica de los volúmenes y espacios; en el entorno urbano esta característica no está del todo desarrollada y suele asociarse únicamente a

la instalación de señalética y orientaciones visuales. Sin embargo, la complejidad de los procesos por los que pasa el cerebro de una persona con demencia, en los cuales puede haber también pérdida de la capacidad en el lenguaje, desorientación o memoria a corto plazo, así como problemas de percepción visual, requiere una consideración de la dimensión del tiempo en la ciudad o de otro tipo de percepciones sensoriales para facilitar la existencia de referencias espaciales perceptibles a medida que la enfermedad va haciéndole perder progresivamente sus referencias.

1.2.4. De las ciudades amigables con las personas mayores (*Age-friendly communities*) a la década del envejecimiento saludable 2020-2030

Teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida de la población a nivel mundial, el nuevo marco político del envejecimiento activo¹⁹ de la Organización Mundial de la Salud y los proyectos derivados para su desarrollo (Regalado Doña, 2002), la OMS reconoció en 2007 la necesidad de promocionar el *envejecimiento activo* haciendo partícipes a las personas mayores de las ciudades y comunidades como agentes activos para el cambio. La publicación de la guía “Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores” recogía una metodología para la evaluación, planificación, ejecución y adaptación de las comunidades y ciudades en base a ocho ejes estratégicos que tenían una mayor incidencia en la calidad de vida de las personas mayores (WHO, 2007). Las áreas temáticas definidas son la vivienda, el transporte, la participación social, los espacios al aire libre y edificios, los servicios comunitarios y de salud, la comunicación e información, el respeto y la inclusión social y la participación cívica y el empleo. En concreto, en lo que respecta al diseño del espacio público, las recomendaciones se basan principalmente en:

- La accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas.
- Itinerarios seguros con aceras accesibles y cruces peatonales seguros.
- Carriles bici segregados de los itinerarios peatonales.

¹⁹ Envejecimiento activo: un marco político. Traducción del Dr. Regalado Doña en la Revista Española de Geriátría y Gerontología (2002); 37 (S2), pp.74-105. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf> Último acceso: 28/10/2022.

- En la instalación de mobiliario urbano para facilitar espacios de reposo en los recorridos o aseos público.
- El estado de mantenimiento y limpieza.
- Importancia de los espacios verdes, su diseño, accesibilidad, funcionalidad y seguridad.
- Percepción de seguridad y elementos de diseño que pueden favorecer la creación de entornos seguros.
- Existencia de servicios y comercios cerca del lugar de residencia.

Para cada una de estas áreas, la guía publicada recogía una serie de percepciones y deseos de las personas mayores y líneas estratégicas para trabajar en la amigabilidad de los entornos urbanos y comunitarios desarrollados a través de grupos focales. En este contexto, el envejecimiento activo se entiende como un proceso que dura toda la vida y que está integrado por múltiples factores.

Sin embargo, tras años de implementación de este tipo de estrategias e iniciativas, existen autores (Buffel, Phillipson, & Scharf, 2012) que han cuestionado el enfoque generalmente asumido, centrado en conseguir una “ciudad ideal para personas mayores” frente a plantease “cuán amigable con las personas mayores son las ciudades”. En este sentido, diversos autores han propuesto un proceso de implementación de una agenda de desarrollo urbano sostenible en base al enfoque de las *Ciudades amigables con las personas mayores*, desde una perspectiva más realista con las complejidades urbanas y los distintos intereses comerciales, sociales, políticos y económicos, identificando las barreras y las oportunidades que tienen las personas mayores para vivir en entornos urbanos; y los canales y vías para el desarrollo de nuevas formas de ciudadanía y participación social, creando alternativas para que las personas mayores puedan empoderarse y participar en el planeamiento y regeneración de los barrios en la ciudad (Buffel & Phillipson, 2018). En el contexto europeo, algunos de los retos más relevantes que se identifican son la creación de barrios inclusivos y la implementación de tecnologías que permitan envejecer en el lugar (Hoof, Kazak, Perek-Białas, & Peek, 2018).

Recientemente, de la propia evolución del concepto de “envejecimiento activo” a “envejecimiento saludable”, la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud publicó en 2020 una nueva estrategia: la “Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030”²⁰ (OMS, 2020a). Esta resolución viene condicionada por dos factores principalmente: la previsión del aumento del 34% del número de personas mayores de 60 años durante este decenio -superando a la población de jóvenes- y las consecuencias derivadas del impacto de la pandemia Covid-19, que ha puesto en evidencia la insostenibilidad y las brechas existentes en los sistemas de servicios de atención a las personas mayores a nivel mundial (Naciones Unidas, 2020)²¹.

Cabe hacer énfasis en la terminología utilizada para definir envejecimiento saludable:

“El término capacidad funcional comprende aquellas capacidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Hay cinco dominios clave de la capacidad funcional, que los factores ambientales pueden ampliar (o restringir). Estas capacidades son: satisfacer las necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad.

Tener la posibilidad de vivir en entornos que apoyan y mantienen la capacidad intrínseca y la capacidad funcional es fundamental para el envejecimiento saludable. La capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de una persona e incluye su capacidad de caminar, pensar, ver, oír y recordar. Distintos factores influyen sobre la capacidad intrínseca como la presencia

²⁰ “El envejecimiento saludable es el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”. Fuente: OMS, 2019. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0. Último acceso: 28/10/2022.

²¹ Gutiérrez Rodríguez (2022). *La década del envejecimiento saludable: una oportunidad para adaptar los servicios de salud a las necesidades de las personas mayores*. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía del Principado de Asturias como Académico de número. Sesión celebrada el 16 de junio de 2022.

de enfermedades, los traumatismos y los cambios relacionados con la edad. El entorno comprende el hogar, la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentra una serie de factores que abarcan el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan” (OMS, 2020a)²².

A pesar de todo, dentro de este proceso de envejecimiento -que puede ser saludable física y cognitivamente hasta el final de los días- es necesario también hacer mención a los cambios físicos que normalmente vienen asociados con el paso de los años. La siguiente tabla recoge la relación entre dichos cambios físicos (Comino Sanz & Sánchez Pablo, 2018), las consecuencias asociadas desde el punto de vista del uso del espacio público y las posibles soluciones de diseño prioritarias que podrían tener un impacto directo en reducir los problemas asociados o riesgos (Pozo-Menéndez, 2020):

Consecuencias debidas al envejecimiento desde el espacio público y posibles soluciones de diseño		
Cambios físicos normalmente relacionados con el proceso de envejecimiento	Consecuencias asociadas desde el diseño del espacio público	Soluciones de diseño urbano prioritarias
Pérdida de peso. Curvatura de la columna vertebral (cifosis) y reducción de los discos intervertebrales.	Dificultad en estar de pie, fatiga y posibles dificultades respiratorias en casos severos.	Apoyos isquiáticos y bancos ergonómicos adaptados (respaldo, reposabrazos, inclinación, etc.). Situación de apoyos y bancos en el espacio público (calles, plazas, parques) a una distancia regular cada cierta distancia.
Pérdida de masa muscular (sarcopenia) y de masa ósea (osteoporosis).	Pérdida de fuerza y aumento del riesgo de fracturas.	Aceras con suficiente ancho, en buenas condiciones, niveladas, sin resaltos y libres de obstáculos. Servicios, equipamientos y áreas verdes en entornos de proximidad y accesibilidad. Pasos de peatones accesibles y bien situados, antideslizantes y bien señalizados. Pasos de peatones y cruces con isletas protegidas y barandillas, así como los pasos peatonales subterráneos y pasarelas, si son necesarios. Semáforos con mayor duración y cronómetro de tiempo.

²² Definiciones del primer informe de progreso sobre el proceso para organizar la *Década del Envejecimiento Saludable* (2020–2030). p.1.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

		Carril bici segregado de las zonas peatonales.
		Itinerarios accesibles en el espacio público, con rampas y pendientes adecuadas y barandillas de apoyo.
Disminución del nivel de agua en el cuerpo.	Mayor predisposición a la deshidratación.	Fuentes con agua potable en espacios públicos.
		Sombreamiento y protección frente a la sobre-exposición a la radiación solar en las zonas estanciales.
Pérdida auditiva.	Normalmente está asociada a un mayor aislamiento, desorientación y deterioro cognitivo.	Normativa obligatoria para reducir los niveles de ruido.
		Reducción y calmado del tráfico.
		Espacios estanciales resguardados y tranquilos.
Reducción de la visión (cataratas, mayor presión ocular o glaucoma, alternaciones en la retina en personas con diabetes o degeneración de la mácula asociada a la edad).	La mala visión conlleva un mayor riesgo de caídas, miedo a salir de casa y pérdida del vínculo con el entorno y de las relaciones sociales.	Pavimentos con distintas cualidades (texturas, colores...) marcando los cruces de peatones y accesos a garajes.
		Suficiente iluminación en las calles, asegurando los niveles mínimos y una proyección homogénea.
		Calidad y claridad en la indicación de los pasos de peatones, sin obstáculos visuales.
		Señales acústicas en los semáforos.
Pérdida o lentitud de los reflejos mentales o de la memoria reciente ²³	Desorientación y aumento del riesgo de caídas o accidentes.	Señales claras y legibles, en posiciones estratégicas para facilitar la orientación. Prevención del riesgo (cruces, desniveles, etc.).
Hipertrofia prostática y disfunción de la vejiga.	Necesidad de micción frecuente o incontinencia urinaria.	Aseos públicos accesibles e integrados en el espacio público. Adaptados y en buen mantenimiento.
Atrofia cerebral.	Puede estar relacionado con múltiples consecuencias, como problemas en el lenguaje y la comunicación memoria, cambios en la movilidad y comportamiento y otros problemas físicos como ataxia y pérdida de coordinación.	Incorpora soluciones mencionadas previamente.

Tabla 1. Principales cambios físicos asociados a la vejez y posibles soluciones inmediatas que podrían resolver los problemas detectados. Fuente: Pozo Menéndez (2020), a partir del trabajo de Comino Sanz y Sánchez Pablo (2018) y el documento "Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía" (WHO, 2007).

²³ Imposible de identificar si es un proceso de envejecimiento natural o uno patológico.

Por lo tanto, a pesar de que el marco de acción se plantea en una visión desde la salud y el bienestar, es preciso identificar que existen cambios graduales fisiológicos que pueden resolverse o mitigarse gracias al diseño, en este caso, del espacio público. La posibilidad de salir es fundamental para permitir el envejecimiento saludable, interactuando con el entorno y la sociedad. No solo por el bienestar de la persona, sino porque esta participación activa de la población mayor es clave para desarrollar una sociedad que ponga en valor el conocimiento de la experiencia de su población más veterana en el proceso de vivir.

1.2.5. Ciudad o comunidad amigable con las personas con demencia (*Dementia-friendly communities*)

El concepto de ciudades y comunidades amigables con la demencia ha ido ganando una mayor difusión a nivel internacional desde 2016 (Alzheimer Disease international, 2016). La iniciativa “amigos de la demencia” tiene su origen en Japón en 2004, cuando el gobierno nipón anunció un cambio en el término utilizado para “demencia” –con connotaciones negativas- por otro más inclusivo²⁴. A partir de ese momento, se desarrolló una campaña nacional²⁵ que dio lugar a la creación de diversas iniciativas locales para fomentar la inclusión de las personas con demencia. Años más tarde, en 2013, la *Alzheimer’s Society* de Reino Unido se inspiró en esta estrategia para desarrollar su programa “Dementia Friends” (Alzheimer’s Society, 2022). A partir de ese momento, la Organización Mundial de la Salud incorporó la definición de una sociedad inclusiva con la demencia como “aquella donde las personas con demencia y sus cuidadores están plenamente integrados, sin estigma, y pueden disfrutar de una vida independiente, así como una buena calidad de vida” (WHO, 2021b). En este aspecto, la evidencia científica subraya la accesibilidad como clave para que las personas mayores, especialmente las personas con demencia y personas con discapacidad, puedan hacer uso de los espacios públicos y de sus entornos sociales con seguridad, lo cual combinado con los apoyos sociosanitarios necesarios tienen un gran impacto en la mejora de su calidad de vida (Barrett, Sharma, & Zeisel, 2019a; WHO, 2022).

²⁴ La palabra japonesa “Chiho” utilizada para “demencia” se cambió por “Ninchi-sho”, que hace alusión a un desorden mental.

²⁵ *10-Year Plan to Understand Dementia and Build Community Networks*.

En la actualidad, existen multitud de proyectos y prácticas innovadoras a nivel global que han adaptado los principios generales de las ciudades amigables con las personas con demencia a su contexto local (Alzheimer's Society, 2022; Barrio et al., 2019; Dementia Friendly Newcastle, n.d.; Hebert & Scales, 2019; Shannon, Bail, & Neville, 2019; WHO, 2021b; WHO Western Pacific Region, 2020). El objetivo principal de estas ciudades o comunidades es que las personas con demencia y sus familiares estén integrados e incluidos en la vida comunitaria y en la sociedad. Para ello, las comunidades amigables con las personas con demencia se enfocan principalmente en la mejora la calidad de vida de las personas con demencia y sus familias a través de la integración e inclusión de las personas con demencia para reducir el estigma y generar una mayor concienciación social, y el propio empoderamiento de las personas con demencia a mantener sus capacidades y su autonomía al máximo para que puedan tomar decisiones sobre sus propias vidas²⁶. Según la definición de *Alzheimer's Society* "las comunidades amigables con la demencia son fundamentales para ayudar a las personas a vivir bien con la demencia y seguir perteneciendo a su comunidad"²⁷.

Destaca el nivel de interés que este tipo de iniciativas ha suscitado en países como Reino Unido, donde se identifican investigaciones que relacionan el mayor número de iniciativas de comunidades amigables con las personas con demencia con los datos epidemiológicos por regiones, observando una correlación entre un mayor número de comunidades e iniciativas con aquellas regiones donde el impacto puede resultar mayor debido a una mayor prevalencia (Woodward et al., 2019). O la propia intersección en la evaluación de las iniciativas amigables con las personas mayores y las iniciativas amigables con las personas con demencia (Buckner, Mattocks, Rimmer, & Lafortune, 2018). El impacto principal de las comunidades amigables con la demencia es que las personas que tienen demencia pueden mantener el control de sus vidas durante más tiempo, lo que repercute en una mejora de la calidad de vida. Un estudio realizado en los Estados Unidos identificó que la institucionalización de una persona con demencia puede

²⁶ Alzheimer's Disease International. *Dementia-friendly communities*. Disponible en: <https://www.alzint.org/what-we-do/policy/dementia-friendly-communities/> Último acceso: 28/10/2022.

²⁷ Alzheimer's Society. *What is a dementia-friendly community?* Disponible en: <https://www.alzheimers.org.uk/get-involved/dementia-friendly-communities/what-dementia-friendly-community> Último acceso: 28/10/2022.

ser retrasada hasta 557 días (18 meses) si habita en un entorno amigable lo suficientemente preparado para entender y atender a sus necesidades y que también ofrezca cuidado y apoyo al propio cuidador (Mittelman, Haley, Clay, & Roth, 2006).

Como resultado de este creciente interés, la Organización Mundial de la Salud publicó recientemente una guía²⁸ para asesorar y apoyar las iniciativas amigables con las personas con demencia, donde se identifican los ejes transversales para su implementación y escalabilidad, interrelacionados con los distintos grupos y agentes de interés y las actividades y acciones que pueden desarrollarse para mejorar tanto el entorno físico como el social en el contexto local (WHO, 2021b).

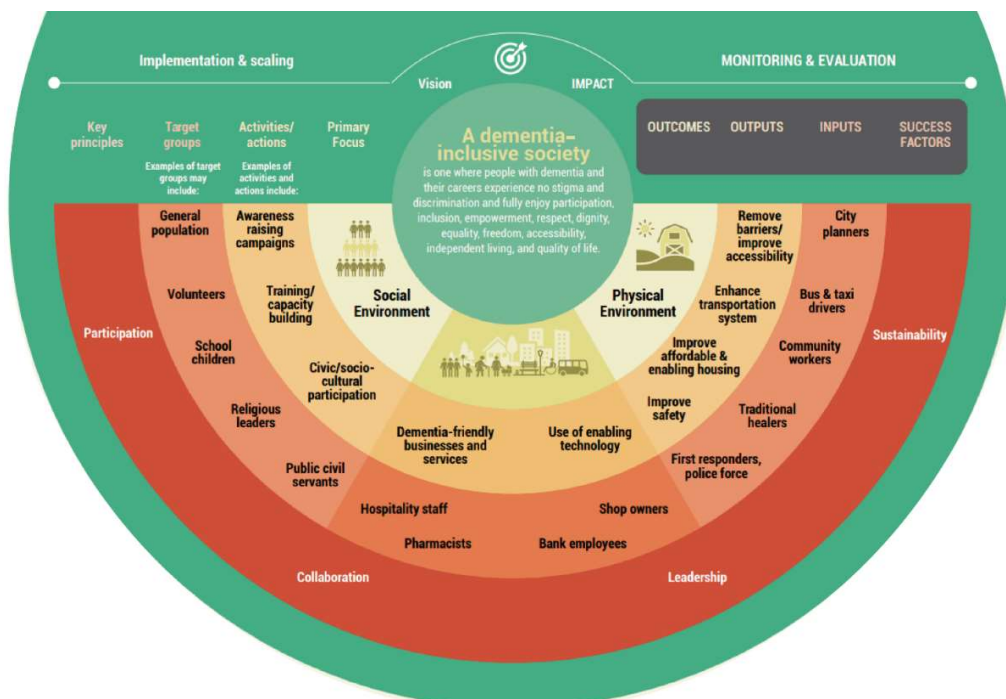


Figura 7. Marco de una sociedad inclusiva con las personas con demencia por la Organización Mundial de la Salud. Fuente: Towards a dementia-inclusive society: WHO toolkit for dementia-friendly initiatives (DFIs) (WHO, 2021, p.12.).

²⁸ Towards a dementia-inclusive society: WHO toolkit for dementia-friendly initiatives (DFIs). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031531>. Último acceso: 28/10/2022.



Figura 8. Interacción entre el entorno social y el entorno físico, a partir de las áreas estratégicas de la guía para ciudades amigables con las personas mayores de la Organización Mundial de la Salud.

Fuente: Towards a dementia-inclusive society: WHO toolkit for dementia-friendly initiatives (DFIs). (WHO, 2021, p.24.).

Si bien se hace hincapié en el aspecto social y comunitario de este tipo de iniciativas, también se destaca la importancia del entorno construido, en los espacios exteriores, edificios, vivienda o transportes. En este aspecto, en 2020 se publicó por *Alzheimer's Disease International*²⁹ el informe "World Alzheimer Report 2020. Design, dignity, dementia: dementia-related design and the built environment" (Fleming, Zeisel, & Bennett, 2020) donde en el segundo volumen se analizaban 85 proyectos y casos de estudio a nivel internacional seleccionados a partir de los proyectos recopilados en una encuesta y cuestionario internacionales. Del listado de proyectos incluidos en la guía, se recogieron buenas prácticas tanto de centros de día (n=21, 25%), como residencias (n=58, 68%), equipamientos públicos (n=5, 0,06%) y hospitales (n=1, 0,01%). Del total, casi un tercio

²⁹ La *Alzheimer's Disease International* (ADI) es una organización fundada en 1984 con sede en Londres, cuya principal misión de ayudar a luchar contra la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En la actualidad, ADI agrupa y da voz a distintas entidades y asociaciones a nivel internacional en más de 120 países, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y sus familiares.

corresponden a casos europeos (n=25, 29%). Entre estos ejemplos en Europa, se incluyeron distintas tipologías como centros de día (n=3, 19% del total de centros de día), residencias (n=18, 31% del total de residencias), equipamientos públicos (n=2, 40% del total de equipamientos públicos) y hospitales (n=1, 100%). En una visión global, se puede observar el predominio de los proyectos en Reino Unido (n=10) e Irlanda (n=2), correspondientes un modelo anglosajón, resultando en un 48% del total de las buenas prácticas en Europa (Tabla 2).

Tipo de centro	Oceanía	Asia	Am. Latina	Am. Norte	África	Europa				
						M	N	C	A	O
Centro de día	2	12	2	1	0	1	0	0	3	0
Residencias	19	9	1	10	1	2	3	1	7	5
Equipamiento público	1	1		1			1		1	
Hospital									1	
TOTAL	22	22	3	12	1	3	4	1	12	5

Modelos residenciales en Europa: A= Anglosajón; C= Continental; N= Nórdico; M= Mediterráneo; O= Otros (en concreto, Croacia, Estonia, Polonia y Suiza)

Tabla 2. Casos de estudio desarrollados en World Alzheimer Report 2020. Fuente: elaboración propia.

Esta selección probablemente esté condicionada por la propia convocatoria en redes de información y asociaciones principalmente angloparlantes. No obstante, el interés de la presente investigación radica precisamente en esa gran visibilidad de buenas prácticas referidas a un contexto concreto, siendo tan relevante la adaptación local en cada país, región y ciudad. Así, esta reflexión ha motivado la investigación comparativa entre proyectos internacionales en Europa, cuya selección se detalla en el capítulo 4 de la presente investigación.

1.3. OPORTUNIDAD DEL TEMA

Los antecedentes muestran la evolución de la planificación urbana desde una organización espacial más pequeña donde la escala de proximidad resolvía los principales equipamientos y servicios comunitarios, entre ellos, los centros educativos, con el objetivo de crear un sentido de pertenencia. Esta articulación de la ciudad en unidades más pequeñas ha pasado de considerar los entornos alrededor de las escuelas a abarcar toda la ciudad, en conceptos como las *Supermanzanas* o los barrios de 15 ó 20 minutos parisinos o australianos. En la actualidad, uno de los principales enfoques del discurso es revertir los esquemas de movilidad sedentarios, reducir el consumo energético y la emisión de contaminantes actuales, y la mejora de la calidad ambiental, objetivos alineados también con los conceptos de la ciudad saludable.

Por otra parte, los enfoques de las “ciudades amigables con las personas mayores” o las “comunidades amigables con las personas con demencia” son iniciativas y estrategias con múltiples grados de implementación y diversidad de proyectos en marcha, fruto también de la propia cultura y procesos locales en los que se llevan a cabo y promueven. A la vista de las categorías y recomendaciones establecidas en ambas iniciativas, el concepto de tiempos -diarios e históricos- y distancias -físicas y cognitivas- no siempre está reflejado. Por lo tanto, se propone profundizar en este sentido sobre los entornos de proximidad y la legibilidad de los espacios a partir de la teoría de Lynch desde la perspectiva de las personas mayores a través de un acercamiento específico a la caracterización y comprensión de los síntomas de la demencia.

La reflexión del diseño y la planificación urbanas desde la perspectiva de las personas con demencia viene asimismo motivada por los siguientes factores:

- La demencia afecta en la actualidad a unos 50 millones de personas a nivel mundial, lo que supone entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más. Se estima que esta cifra aumentará a 78 millones de personas adultas (mayores de 40 años) en 2030 (Nichols et al., 2022; OMS, 2020b). En España, se estima que hay más de 900.000 personas que padecen Alzheimer y otras demencias, cifra que superará los 1,7 millones en 2050 (Alzheimer Europe, 2019). La preocupación de diversas entidades que dan voz a los afectados por la enfermedad hace que se haya considerado como “una pandemia estructural” (Amela, 2020; Geriatricarea, 2020; Martín, 2020).

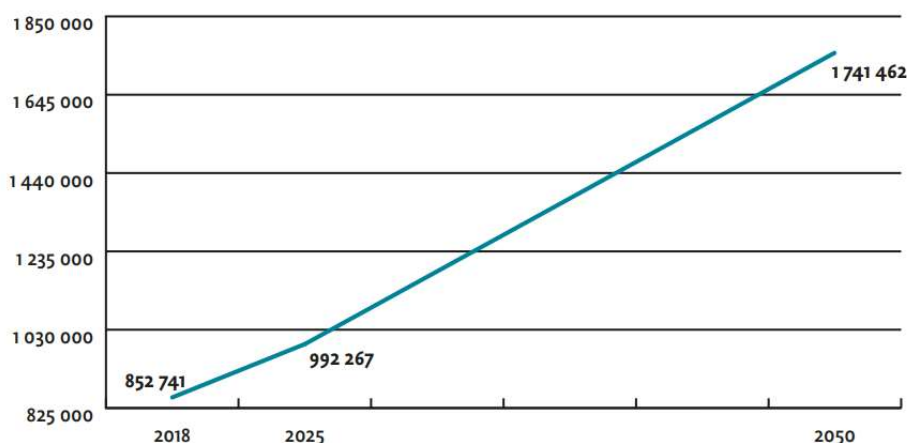


Figura 9. Estimación de las personas con demencia en España entre 2018 y 2050. Fuente: Dementia in Europe Yearbook 2019. Alzheimer Europe (2019). p.83.

- En el contexto internacional, el problema de la demencia ha sido ya reconocido como prioritario en políticas y medidas de salud pública (OMS & OPS, 2013; Wimo & Prince, 2010). Lo cual supondrá multitud de cambios estructurales en el entorno familiar, en los cuidados y recursos públicos de atención que se requieren, en las viviendas, en la movilidad, en el gasto médico, etc. Se requiere por tanto una visión global y local que incorpore las tendencias demográficas y las proyecciones de prevalencia de demencia; un modelo de servicios sociosanitarios y ambulatorios consolidados con una capacitación específica de los cuidadores; un nivel de coordinación de distintos mecanismos y apoyos para las personas con demencia en la propia comunidad, incluyendo la adaptación del entorno o la transferencia a otro, para adaptarse a la evolución de las necesidades evolutivas a lo largo del ciclo vital; una mayor implementación de las tecnologías de asistencia que permitan mejorar los cuidados y la atención de la persona con demencia en su vivienda y, por supuesto, una adaptación de los entornos urbanos con oferta de servicios y cuidados de proximidad (Pantartzis, Pascale, Price, & Al., 2014).
- Los costes anuales de la demencia a nivel internacional se estiman en 1,3 billones de dólares (WHO, 2021a), cifra que se estima que se duplicará para 2030 (El-Hayek et al., 2019). En España, los costes suponen 20.800 millones de euros anuales, lo que supone alrededor de 24.000 € por paciente, donde un 87% lo asume su familia (Fundación Pasqual Maragall, 2020). En cualquier caso, a estos costes económicos directos es preciso sumar igualmente los costes ocultos

indirectos, además de la carga personal, familiar, social, psicológica y laboral para las personas cuidadoras y familiares (Etayo Zabalegui, 2021). Es, por lo tanto, un objetivo el favorecer la autonomía y retrasar al máximo la dependencia de este colectivo también por la repercusión directa que tiene en su entorno social más próximo. Con un enfoque feminista, es importante subrayar el gran peso que asumen las mujeres en el cuidado de las personas mayores y de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer (González Ingelmo, Vicente Fuentes, Fernando Martínez-Lage, Rodrigo Ramos, & Lleó Bisa, 2019; P. Rodríguez Rodríguez, 2021) y cómo la planificación urbana tiene que considerar este enfoque también de forma transversal como un ejercicio más de inclusión (Paisaje Transversal, 2018; Sánchez de Madariaga & Novella Abril, 2020) con la idea de exigir que el cuidado se ponga en el centro de la organización de la sociedad -y del espacio- (Gil, 2011).

- Aunque existen pocas certezas a día de hoy para la prevención de todos los tipos de demencias, existe suficiente evidencia científica de que un estilo de vida saludable puede ayudar a reducir el riesgo de sufrir demencia (Livingston et al., 2020; NHS, 2020). De los tipos de demencia, hay autores que establecen que el 10% pueden ser reversibles o demorados, si son identificadas y tratadas a tiempo y otro 10% es posible detener su progresión hacia situaciones muy dependientes (Amarista, 2002). Sin embargo, las personas que comienzan a sufrir los primeros síntomas de demencia dejan de hacer múltiples actividades que suponen disfrutar del espacio público de una forma activa (Alzheimer's Society, 2013), empeorando drásticamente su calidad de vida y reduciendo las posibilidades de interacción y estímulos sociales y del entorno que favorecen la salud y pueden retrasar la dependencia.
- Existen estudios que relacionan intervenciones específicas de diseño con beneficios para las personas con demencia (Marquardt, Büter, & Motzek, 2014), aunque esta evidencia está normalmente referida a entornos sociosanitarios y hospitales, de difícil extrapolación a entornos urbanos y espacios exteriores, como se verá en el capítulo 3. No obstante, se reconoce que un cambio hacia un modelo de atención más personalizado y familiar, donde el entorno físico también se incluye como la infraestructura física que facilita los cuidados, está asociada a múltiples beneficios, entre los que destacan: la reducción del consumo de medicación y fármacos antipsicóticos; la reducción de resbalones, tropiezos y

caídas -y, consecuentemente, reducción de los costes asociados-; y la reducción de la ansiedad y el estrés de las personas con demencia, traducándose en una mejora de su comportamiento, bienestar y calidad de vida, así como una mejor calidad de vida de sus cuidadores y familiares (Pantartzis et al., 2014). Por último, conviene resaltar que el cambio de entorno para una persona con demencia sí que puede corresponderse con mayores alternaciones e inquietudes que alternan el bienestar de la persona. Además, las personas con demencia que viven en una residencia tienden a ser hospitalizadas por causas evitables, como infecciones de orina, deshidratación o úlceras por presión, frente a otras personas que no tienen demencia y que se hallan en condiciones similares, lo que conlleva un impacto negativo en la persona por el ingreso en un entorno normalmente poco amigable y el coste derivado de la hospitalización (Primer Ministro de Reino Unido, 2015, p.31).

- Una perspectiva inclusiva supone empatizar con las personas usuarias de los productos que diseñamos (Holmes, 2020). Diseñar teniendo en cuenta las necesidades de este espectro de la población más vulnerable, en este caso, personas mayores con demencia, puede suponer un gran impacto en su calidad de vida, pero además, mejorar también la del resto de la población por todas las implicaciones que esto tiene³⁰ (Mitchell & Burton, 2006, 2010; Mitchell et al., 2003).

A partir de estos factores, el interés de abordar el tema de la ciudad para personas con demencia desde la perspectiva del diseño del espacio público y de la planificación urbana se relaciona con la importancia que tiene para las personas mayores el espacio físico de proximidad. En general los estudios están muy vinculados al entorno que se habita, donde la vivienda y las condiciones de accesibilidad o confort son temas altamente estudiados (Domínguez Velasco et al., 2018; García Lantarón, 2015; Homes4Life, 2018; Lebrusán Murillo, 2020; Park & Porteus, 2018), y, en ese salto al espacio público, al barrio y a la ciudad, es donde se sitúa la presente investigación.

³⁰ Burton E., Mitchell L. (2006). '*The need for dementia-friendly streets*'. El trabajo de Mitchell y Burton se centró principalmente en el diseño de los barrios y de los espacios exteriores en el contexto británico para favorecer la inclusión de las personas con demencia, con una línea de trabajo consolidada publicada en múltiples artículos científicos y libros.

La vivienda se integra en un macro sistema, donde conviven múltiples agentes sociales – familia, vecindario, comunidad– que al relacionarse en un mismo territorio configuran un hábitat, definido como “el producto de un proceso de conformación en el cual los seres humanos intervienen directa y activamente, encontrándose profundamente relacionado con todos aquellos ámbitos en los cuales éstos se desarrollan” (Equipo investigación SIV, 2005) o “el entorno espacial modificado o construido por el ser humano, implicando un territorio y una red de relaciones establecida con otros territorios y con otras personas”³¹. El hábitat urbano, por ejemplo, contiene de manera importante al espacio de la vivienda, pero abarca un territorio más amplio y una infraestructura de servicios y relaciones (sociales, económicas, culturales, etc.), incluyendo espacios como aquellos destinados al trabajo, a la educación y al esparcimiento, entre otros” (Romero et al., 2004).

Por tanto, existe “una relación entre cultura, forma de vida y hábitat que nadie rebate, consistente en que las formas de vida de una familia derivan de su cultura; y que a su vez, el hábitat que ella ha conformado deriva de su forma de vida” (Sepúlveda Mellado & Vela Cossío, 2015). Por otra parte, el hábitat residencial, en sus diversas escalas, es determinante en el proceso del envejecimiento, ya que es donde la persona adulta mayor desarrollan sus relaciones interpersonales y las redes de apoyo en la comunidad (Bernales, 2021; Coupleux, 2013). Con esta perspectiva de “hábitat” o “barrio” surgen iniciativas y proyectos como el programa de “viviendas y barrios para toda la vida”³² en Reino Unido (Joseph Rowntree Foundation, 1991) promovido en la actualidad por la *Foundation for Lifetime Homes and Neighbourhoods* (Bevan y Croucher, 2011).

Por otra parte, atendiendo a una perspectiva transaccional, tanto las personas (con sus procesos psicológicos) y sus entornos son considerados como una unidad inseparable que se completa con cualidades temporales definiendo los eventos como una unidad holística (I. Altman & Rogoff, 1986; Werner, Altman, & Oxley, 1985). En este sentido, las rutinas de la actividad diaria requieren una aproximación en múltiples niveles (Figura 10). Además, el vínculo emocional de la persona con el lugar que habita, como es el

³¹ La autora ha adaptado la definición a un lenguaje inclusivo cambiando “hombre” por “ser humano” y “personas”.

³² Los barrios para toda la vida son lugares diseñados para ser inclusivos, independientemente de la edad o discapacidad (traducción de la autora). Fuente: Designing Buildings (2021) Disponible en: https://www.designingbuildings.co.uk/wiki/Lifetime_neighbourhoods. Último acceso: 28/10/2022.

vecindario o el barrio, independientemente de si es un entorno urbano o rural, se considera un planteamiento válido y necesario a la hora de hablar del Alzheimer (González Ingelmo, Vicente Fuentes, Fernando Martínez-Lage, et al., 2019). En efecto, la evidencia indica que a medida que van apareciendo los cambios que experimenta una persona con demencia, el potencial de ir adaptándose y superando las dificultades de forma constante está influenciado por el acceso y la calidad de los recursos del entorno sociales y físicos, así como los de la propia persona (Górska, Forsyth, & Maciver, 2018). En esta interpretación de la realidad, la teoría de la imagen de la ciudad de Lynch vuelve a ser de ayuda para identificar cómo las imágenes creadas tanto por la persona como por el grupo o la comunidad pueden ser coincidentes. Por tanto, la legibilidad de un lugar es un aspecto importante de su identidad y puede ser definido por los cinco elementos identificados en esta teoría (bordes, sendas, hitos, nodos y barrios) (Lynch, 1964).

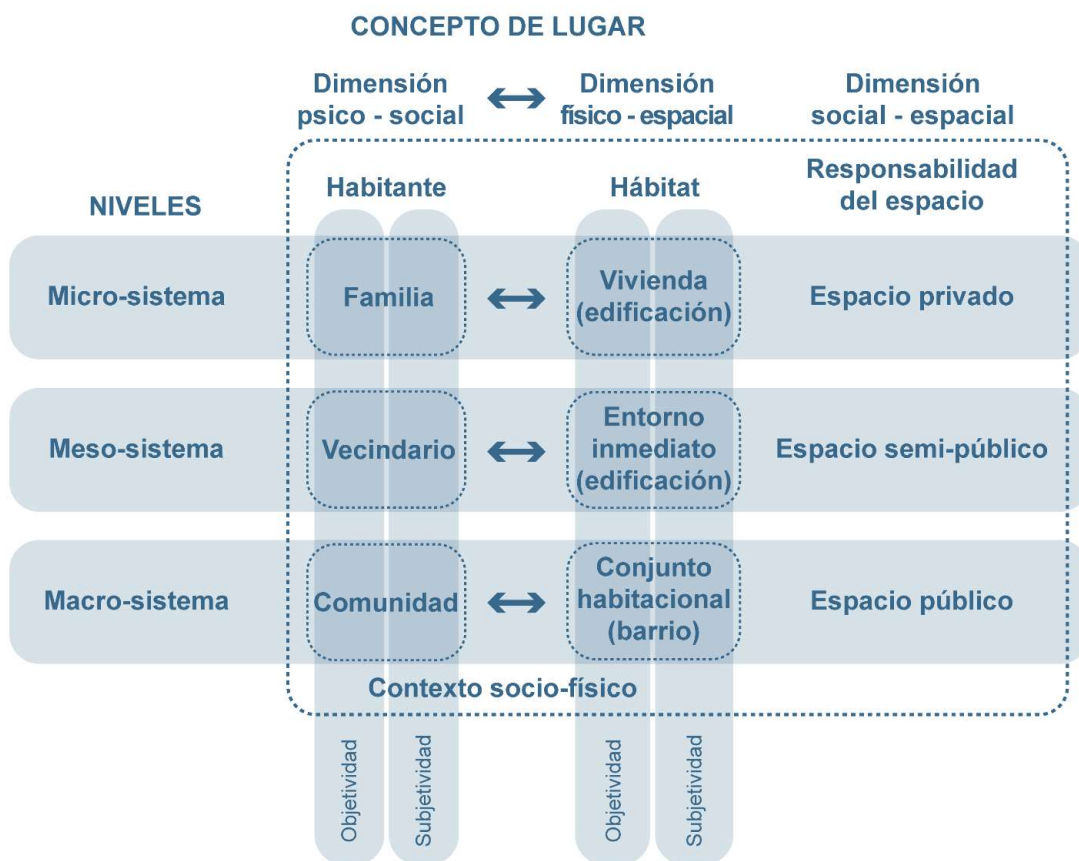


Figura 10. Conexión entre las dimensiones psico-social, espacial y física que configuran el concepto de un lugar. Fuente: adaptado de Haramoto (1987) en Bernaldes (2021).

La relación entre los espacios interiores y exteriores, las zonas comunes y la relación con la calle son elementos que condicionan las interacciones sociales y la experiencia de la persona (Câmara et al., 2015). En concreto, el espacio público es el lugar de interacción principal donde las personas se relacionan (Holland C., Clark A., 2007). Su uso y disfrute se caracteriza por la relación con los demás, y esa participación social tiene también una influencia importante en el envejecimiento saludable y activo. Cuanto mayor es el contacto social, mejor es la percepción de sentimientos de bienestar, frente a aquellas personas que carecen de este nivel de sociabilidad y/o actividad física (Fernández-Ballesteros, 2009). Por lo tanto, un buen diseño del espacio público que responda a las necesidades de las personas mayores con demencia favorecerá que éstas puedan hacer uso y disfrutar de él. No obstante, en la actualidad esta perspectiva sigue constituyendo todo un reto, por la rapidez de los propios procesos urbanos que avanzan en una reorganización espacial y temporal que tiende a la fragmentación del espacio y la desintegración social (Sánchez González, 2013).

Teniendo en cuenta también las dificultades de conciliación y sobrecarga de las propias personas cuidadoras y familiares (González Ingelmo, Vicente Fuentes, Fernando Martínez-Lage, et al., 2019), la perspectiva de la ciudad de proximidad se convierte en un paradigma para ayudar a la conciliación familiar, laboral, y al cuidado de la propia salud.

1.4. ALCANCE

España tiene, por tanto, una oportunidad para abordar la regeneración urbana dando respuesta a desafíos de salud pública, de la sostenibilidad y del patrimonio construido, sobre los que esta tesis reflexiona a partir de la revisión de la evidencia científica, así como de guías de diseño internacionales, y del análisis de los casos de estudio europeos seleccionados. A continuación, fruto de esa revisión se propone una metodología de análisis y diagnóstico para arquitectos y urbanistas para que se tengan en cuenta criterios de diseño para promocionar la salud y mejorar la calidad de vida de las personas con demencia, desde la convicción de que un diseño accesible y agradable no solo está resolviendo las necesidades de un porcentaje de población vulnerable, sino que crea espacios agradables para que todas las personas puedan disfrutarlos. El alcance de esta investigación es, por tanto, una propuesta metodológica de análisis y diagnóstico que incorpora distintas variables de diseño de planificación y diseño de las ciudades. Por último, resaltar que la participación de las personas con demencia o sus familiares y cuidadores es necesaria y hubiera sido deseable con el objetivo de diseñar *con* y no *para*

las personas con demencia, aunque no ha sido posible incluirla en esta investigación, debido al contexto de pandemia durante su desarrollo.

1.5. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

La tesis se estructura en dos bloques complementarios –la relación entre el espacio público urbano y la vida de las personas con demencia– que plantean una serie de preguntas que interrelacionan ambas dimensiones:

- ¿Existe evidencia científica sobre criterios o elementos de planificación y de diseño urbano que mejoran la calidad de vida y la salud de las personas con demencia?
- ¿Se están aplicando estos parámetros de diseño en los planes y propuestas de ciudades amigables con las personas mayores y ciudades adaptadas para personas con demencia? ¿Qué se está haciendo en otras ciudades europeas para adaptar las ciudades para las personas con demencia?
- ¿Cuáles son las necesidades más determinantes de este colectivo para mejorar su calidad de vida en las ciudades y cuál ha sido la evolución histórica en relación con los entornos urbanos?

CAPÍTULO 2. HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

A partir de las preguntas de investigación planteadas previamente, este capítulo presenta la hipótesis de la investigación, los objetivos definidos que se proponen y la metodología para su desarrollo.

La estructura del capítulo es la siguiente:

- 2.1. Estado de la cuestión e hipótesis
- 2.2. Objetivos de la investigación
 - 2.2.1. Objetivos principales
 - 2.2.2. Objetivos específicos
- 2.3. Metodología

2.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN E HIPÓTESIS

El estado de la cuestión muestra la necesidad de abordar la investigación sobre la demencia y las ciudades en dos grandes bloques justificados:

En primer lugar, el diseño del espacio público para personas con demencia, lo que está estrechamente relacionado con la promoción de su autonomía y de la actividad física, así como con el mantenimiento de las interacciones sociales.

En segundo lugar, la planificación estratégica de nuevas fórmulas residenciales integradas en la ciudad y en las comunidades, ofreciendo entornos seguros donde las personas con demencia puedan mantener sus vínculos personales e integrando cuidados específicos de forma gradual, a medida que se requiere una mayor atención por discapacidad o dependencia.

En base a estos antecedentes, se presentan dos hipótesis que se desarrollan en la presente investigación:

1. Los criterios para planificar una *ciudad amigable con las personas mayores* son insuficientes al considerar también las necesidades de las personas con demencia.
2. El diseño de los espacios públicos para personas con demencia se tiene que basar complementariamente en los conceptos de *familiaridad, identidad, legibilidad, inclusión, confort, estimulación positiva y seguridad*.

2.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. Objetivos principales

El objetivo principal de la tesis es determinar los principios y criterios de diseño basados en evidencias que se pueden incorporar en el espacio público urbano y en la planificación urbana para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia.

Este objetivo se divide a su vez en varios objetivos específicos correspondientes a los dos bloques que estructuran la tesis:

2.2.2. Objetivos específicos

Estos objetivos principales se desglosan en el siguiente listado de objetivos específicos, atendiendo a los dos bloques que estructuran la tesis:

Bloque diseño del espacio público amigable con la demencia

- Identificar los parámetros y criterios de diseño que se están implementando en otros países, la revisión crítica con evidencias científicas y el estado de aplicación en proyectos concretos.
- Revisar las guías de diseño disponibles en el contexto internacional para la creación de entornos amigables con la demencia.
- Analizar los principales criterios de diseño aplicados en los casos de estudio seleccionados en Europa, incluyendo la perspectiva del espacio público.

Bloque vivir con demencia en la ciudad

- Analizar las buenas prácticas de los casos de estudio seleccionados en Europa y la determinación de los factores clave necesarios a incorporar desde el planeamiento y diseño urbanos.

Ambos objetivos confluyen en el diseño de una metodología de análisis, diagnóstico y propuesta para desarrollar una estrategia de ciudad amigable con las personas con demencia.

2.3. METODOLOGÍA

Para abordar las dos hipótesis, la metodología que se plantea se adaptará a los dos bloques principales:

Objetivo de la tesis: metodología de análisis, diagnóstico y propuesta para adaptar las ciudades para personas con demencia	
I. Diseño del espacio público urbano amigable con las personas con demencia	II. Vivir con demencia en la ciudad
Objetivo principal: identificar los parámetros y criterios de diseño y planificación que se están implementando en otros países europeos.	Objetivo principal: evaluar casos de buenas prácticas en Europa.
Hipótesis 1. Los criterios para planificar una <i>ciudad amigable con las personas mayores</i> son insuficientes al considerar también las necesidades de las personas con demencia.	Hipótesis 2. El diseño de los espacios públicos para personas con demencia se tiene que basar complementariamente en los conceptos de <i>familiaridad, identidad, legibilidad, inclusión, confort, estimulación positiva y seguridad</i>
Metodología	
Revisión de guías y manuales de diseño para personas con demencia para identificar los criterios de diseño del espacio público específicos para mejorar su autonomía y calidad de vida.	Análisis de la evolución histórica de la vida de las personas con demencia en relación con la ciudad y de los retos actuales.
Revisión sistemática de criterios de diseño del espacio público y el espacio exterior basados en evidencias para personas con demencia.	Análisis y evaluación de los principales Planes Nacionales de Alzheimer y Demencia en Europa.
Casos de estudio europeos	
Estancia de investigación internacional en la Universidad de Newcastle (sede del <i>National Innovation Centre of Ageing</i>).	
Visitas y observación a distintos centros y proyectos en Europa.	
Entrevistas semi-estructuradas a agentes clave locales en cada uno de los proyectos.	
Cartografías y esquemas urbanos de elaboración propia.	
Reflexiones finales para planificar ciudades amigables con la demencia en el contexto español	
Metodología para planificar ciudades con criterios de diseño y calidad de vida para personas con demencia	
Verificación hipótesis 1	Verificación hipótesis 2
Conclusiones bloque I	Conclusiones bloque II
Conclusiones generales	
Futuras líneas de investigación	

Tabla 3. Resumen metodológico de la tesis. Fuente: elaboración propia.

II PARTE: ESTADO DEL ARTE

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

CAPÍTULO 3. CIUDAD Y DEMENCIA: PREVENCIÓN, INCLUSIÓN Y CALIDAD DE VIDA

Este capítulo aborda el estado de la cuestión caracterizando de forma pormenorizada los síntomas de la demencia para comprender los retos a los que se enfrentan las personas que viven con ella y su relación con aspectos específicos del diseño. A continuación, se explican también los factores del entorno urbano que pueden planificarse a gran escala para favorecer la reducción del riesgo y prevenir su aparición, que resulta el primer objetivo a considerar desde el punto de vista de salud pública.

Se incluye también una perspectiva histórica de la evolución del modelo biomédico al biopsicológico y cómo estos cambios van configurando las ciudades y el diseño de los entornos para atender a una población con unas necesidades específicas, culminando en lo que a día de hoy conocemos como el modelo de Atención Centrada en la Persona, donde se pone de manifiesto la necesidad de adaptar las ciudades y los entornos urbanos a las personas con demencia para que éstas puedan permanecer el mayor tiempo posible en sus viviendas y entornos de proximidad.

Por último, para abordar el objetivo principal de la tesis, se realiza una revisión sistemática de la literatura científica y de las principales guías de diseño a nivel internacional para establecer los criterios de planificación urbana y diseño del espacio público desde la perspectiva de las personas con demencia. Como conclusión del capítulo, se presenta una tabla de síntesis que recoge los criterios de diseño de entornos urbanos amigables con la demencia basados la revisión de la literatura científica previa.

La estructura del capítulo es la siguiente:

- 3.1. Qué es la demencia
- 3.2. Prevalencia, factores de riesgo y prevención
- 3.3. Del modelo biomédico al modelo biopsicológico
- 3.4. El modelo de Atención Centrada en la Persona y calidad de vida
- 3.5. El diseño del espacio público para personas con demencia
- 3.6. Resultados parciales del estado del arte

3.1. QUÉ ES LA DEMENCIA

La demencia es un término empleado para describir un síndrome o una serie de síntomas caracterizado por una disminución del nivel intelectual respecto al nivel previo de funcionamiento por una afección del cerebro por procesos degenerativos o enfermedades diversas. El síndrome de demencia está asociado al deterioro de las funciones intelectuales superiores, como la atención, memoria, comprensión y expresión del lenguaje hablado y escrito, coordinación psicomotriz, planificación y organización de tareas, capacidad de juicio, voluntad, disminución el control y regulación afectiva y control de impulsos (Pérez Urdániz, 2014). Según la Organización Mundial de la Salud, “la demencia es un síndrome de naturaleza crónica o progresiva que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria” y es causada por diversas enfermedades y daños que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares. Su naturaleza es normalmente crónica o progresiva, lo cual supone alternaciones en múltiples funciones corticales, en cálculo, en la capacidad de aprendizaje, en el lenguaje, en el juicio y en la capacidad de razonar. El deterioro cognitivo suele ir asociado con la dificultad de controlar las emociones, el comportamiento social o la motivación personal (OMS, 2020b).

La demencia suele afectar a las personas mayores, aunque no es una consecuencia inevitable del proceso natural del envejecimiento del cerebro (Alzheimer’s Association, n.d.). Se estima que entre un 5% y un 8% de la población de 60 años o más sufre demencia en algún momento. La prevalencia de demencia además aumenta con la edad de la población, desde 1,7% en el rango de edad de 65-69 años hasta 41,1% en personas de más de 95 año. Por otra parte, la demencia de inicio temprano, con aparición de los síntomas antes de los 65 años representa un 9% del total de los casos (OMS, 2020b).

La cifra de personas con demencia está aumentando rápidamente, a pesar de que las estadísticas de prevalencia han de estudiarse con cierta prudencia, ya que no siempre está diagnosticada en las etapas tempranas, debido a su naturaleza de progresión lenta y la dificultad de distinguirla de pequeños problemas de memoria asociados con el proceso de envejecimiento (Alzheimer’s Research UK, 2018; Nichols et al., 2022). Los signos tempranos más comunes suelen incluir problemas de memoria a corto plazo, dificultades en la percepción espacial o problemas en el lenguaje, lo que puede llevar

consecuentemente a la ausencia laboral o dejar de participar en actividades sociales (Alzheimer's Association, 2022; Prieto Jurczynska, Eimil Ortiz, López de Silanes deMiguel, & Llanero Luque, 2011).

La demencia es una de las principales causas de discapacidad en el mundo, impactando además no solo en la persona que la padece, sino afectando igualmente a familiares, en primera instancia, cuidadores, y a toda la sociedad, debido a las consecuencias de carácter físico, psicológico, social y económico (APPG on Dementia, 2015). En 2015, el impacto económico de la demencia a nivel mundial se estimó en 818.000 millones de dólares, lo que equivale al 1,1% del producto interior bruto (PIB) a nivel mundial (Prince et al., 2015; Wimo et al., 2017). Hoy en día, la demencia no tiene cura, ni es posible revertir su evolución progresiva, pero un diagnóstico precoz puede ayudar a las personas que viven con demencia a escoger el tratamiento y apoyo más adecuados y ayudar a aquellas personas cercanas a prepararse y planificar los posibles pasos futuros; reducir su avance y ayudar a mantener las funciones mentales. Con un tratamiento y apoyo adecuados, sí se puede retrasar y ralentizar el avance de la demencia y mantener una vida activa y plena (Alzheimer's Association, 2022; NHS, 2020; Ray & Davidson, 2014).

En 2020, la demencia afectaba a más de 55 millones de personas a nivel mundial y la cifra aumenta anualmente con 10 millones de nuevos casos. En 2030 se prevé que el número de personas con demencia alcance los 78 millones en 2030 y 139 millones en 2050. Este incremento estará asociado sobre todo al aumento de la esperanza de vida en países con rentas bajas y medias, donde el número de personas con demencia tenderá a aumentar (OMS, 2021).

Principales síntomas y tipos de demencia

Aunque no todas las formas de demencia siguen la misma evolución, los signos y síntomas relacionados con la demencia suelen clasificarse en tres estadios distintos y progresivos: leve, moderada y severa.

La etapa temprana suele pasar desapercibida, porque los cambios se producen de forma gradual. Normalmente los síntomas más comunes son la tendencia al olvido, la desorientación y desubicación espacio temporal, incluso en lugares conocidos.

La etapa intermedia presenta unos signos más evidentes y limitadores, como el olvido de acontecimientos recientes o el nombre de las personas, desorientación en lugares

familiares como la propia casa, mayor dificultad para comunicarse, necesidad de ayuda para la higiene y el cuidado personal, y cambios de comportamiento como la deambulaci3n o la repetici3n de las mismas preguntas en una conversaci3n.

Por 3ltimo, en la etapa tardía la dependencia se agrava, las alteraciones de la memoria y los signos físicos son muy evidentes. Los sntomas como la desorientaci3n y desubicaci3n en tiempo y espacio, o la dificultad para reconocer a personas cercanas se acentúan. Adem3s, la necesidad de ayuda para la higiene y el cuidado personal cada vez es mayor, incluso para otras actividades, ya que cada vez resulta m3s difcíl caminar. Tambi3n pueden aparecer alteraciones del comportamiento mucho m3s intensas, llegando incluso a derivar en agresiones (Christensen, 2012; OMS, 2020b; Reisberg, Ferris, De Leon, & Crook, 1982).

Según *Age UK*, hay m3s de 100 tipos de demencia que presentan sntomas y estadios de progresi3n distintas. Sin embargo, los dos tipos de demencia m3s comunes son la enfermedad de Alzheimer (50-75% de los casos) y la demencia vascular (20-30%), aunque los lmites entre las distintas formas de demencia no siempre est3n claros y a menudo coexisten formas mixtas (Cunningham, McGuinness, Herron, & Passmore, 2015; NHS, n.d.; Ray & Davidson, 2014). A continuaci3n, se incluye una breve descripci3n de cada una de las demencias m3s comunes:

Enfermedad de Alzheimer

El Alzheimer es la causa de demencia m3s com3n, representando el 50-75% de los casos. Consiste en la destrucci3n de las neuronas en zonas específcas del cerebro, lo cual hace que 3ste disminuya a medida que aparecen agujeros en el l3bullo temporal y en el hipocampo, que son las 3reas destinadas al almacenamiento y procesamiento de la informaci3n. El Alzheimer se desarrolla lentamente a lo largo de varios ańos y las personas que lo sufren experimentan sntomas diversos, algunas manifestaciones clínicas son (Mayo Clinic, n.d.-b; National Institute of Ageing, 2021):

- Amnesia: la forma m3s com3n de la demencia de la enfermedad de Alzheimer incluye d3ficit en el aprendizaje y retenci3n de informaci3n aprendida recientemente, adem3s de dificultades a la hora de razonar, juicio, habilidades visuoespaciales, funciones del lenguaje (hablar, leer, escribir) y/o cambios en la personalidad, comportamiento o estado de humor.

- Hay otras manifestaciones no relacionadas con la amnesia en las que los síntomas se presentan de forma más intensa, más allá de la pérdida de memoria:
 - o La pérdida de habilidades visuoespaciales (atrofia cortical posterior) y de percepción, incluyendo el reconocimiento de objetos y la localización, problemas en el reconocimiento visual, problemas de atención visual, problemas al escribir y leer.
 - o Los problemas en el lenguaje más comunes son la utilización de las palabras o encontrar la palabra necesaria en una conversación.
 - o Disfunción de ejecución, siendo los mayores problemas la incapacidad para razonar, juzgar, resolver problemas, pero también hay déficits en otros dominios cognitivos.

Demencia vascular

La demencia vascular es la segunda causa de demencia más común, representando un 20 – 30% de los casos (Cunningham et al., 2015). La demencia vascular puede ocurrir cuando la sangre que llega al cerebro se reduce debido a problemas en la transmisión de oxígeno y nutrientes a través de los vasos sanguíneos. Algunas partes del cerebro se ven dañadas e incluso pueden llegar a morir. No obstante, si se diagnostica de forma precoz el deterioro del cerebro puede pararse y así prevenir la demencia vascular. Normalmente progresa de forma distinta de una persona a otra, a lo largo de varios años y los síntomas empeoran con el tiempo. El progreso puede ser repentino después de un evento como un ictus. La demencia vascular puede estar dividida en:

- Demencia relacionada con ictus, que incluye la demencia multiinfartos (MID), que puede suceder tras una serie de accidentes cerebrovasculares o infartos; demencia post-ictus, que sucede tras un derrame cerebral.
- Demencia vascular subcortical causada por cambios en pequeños vasos sanguíneos del cerebro. También se conoce como la enfermedad de Binswanger, demencia relacionada con pequeños vasos sanguíneos o estado lacunar.
- La demencia mixta afecta alrededor del 10% de las personas diagnosticadas con demencia (por ejemplo, demencia vascular y enfermedad de Alzheimer) (Gutiérrez Cabello, 2007).

Demencia con Cuerpos de Lewy (DLB)

Es la tercera causa más común de demencia y afecta alrededor del 10% de todos los casos. Es una condición progresiva y los síntomas se vuelven cada vez más agudos/severos al cabo de varios años, aunque el progreso de la enfermedad y el tipo de síntomas pueden variar de una persona a otra. Puede causar síntomas comunes en la demencia, como pérdida de memoria y pérdida de control espacial, así como habilidades para resolver problemas. Sin embargo, algunos síntomas más específicos están asociados con la enfermedad como alucinaciones y movimientos de tipo Parkinson (Alzheimers.gov, n.d.; Mayo Clinic, n.d.-a; MedlinePlus, n.d.).

Demencia frontotemporal (FTD)

También conocida como la enfermedad de Pick, afecta a algo menos del 5% de los casos, pero es el segundo caso más común de demencia en personas por debajo de los 65 años. Está causada por la destrucción de las neuronas de los lóbulos frontal y/o temporal del cerebro y la alteración en las conexiones entre ellos. Las áreas de los lóbulos frontal y temporal del cerebro regulan la personalidad, las emociones y el comportamiento; la capacidad de razonar, la planificación y la capacidad de tomar decisiones; y la capacidad de comunicarse y comprensión. FTD es una condición progresiva y los síntomas empeoran a lo largo del tiempo a distintas velocidades con algunas personas que viven con FTD durante más de 15 años. A medida que la enfermedad progresa, las personas pueden desarrollar problemas en los movimientos similares a los que aparecen con el Parkinson o con otras enfermedades de las neuronas motoras. Los síntomas dependen del área del cerebro que se vea afectada, sin embargo, diferentes formas de FTD tienen síntomas comunes (Clinic Barcelona, n.d.; Goñi Murillo, Goñi Murillo, & Goñi Murillo, 2006). Los tres tipos principales de FTD son:

- Variante de comportamiento Demencia Frontotemporal: las partes del lóbulo frontal que regulan el comportamiento social son las más afectadas.
- Demencia semántica: las partes del lóbulo temporal que apoya la comprensión del lenguaje y el conocimiento fáctico son las capacidades más afectadas.
- Afasia no fluida progresiva, partes de los lóbulos frontal y temporal que controlan la capacidad de escribir y hablar son los más afectados.

Demencia precoz

Aunque no es muy común, conviene destacar que la demencia también puede manifestarse antes de los 65 años, que es lo que conocemos como demencia precoz. También principalmente asociadas a la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y demencia frontotemporal, pero también por consumo de alcohol, demencia con cuerpos de Lewy, Parkinson o enfermedad de Huntington (BrainXChange, n.d.; Crutch, 2020; Harvey, Skelton-Robinson, & Rossor, 2003; Kuruppu & Matthews, 2013; Tellechea et al., 2018). Conviene resaltar que la tesis se centra en las personas mayores con demencia, por la doble vulnerabilidad del deterioro físico unido al cognitivo, aunque muchos aspectos de diseño también han de considerar los síntomas previamente descritos junto a un estado físico fuerte y sin deterioro muscular, por ejemplo.

En la siguiente tabla se resumen los principales síntomas relacionados con los tipos de demencia más frecuentes.

Enfermedad Alzheimer	Demencia Vascular	Demencia con cuerpos de Lewy	Demencia frontotemporal
Características progresivas			
<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro gradual de la habilidad de la persona para recordar, comprender, razonar y comunicar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro progresivo o un deterioro repentino debido a una apoplejía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones, dificultad con el equilibrio y cálculo de distancias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios de comportamiento asociado con los daños cerebrales en la parte frontal del cerebro. Más adelante los síntomas son similares a los de Alzheimer.
Deterioro cognitivo: memoria y capacidad de decisión			
<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la capacidad de recordar, razonar y pensar. - Olvido de eventos recientes, nombres y rostros, así como olvido de objetos en lugares que no corresponden. - Confusión espaciotemporal y desorientación, especialmente en lugares poco familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro en la capacidad de razonar. Incapacidad de planear los pasos para realizar una tarea determinada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en el estado de alerta, capacidad de concentración y confusión. - Todo ello puede ser impredecible y cambiar de una hora a otra o de un día para otro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para reconocer a las personas o identificar para qué son los distintos objetos. - La memoria permanece intacta en los estadios leves, pero hay dificultad para la atención y la concentración. - Dificultad para planear actividades sencillas o tomar decisiones.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Enfermedad Alzheimer	Demencia Vascular	Demencia con cuerpos de Lewy	Demencia frontotemporal
Deterioro cognitivo: comunicación			
- Dificultad en la comunicación y uso del lenguaje. Problemas para encontrar las palabras correctas.	- Problemas para comunicarse.	- Problemas para comunicarse.	- Deterioro en la capacidad de lenguaje, incluyendo la dificultad de uso de vocabulario o hacer frases comprensibles. - Repetición de frases y palabras u olvido de su significado. - Cambios de personalidad, incluyendo una falta de empatía y comprensión de los sentimientos de otras personas.
Limitaciones funcionales: Dificultad en mantener las rutinas diarias			
- Problemas para dormir y descansar por la noche. - Mayor inestabilidad en los pies y mayor probabilidad de errores. - Necesidad progresiva de más ayuda con las rutinas diarias: vestirse, ir al baño y comer.	- Dificultad para caminar o cambios en la forma de caminar. - Frecuente necesidad urgente de miccionar u otros síntomas relacionados con la vejiga (pueden ser los comunes en edades avanzadas).	- Síntomas similares a los de la enfermedad de Parkinson (movimientos ralentizados, rigidez muscular y temblores). - Problemas de sueño, la persona puede hablar o caminar durmiendo. - Desmayos, tambaleos y caídas.	- Cambios en las preferencias de comidas. - Comida o bebida en exceso.
Cambios de comportamiento: alucinaciones			
- Alucinaciones visuales donde se ven objetos, personas o animales cuando no existen.		- Alucinaciones visuales.	
Cambios de comportamiento: personalidad y comportamientos			
- Cambios de humor o comportamiento (apatía, irritabilidad o pérdida de confianza con algunas personas). - Tristeza y depresión. - Aumento de la ansiedad, fobias, enfados y agitación.	- Mayores cambios emocionales y de personalidad (cambios de humor más fluctuantes y diferenciados). - Depresión y apatía, desinterés por las cosas.		- Falta de consciencia personal y social. - Pérdida de la autopercepción en el nivel de higiene y cuidado personal. - Falta de interés o atención, comportamiento desinhibido o inapropiado. - Falta de empatía social. - Desarrollo de creencias inusuales, intereses u obsesiones.

Tabla 4. Resumen de los tipos de demencia y síntomas asociados. Fuente: Traducción de la autora a partir de la Tabla 3.1 en Health Building Note 08-02. Dementia-friendly Health and Social Care Environments (Pantzartzis, Pascale, Price, & Al., 2014, p.21).

A modo de conclusión, la demencia se manifiesta de una forma muy particular para cada persona, pero existen síntomas comunes como la dificultad de realizar tareas complejas y de aprendizaje, la disminución de la memoria a corto plazo, la reducción de la percepción visoespacial, la dificultad de comprensión del lenguaje oral y escrito, desorientación y desubicación espaciotemporal, confusión e imposibilidad de reconocer a personas conocidas y cambios en el comportamiento, como apatía, aislamiento o cambios de humor.

Tanto para aquellas personas que han sido diagnosticadas con la enfermedad de Alzheimer como en otras demencias es importante que la persona permanezca activa en la medida de sus capacidades en cada etapa de evolución de la enfermedad, procurando que la persona mantenga al máximo su cotidianeidad, realizando sus tareas domésticas, el aseo propio, la compra, pasear, ocio, visitar a familiares y a amistades, la compra, etc. dentro de su entorno familiar. A medida que el síndrome va evolucionando, es importante equilibrar y ajustar los niveles de estimulación para que la persona no esté subestimulada o sobreestimulada. De esta forma, se consigue una mayor autonomía, calidad de vida y reducción de la necesidad de psicofármacos (Pérez Urdániz, 2014).

3.2. PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

La prevalencia de la demencia es un reto a nivel mundial que requiere una estrategia a largo plazo y con una involucración de múltiples agentes. El informe publicado por *The Lancet* en 2017 y actualizado en 2020 (Livingston et al., 2020) recogía los factores de riesgo de la demencia, donde la pérdida auditiva, el consumo de alcohol y la obesidad en la edad mediana y todos los factores de riesgo en la tercera edad (fumar, depresión, aislamiento social, inactividad física, contaminación del aire y diabetes) tienen una relación con el entorno urbano donde la persona vive.

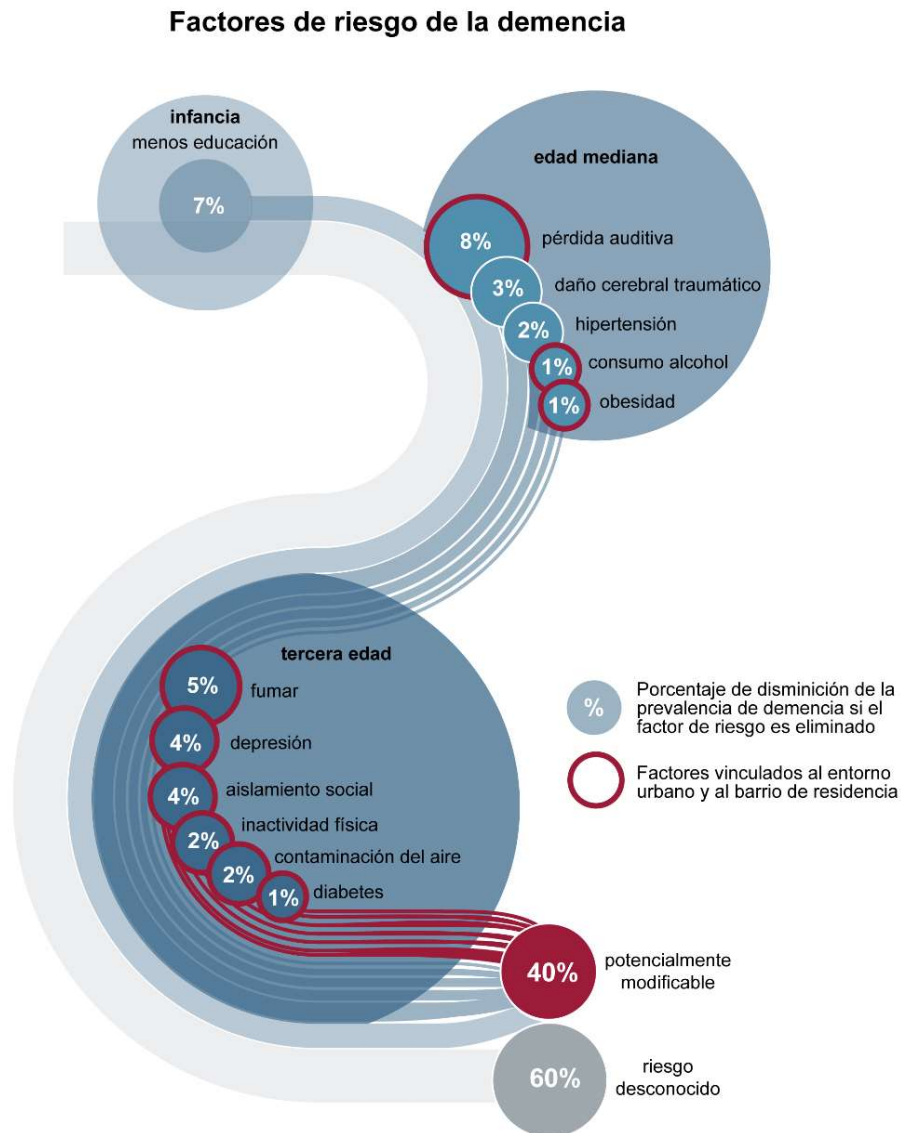


Figura 11. Factores de riesgo de la demencia. Fuente: Elaboración propia adaptado de Livingston G., Huntley J. Sommerlad A. et al. (2020). *Dementia, prevention, intervention and care: 2020 report of the Lancet Commission*. Disponible en: <https://www.thelancet.com/commissions/dementia2020>

Existen varios factores de riesgo que pueden modificarse para prevenir la aparición de la demencia o para retrasar su progresión y avance en aquellas personas que han sido diagnosticadas. Por ejemplo, la inactividad física, fumar y una presión arterial alta son factores de riesgo relacionados con la enfermedad de Alzheimer o la demencia vascular.

La evidencia científica muestra que mantener las funciones cognitivas, físicas y sociales en el mejor estado posible, así como cuidar la salud vascular, la nutrición y la salud mental, puede tener muchos beneficios tanto para prevenir como para asegurar la calidad

de vida de las personas que viven con demencia. Por ello, fomentar que la persona con demencia pueda seguir participando en la vida social, la estimulación cognitiva y la actividad física, así como mantener una dieta saludable puede contribuir a ralentizar el deterioro cognitivo y mantener las funciones cerebrales, ya que el aislamiento social, la inactividad física, la depresión y las enfermedades cardiovasculares pueden tener un impacto negativo en las funciones cerebrales y tener un impacto negativo en el avance de la demencia (Wicking Dementia Research and Education Centre, 2020).

A nivel de la población global, las investigaciones sugieren que las cohortes de la población de adultos mayores con un estilo de vida saludable mostraron tener un menor riesgo de demencia y el impacto positivo que resulta de invertir en políticas públicas de promoción de hábitos de vida saludable, especialmente para el grupo de personas entre los 40 y 50 años de edad (Wu et al., 2016). En la actualidad, las investigaciones se están centrando en encontrar fórmulas que permitan detener la progresión de la enfermedad durante el período presintomático y de esta forma prevenir su desarrollo o retrasar la manifestación de síntomas. En cualquier caso, la promoción de la salud y un entorno saludable son prioritarios para reducir igualmente otros problemas de salud como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y, la demencia. Algunos estudios han demostrado que el control de los factores de riesgo que se relacionan con la demencia (consumo de tabaco, alta tensión arterial, diabetes, sedentarismo, etc.) tienen un efecto positivo en reducir el número de personas con demencia entre un 20 y 30% (Bruijn et al., 2015). Entre todos ellos, fomentar la actividad física y evitar el sedentarismo es la medida más importante para prevenir el riesgo de demencia. Cuanta más actividad se haga, menor será el riesgo de sufrir demencia (Steyaert & Meeuws, 2015). Asimismo, existe cada vez más evidencia de un mayor riesgo de sufrir demencia asociado a la contaminación del aire y a la presencia de algunos contaminantes (Kelly & Maynard, 2022; Linares, Culqui, Carmona, Ortiz, & Díaz, 2017; Peters et al., 2019).

A continuación, se recogen los principales factores de riesgo de la demencia y su relación con el entorno físico donde la persona vive:

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Guía de la OMS para la reducción del riesgo del deterioro cognitivo y de la demencia		
Recomendaciones basadas en evidencia científica alta		Relacionado con el entorno físico/barrio donde la persona vive
Actividad física	La actividad física regular está recomendada para todas las edades. Las personas de edad mediana deben mantener una actividad física regular para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Para aquellas personas que presenten un deterioro cognitivo leve, la actividad física puede reducir el riesgo de un mayor deterioro.	Sí (1)
Eliminar el consumo de tabaco	El consumo de tabaco aumenta el riesgo de deterioro cognitivo y demencia, además de otros problemas de salud.	Sí (2)
Nutrición	Se recomienda la dieta mediterránea a las personas adultas con una actividad cognitiva normal o con un deterioro cognitivo leve para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y/o demencia. Por el contrario, no existe evidencia de que los complejos vitamínicos de vitaminas B y E, los ácidos grasos poliinsaturados y otros suplementos puedan reducir el riesgo de deterioro cognitivo o demencia, por lo que no deben ser recomendados.	Sí (2)
Consumo excesivo de alcohol	El consumo de alcohol excesivo puede ser un factor de riesgo de deterioro cognitivo o de demencia, así como de otros problemas de salud, por lo que debe limitarse su consumo para todas las personas.	Sí (3)
Intervenciones cognitivas	Los ejercicios de estimulación cognitiva pueden ayudar a reducir el riesgo de demencia o de deterioro cognitivo.	No
Control del peso	La prevención de la obesidad o del sobrepeso en edades medianas puede reducir el riesgo de deterioro cognitivo y/o demencia.	Sí (4)
Control de la tensión alta	El control y la prevención de la tensión alta en adultos puede reducir el riesgo de deterioro cognitivo y/o demencia.	No
Control de la diabetes	El control médico de la diabetes en adultos puede reducir el riesgo de deterioro cognitivo y/o demencia.	Sí (4)
Control del colesterol alto	El control del colesterol alto en adultos puede reducir el riesgo de deterioro cognitivo y/o demencia.	Sí
Recomendaciones para las que todavía no hay suficiente evidencia		
Actividad social	La participación y apoyo social están directamente relacionados con una buena salud y bienestar a lo largo de toda la vida. La inclusión social debe mantenerse a lo largo de toda la vida. Sin embargo, no hay evidencia suficiente de que la actividad social esté directamente relacionada con un menor riesgo de deterioro cognitivo y/o demencia.	Sí (4)

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Depresión	El control de la depresión a través de medicamentos o de intervenciones psicológicas debe recomendarse a cualquier adulto con problemas de depresión, pero no existe evidencia suficiente entre el uso de medicamentos antidepresivos y la reducción del riesgo del deterioro cognitivo y/o demencia.	Sí (5)
Pérdida auditiva	No existe evidencia científica suficiente para recomendar apoyos auditivos para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y/o demencia. El seguimiento de apoyos auditivos debe de ofrecerse a todas las personas mayores para reducir la pérdida auditiva progresiva.	Sí

Tabla 5. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la reducción del riesgo de deterioro cognitivo y demencias y su relación con el entorno urbano donde la persona vive. Fuentes: Elaboración propia a partir de WHO (2019)³³, (1) (Sallis, Floyd, Rodríguez, & Saelens, 2012; Takano, Nakamura, & Watanabe, 2002), (2) (González Salgado, 2021), (3) (Sureda, Villalbí, Espelt, & Franco, 2017), (4) (Congdon, 2019), (5) existe un 40% de riesgo mayor de depresión en contextos urbanos, así como otros problemas de salud pública como estrés y ansiedad, aislamiento o soledad (Gruebner et al., 2017; McCay, Bremer, Endale, Jannati, & Yi, 2017; Peen, Schoevers, Beekman, & Dekker, 2010; Vassos, Pedersen, Murray, Collier, & Lewis, 2012)

Teniendo en cuenta estos factores de riesgo y su relación directa con el entorno donde la persona habita, la siguiente cuestión es identificar aquellos elementos de la planificación y diseño urbano que pueden facilitar estilos de vida más saludables y, por lo tanto, protectores o promotores de una buena salud. Al respecto, cabe mencionar el trabajo realizado sobre “Ciudades Saludables” en el contexto español desarrollado en distintas publicaciones y con especial interés en la población mayor adulta (Fariña et al., 2022; Fariña Tojo et al., 2019; Higuera, Román, & Fariña, 2020). Los autores identifican en este aspecto tres estrategias principales para planificar ciudades saludables, donde se incorporan distintos parámetros y criterios de diseño basados en su impacto positivo en la salud y en el medio ambiente:

³³ Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52426>. Último acceso: 28/10/2022.

Estrategias generales para una ciudad saludable y beneficios para las personas con demencia

Líneas de acción	Parámetros de diseño relacionados	Beneficios para las personas con demencia
Barrios seguros para caminar	Confort térmico Confort acústico Calles seguras Identidad Actividades comerciales Prioridad movilidad peatonal Transporte público Carriles bici Accesibilidad	<p>El poder mantener un estilo de vida activo y caminar en la rutina diaria mejora la actividad mental, así como el estrés o la ansiedad y mejora el general en general. La reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares y la diabetes están también relacionados con un menor riesgo de deterioro cognitivo y la aparición de la demencia (Alty, Farrow, & Lawler, 2020; Bedimo-Rung, J.Mowen, & A.Cohen, 2005).</p> <p>En estadios más avanzados de la enfermedad, el mantenimiento de la actividad física también ayuda a reducir los comportamientos agresivos o las agitaciones (Coulthard, Denning, & Cooper, 2019) y mejora notablemente los patrones de sueño (Kodama, Kume, Tsugaruya, & Ishikawa, 2016)</p> <p>Por último, el pasear y estar al aire libre permite la exposición solar y, por tanto, mejora también los patrones de sueño y los ciclos circadianos (Konis, Mack, & Schneider, 2018) así como mejora la absorción de calcio, previene la fragilidad ósea y fortalece los músculos en todas las edades, pero sobre todo en la edad adulta (Larrosa et al., 2008).</p>
	Aumentar la presencia de naturaleza en la ciudad	Zonas verdes de proximidad Permeabilidad del suelo y drenaje Elementos de secuestro CO ₂ Control acústico Control de pavimentos permeables y zonas sin urbanizar Condiciones urbanas microclimáticas Confort térmico

Espacios de convivencia intergeneracional	Ubicación de los equipamientos y servicios Proximidad Accesibilidad Redes sociales Usos mixtos Diversidad Identidad	La relación con otras personas y las oportunidades de encontrarse e interactuar con ellas y con la comunidad es una de las principales necesidades de los seres humanos para desarrollar el sentimiento de formar parte de una comunidad. Las relaciones sociales mejoran la salud y el bienestar (Berkman, Kawachi, & Glymour, 2014) y la reducción de la mortalidad (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010).
---	---	--

Tabla 6. Estrategias y líneas de acción para crear ciudades más saludables y su relación con los beneficios que aportan para las personas con demencia. Fuentes: Elaboración propia a partir de Higuera, Román y Fariña (2020).

La tabla recoge distintos aspectos generales que son recomendables en la planificación de ciudades y el diseño del espacio público, desde la perspectiva de promover la salud y el envejecimiento saludable y cómo estos factores se relacionan con un menor riesgo de desarrollar demencia o mejorar aspectos específicos de los problemas de comportamiento de una persona con demencia. También estas tres estrategias de acción consideran el escenario actual de cambio climático y la mayor vulnerabilidad a la que la población mayor con puede verse sometida (Sánchez González & Chávez Alvarado, 2019).

Para un mayor acercamiento a esta cuestión de promoción en salud, prevención y diseño urbano, cabe mencionar el potencial identificado en la implementación de un “proceso de diseño basado en evidencias” a nivel urbano, que consiste en fundamentar las decisiones de diseño en datos rigurosos para conseguir los mejores resultados posibles. El objetivo principal de este proceso es la relación entre variables del diseño con resultados clínicos (Cambra-Rufino, Paniagua-Caparrós, & Bedoya-Frutos, 2020)³⁴. Si bien esta metodología nace en el contexto de la arquitectura sanitaria, desde el enfoque de la promoción de la salud a través de la planificación y diseño del espacio público, similar a lo que los

³⁴ “El proceso de diseño basado en evidencias consiste en fundamentar las decisiones de diseño en investigaciones creíbles con el fin de conseguir los mejores resultados posibles. Su principal característica reside en el énfasis del uso de la investigación, tanto para informar a priori como para evaluar a posteriori las decisiones de diseño” (Cambra-Rufino, Paniagua-Caparrós y Bedoya-Frutos, 2020).

Estudios de Impacto en Salud³⁵ abordan a la hora de evaluar el impacto del desarrollo de un proyecto (Junta de Andalucía, 2014)³⁶.

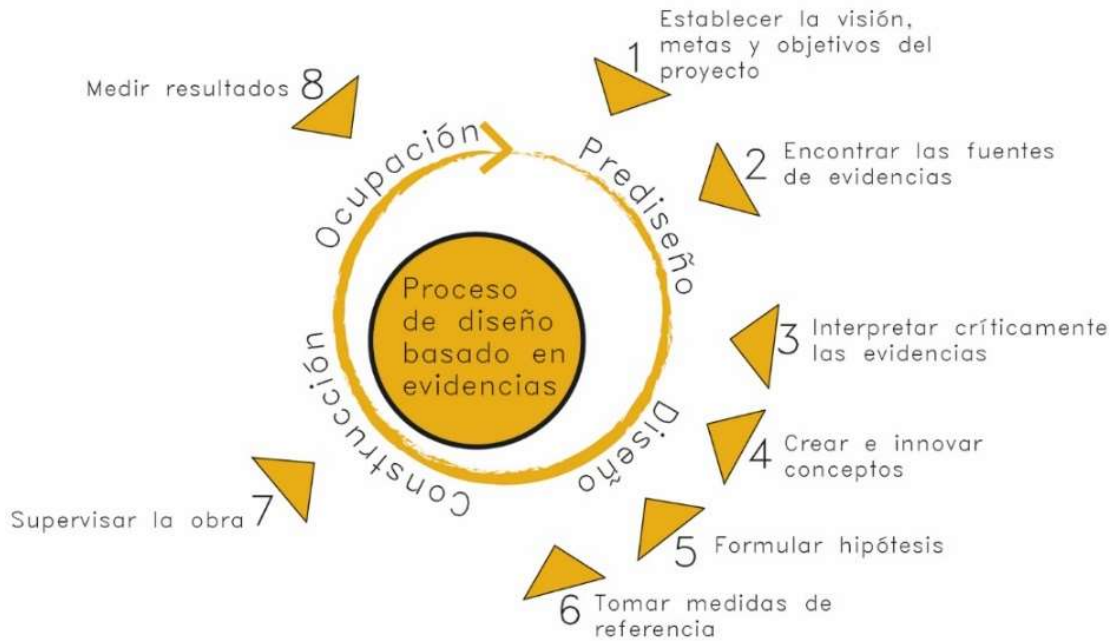


Figura 12. El proceso de diseño basado en evidencias se estructura en los ocho pasos que se muestran en la figura. Fuente: Cambra-Rufino (2021).

En el caso concreto de las personas mayores con demencia, teniendo en cuenta:

- La voluntad y deseo de las personas mayores de permanecer en sus hogares y en su entorno comunitario³⁷.

³⁵ La Evaluación de Impacto Ambiental se define como “una combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante las que una política, programa o proyecto puede ser evaluado en función de sus potenciales efectos en la salud de la población y de su distribución en dicha población. Su principal finalidad es asesorar en la toma de decisiones para maximizar los efectos positivos en salud, reducir razonablemente los negativos y distribuirlos de forma equitativa entre la población”. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/evaluacion-impacto.html>

³⁶ Regulado por ley en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. nº 243 de 15/12/2014. Decreto 169/2014, de 9 de diciembre, por el que se establece el procedimiento de la Evaluación del Impacto en la Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

³⁷ “El 82% de los mayores españoles quiere envejecer en su propia casa” (OCU, 2017). Encuesta de Consumidores y Usuarios.

- La necesidad de prevenir y retrasar su aparición, así como ralentizar su avance cuando la enfermedad aparece.
- La urgencia a nivel internacional de planificar los servicios y las ciudades ante el reto demográfico y el aumento de las personas afectadas por esta enfermedad³⁸.
- Estar hablando de un problema sanitario y social donde se ha evidenciado que el diseño del entorno facilita y contribuye al bienestar de la persona (Ludden, van Rompay, Niedderer, & Tournier, 2019).

Resulta necesaria la aplicación de una metodología flexible, pero también rigurosa para ser adaptada a la escala urbana. Como se mencionaba en los antecedentes del presente trabajo, la demencia se considera una prioridad de salud pública y distintas entidades a nivel internacional reconocen la necesidad de invertir en la prevención y promoción de la salud para evitar su aparición, mejorar su diagnóstico o para garantizar la calidad de vida desde el momento que la dependencia aparece y los entornos urbanos son el escenario clave.

3.3. DEL MODELO BIOMÉDICO AL MODELO BIOPSIOLÓGICO

Habiendo caracterizado la demencia y sus formas, así como los factores de riesgo y prevención, el siguiente paso es entender cómo una persona que tiene demencia puede mantener al máximo su autonomía e independencia y bienestar y retrasar el deterioro progresivo de la enfermedad. En este enfoque, es donde el modelo de Burton y Grant nos ilustra la interrelación existente entre la salud y el bienestar y los múltiples factores que influyen en ella, incluyendo el escenario físico donde se desarrolla la vida, construido o natural (Figura 13).

³⁸ “Los expertos alertan de que si no se encuentra cura (para el Alzheimer) se convertirá en una epidemia” (CEAFA, 2014). Disponible en: <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/el-99-6-de-los-ensayos-clinicos-contra-el-alzheimer-han-fracasado> Último acceso: 28/10/2022.

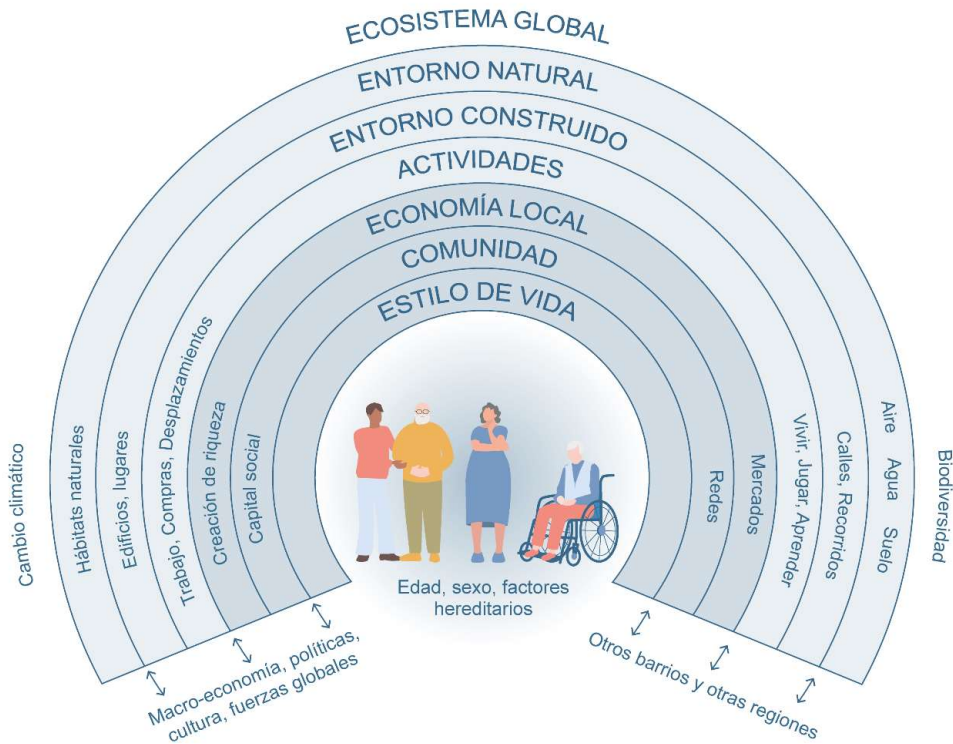


Figura 13. Determinantes de salud y bienestar en los barrios. Fuente: adaptado de Barton y Grant (2006).

En el siglo XX, cuando el médico Alois Alzheimer describió por primera vez la demencia como una enfermedad, ésta era considerada una fase dentro del envejecimiento. Además, la salud era un concepto centrado en la ausencia de enfermedad y el tratamiento de los problemas identificados en nuestro organismo con un carácter principalmente biológico; entendiendo además que existía un dualismo separado mente-cuerpo, donde el cuerpo era la parte física y orgánica de la persona, separada de la mente, más asociada a algo “espiritual” y sin influencia en nuestro cuerpo (Psicología de la salud, 2020).

En arquitectura y urbanismo, este modelo biomédico se relaciona con una creciente preocupación por la insalubridad de los entornos habitados, presente en muchos hospitales y espacios reservados para el tratamiento y cura de enfermedades. Es a partir del incendio del *Hôtel de Dieu* en París en 1772, cuando se empezaron a construir

nuevos hospitales concebidos como “*machines à guérir*”³⁹ para los pacientes (Cambra Rufino, 2021; Foucault, Barret-Kriegel, Thalamy, Béguin, & Fortier, 1979). La iluminación, la ventilación cruzada y el contacto con la naturaleza y el aire fresco fueron parámetros que influenciaron en la evolución arquitectónica de hospitales, asilos y sanatorios (Cambra Rufino, 2021). También las políticas de salud de la época comenzaron a incorporar espacios para la jardinería y agricultura como espacios de curación, sobre todo para personas con problemas de salud mental, para favorecer los paseos o actividades en el exterior. Volviendo al siglo XX, una vez que se comienzan a diagnosticar la enfermedad de Alzheimer en los pacientes, las personas que exhibían comportamientos difíciles de manejar y con necesidades de cuidados específicos eran ingresadas en pabellones psiquiátricos y el tratamiento normalmente estaba asociado a psicofármacos. Solían tratarse de asilos y sanatorios aislados respecto del núcleo urbano, en entornos rurales, rodeados de grandes extensiones de jardines para paseos en el exterior, mayor tranquilidad y por una mejor calidad del aire. En el caso del modelo de la Ciudad Jardín, se observa cómo se busca un lugar alejado de la ciudad y en medio de la naturaleza para “ebrios, vagabundos, epilépticos, convalecientes y locos”, permitiendo también la creación de ciudades “sin humos y sin barridas” (Figura 14) o comportamientos considerados extraños para la convivencia en la sociedad (Howard, 1902). Todo ello, bebiendo del Movimiento Higienista y, más adelante, de los nuevos modelos urbanos de Le Corbusier basados en una mayor zonificación e incluyendo el concepto de la “*machine à habiter*”⁴⁰ aplicado tanto a las viviendas como a las ciudades.

³⁹ Traducción del francés: máquinas para curarse.

⁴⁰ Traducción del francés: máquinas para habitar.

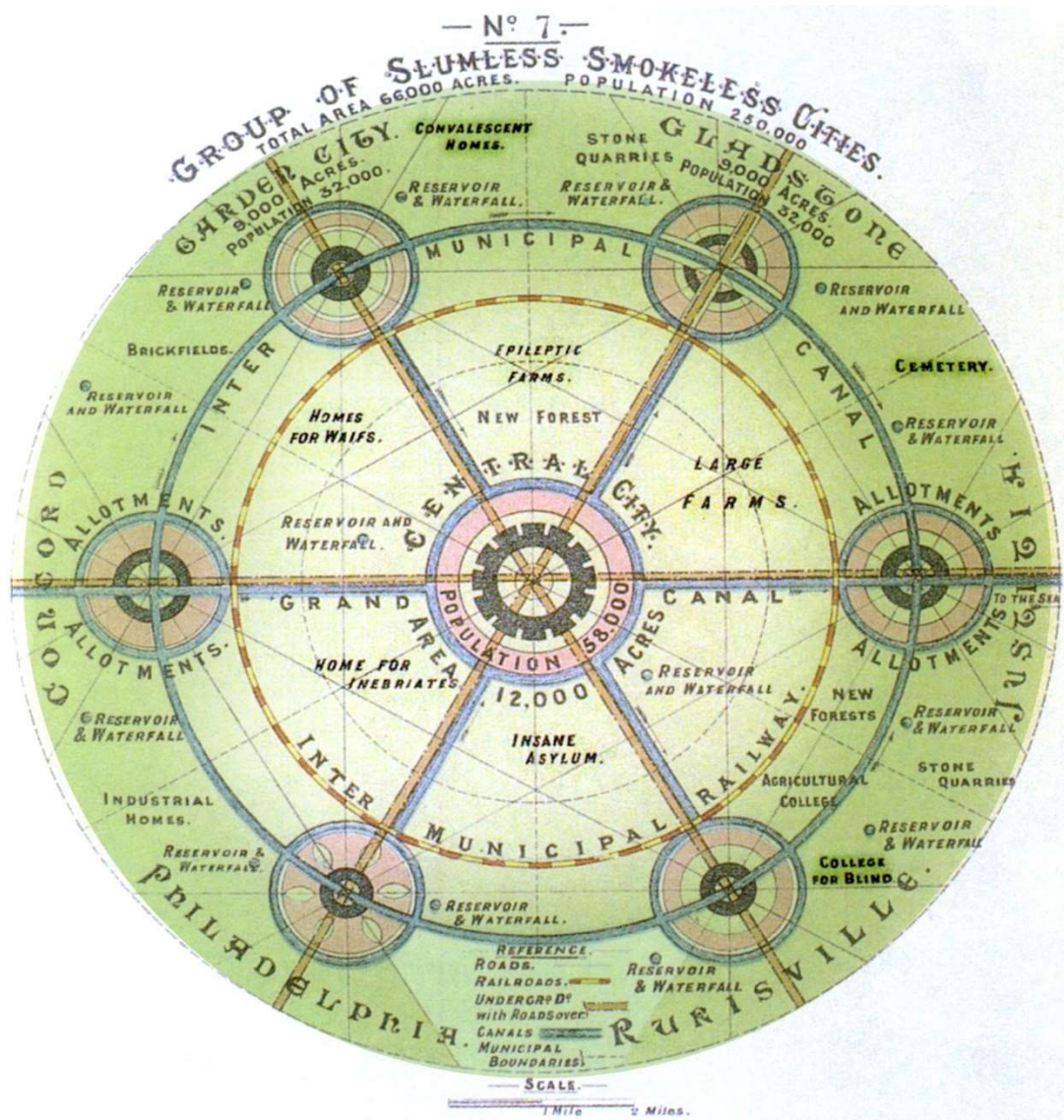


Figura 14. El modelo ideal de la Ciudad Jardín de Ebenezer Howard. Fuente: Howard, E. (1902).

A partir de la Segunda Guerra Mundial se desarrolla el modelo de estado de bienestar social y los cuidados hacia las personas mayores pasan a ser un deber social, más allá de ser un asunto familiar o caritativo. En este sentido, las administraciones públicas se convierten en los responsables de proveer la asistencia necesaria para que la persona lleve una vida digna, a la que tiene derecho. En algunos países surgen modelos específicos de viviendas para personas mayores y, en paralelo, el modelo institucional se medicaliza. Los servicios progresivamente se van especializando y van atendiendo a un mayor número de personas, sobre todo de clases sociales medias y superiores (García Lantarón, 2015).

También se identifica un creciente optimismo en la época de posguerra con importantes cambios en el cuidado de los pacientes psiquiátricos: las políticas de puertas abiertas, la introducción de medicamentos antidepresivos y antipsicóticos en los años 50, y un progresivo cambio para proveer del cuidado en la propia comunidad. Durante los años 60 y 70 se puso sobre la mesa la necesidad de la desinstitutionalización de las personas con problemas de salud mental y el gran impacto que tenía el entorno donde la persona vivía en su comportamiento y síntomas, más que los propios factores propios de la enfermedad (Almeida, Mateus, & Tomé, 2017). En estos años y de forma creciente, el modelo biomédico fue cuestionado, a favor de un modelo psicosocial, aplicado a todas las personas, pero sobre todo en personas mayores con demencia. Para la enfermera Martha Rogers⁴¹, el entorno del paciente era una realidad indisoluble y era parte activa en el proceso de que el paciente pudiera recuperarse y disfrutar de un buen estado de salud (Rogers, 1970). En esta época el contacto con la naturaleza cobra importancia y se buscan fórmulas para incorporarla en los edificios de residencias en distintas partes del mundo. También la evolución de la psiquiatría y las nuevas necesidades del modelo de cuidados fueron incorporaron los jardines terapéuticos en las residencias sociosanitarias para promover el bienestar físico y mental de los residentes (Thaneshwari, Kumari, Sharma, & Sahare, 2018).

⁴¹ La teoría de Marta Rogers “Ciencia de los seres humanos unitarios” se basa en una visión holística de la enfermería como ciencia y como arte, poniendo en el centro al paciente, entendiendo que el objetivo de las enfermeras es la promoción de la salud y del bienestar de las personas en cualquier lugar donde estén y que este entorno está directamente relacionado con la salud de la persona. Fuente: (Petiprin, 2020).

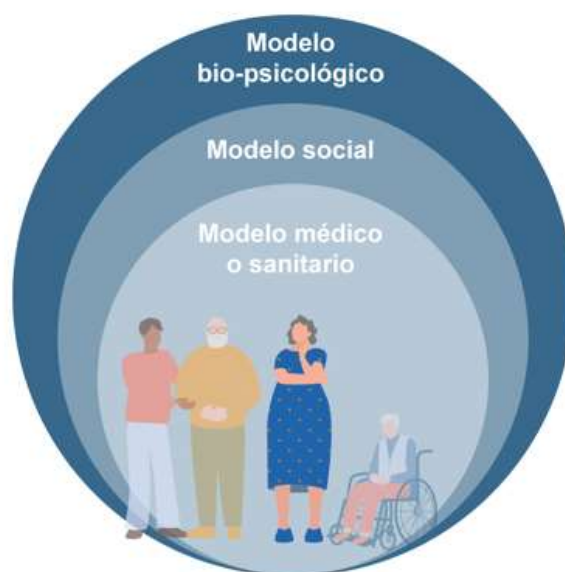


Figura 15. Enfoque y modelos para el diseño de entornos de cuidados. Fuente: adaptados de DSDC (2020).

Fruto de la crisis económica en Europa entre los años 60 y 70, los modelos residenciales y la propia concepción del estado de bienestar se reformulan. Además, a partir de los años 70 surge una creciente sensibilización hacia la importancia de la autonomía e independencia, su privacidad y derecho de elegir entre las alternativas residenciales, aplicado tanto para personas mayores como para personas con problemas de salud mental (Almeida et al., 2017). Además, el aumento de la esperanza de vida y el mayor porcentaje de población mayor hizo evidente que el modelo de cuidados de larga duración tampoco resultaba económicamente viable en el tiempo. Por lo tanto, van apareciendo modelos residenciales para personas mayores independientes y autónomos o distintos servicios a domicilio para dar respuesta a las necesidades progresivas de las personas mayores a medida que van apareciendo, y, en última instancia, cuando surge la gran dependencia y necesidad de cuidados -normalmente asociada a la demencia- el traslado a una residencia especializada. No obstante, la evolución en Europa de estos modelos empieza a diferenciarse notablemente, sobre todo entre los modelos nórdicos y los mediterráneos (García Lantarón, 2015).

En los años 80 destacan las aportaciones de Tom Kitwood sobre el modelo de atención centrada en la persona. Kitwood establece que, desde la psicología social, esto es, las relaciones e interacciones entre personas, se pueden desencadenar situaciones tanto

negativas como positivas en las vidas de las personas, e identifica lo que para él son los potenciadores del bienestar agrupados en seis necesidades psicológicas básicas que todas las personas han de satisfacer para estar bien: el amor, la identidad, la vinculación, la ocupación con sentido, el confort y la inclusión. Con esta perspectiva, y en concreto para las personas con demencia, Kitwood critica el modelo asistencial en el que se enfoca la atención a las personas con demencia, centrado en la discapacidad y la enfermedad, y lo reformula dando otra visión de la persona con demencia, como una persona igual, con derechos, sentimientos, deseos y una historia de vida que es única a cada persona. Esta perspectiva biológica, psicológica y sociológica se centra en conservar el valor de la persona como ser humano durante todo el proceso de la enfermedad y poner el énfasis en las relaciones que aprecia y en las que él mismo también se aprecia. Las necesidades básicas definidas por Kitwood no desaparecen con la demencia, sino que expresarlas y satisfacerlas se vuelve más complejo por la dificultad en la comunicación (D-care, 2019).

En las últimas décadas, los distintos modelos residenciales y de alojamientos de personas mayores conviven en realidades muy diferentes según el país. Si bien los modelos de residencias para personas mayores han ido evolucionando hacia tipologías de pequeña escala, organizadas en unidades de convivencia, esta evolución está influenciada por la cultura, tradiciones, la propia evolución social, pero también por la forma de diseñar las ciudades, los códigos arquitectónicos y la normativa de cada lugar. Por ejemplo, mientras que en Dinamarca los servicios para las personas mayores están completamente integrados en viviendas “para toda la vida”, todavía en España se observan infraestructuras y equipamientos residenciales de gran escala casi como única alternativa frente a las ayudas a domicilio (García Lantarón, 2015). No obstante, el reconocimiento y aceptación de los beneficios asociados a mantener las redes sociales y el contacto con familiares y comunidad han supuesto también que las residencias progresivamente vuelvan a ubicarse en un contexto urbano, aunque con múltiples matices.

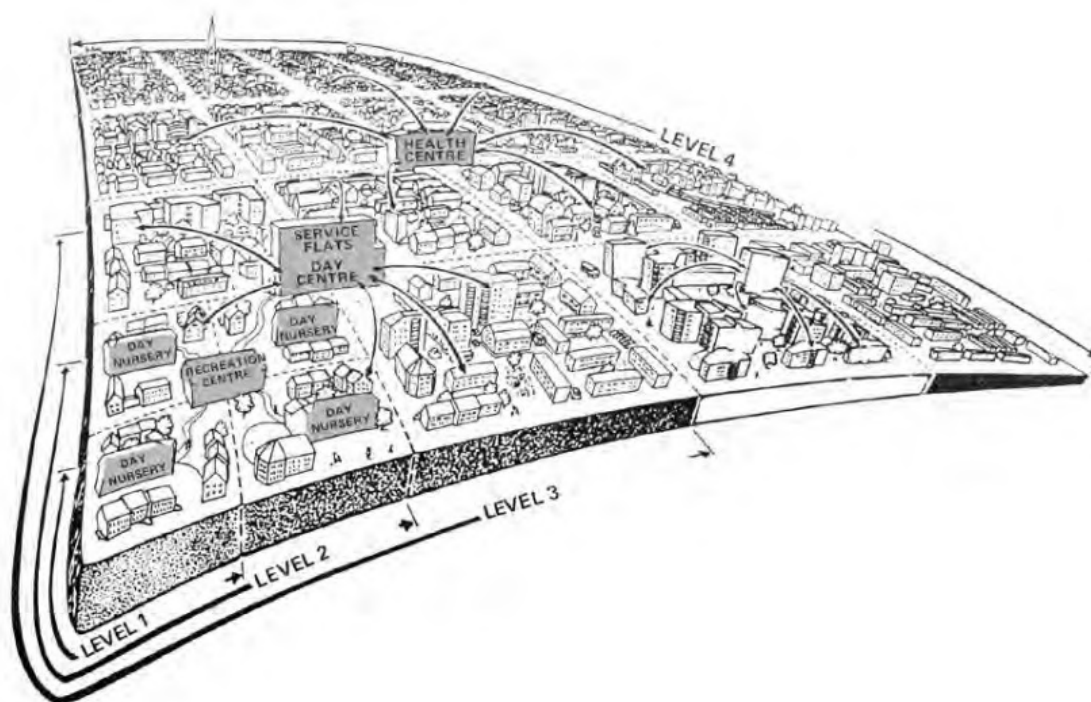


Figura 16. Modelo urbano de cuidados de Linköping en Suecia. Los servicios se integran en un área de 5.000 a 15.000 habitantes. Especialmente, existen centros de atención y apartamentos con servicios integrados, al igual que otros servicios de cuidados como guarderías o centros comunitarios, a una distancia a pie entre 400 y 500 metros. Fuente: García Lantarón H. (2015) p.198.

Fruto de la pandemia de la Covid-19 también se ha puesto de manifiesto la importancia de una escala pequeña y una organización autónoma y flexible de las unidades de convivencia como medida para evitar enfermedades contagiosas y mejorar la respuesta a las epidemias (Grey et al., 2022). En este sentido, la pandemia ha acelerado la transformación necesaria en el sistema de cuidados de muchos países europeos para una implementación efectiva de modelo de atención centrado en la persona y de la reflexión sobre todo el sector de los cuidados en la sociedad actual (Camps, 2021).

3.4. EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y CALIDAD DE VIDA

El modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) es un marco que, en el contexto de la atención a personas con discapacidad, fragilidad o dependencia –donde se incluyen las personas con demencia-, se entiende como aquel que:

- “Promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva” (P. Rodríguez Rodríguez & Vila i Mancebo, 2014)⁴².
- “Es un modelo profesionalizado que busca cuidar apoyando que las personas puedan seguir teniendo control en su entorno, en sus cuidados y en su vida cotidiana, desarrollando sus capacidades y sintiéndose bien. Un modelo profesionalizado que busca aumentar la calidad de la atención desde dimensiones relacionadas con la calidad de vida” (Martínez T., Díaz-Veiga P., Sancho-Castiello, M., 2014)⁴³.

Si bien este modelo ha ido evolucionando y ha sido desarrollado y aplicado por distintas disciplinas y sectores (CREA, 2015), cabe destacar la importancia que el entorno -tanto social, como ambiental y físico- tiene para facilitar y proveer de este tipo de atención (Audenhove et al., 2003; Brooker, 2013). Desde el año 2000, el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona ha adquirido una mayor presencia en el sector sociosanitario desde el campo de la salud pública, promoción de la salud y los servicios sociosanitarios (HIN, 2014), lo cual repercute en la forma de proveer los cuidados, a la implicación de la persona que recibe los cuidados, a la participación de la familia, a la flexibilidad de horarios de actividades, así como a la relación de cercanía entre residentes y personas cuidadoras, que se reorganiza en unidades de convivencia. Este modelo se basa, en esencia, en comprender que los cuidados van más allá de una serie de tareas concretas de asistencia o apoyo, ya que requieren de relaciones de confianza, cercanía, y generar afecto (Camps, 2021). Esto ha de traducirse en un abanico de posibilidades

⁴² Rodríguez Rodríguez, P., y Vila i Mancebo, A. (coords.) (2014). Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Madrid: Trecnos. Definición de la Fundación Pilares del modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP). Disponible en: <https://www.fundacionpilares.org/red-de-buenas-practicas/la-red/modelo-de-atencion-integral-y-centrada-en-la-persona-aicp/> Último acceso: 28/10/2022.

⁴³ Fundación Matia (2014) *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos. Cuaderno 1. La atención centrada en la persona. ¿En qué consiste?* Disponible en: <https://www.matiafundazioa.eus/es/blog/modelo-de-atencion-centrada-en-la-persona-cuadernos-practicos-cuaderno-1-la-atencion-centrada> Último acceso: 28/10/2022.

heterogéneas para satisfacer las necesidades y deseos de la persona individualmente y de las personas a nivel social.

Como se ha visto previamente, la calidad de vida de la persona, su salud y bienestar están condicionados por muchos factores dependiendo del tipo y la extensión del daño neurológico; los pensamientos, sentimientos y comportamiento previo de la persona antes de la aparición de los primeros síntomas; y el contexto social en el que vive, incluyendo el nivel de apoyos disponibles en su entorno (Pantartzis et al., 2014). La calidad de vida se entiende como un concepto individual multidimensional que engloba factores personales y socioambientales (Alaba, 2016). En este sentido, la percepción de la calidad de vida de las personas mayores y de las personas con demencia guarda una estrecha relación con el lugar de residencia (Rodríguez-Blázquez & Forjaz, 2022; V. Rodríguez Rodríguez et al., 2011), tanto a la escala doméstica del hogar o lugar de residencia como a la escala del barrio y entorno urbano.

La herramienta de la historia de vida se utiliza en la aplicación del modelo de Atención Centrado en la Persona, como metodología para conocer a una persona a través de su relato autobiográfico incluyendo toda la información sobre el pasado de una persona (Bonafont, 2020). El desarrollo de una historia de vida para una persona que vive con demencia ayuda a estimular su memoria a largo plazo, ayudando a reforzar la propia identidad y la autoestima mientras que se ayuda a los cuidadores a comprender mejor a quién están cuidado. También ayudan a comprender la cultura de una persona, sus creencias y rutinas, lo cual puede influir en lo que comen, formas de vestirse, desvestirse o la higiene personal, así como actividades de ocio y tiempo libre. Esta forma de dar apoyo y cuidados a una persona con demencia, basada en el conocimiento de la persona y la continuidad con su vida pasada, se ha identificado normalmente con personas que, según los cuidadores o familiares, no han desarrollado o adquirido un cambio de personalidad (Kitwood, 2019).

Por otra parte, en la actualidad están cobrando gran importancia las intervenciones no farmacológicas, debido a los elevados costes de los medicamentos, así como a sus posibles efectos secundarios. Las terapias no farmacológicas se entienden como aquellas intervenciones no químicas que están sustentadas de forma teórica y son replicables y son realizadas sobre el paciente o el cuidador y potencialmente son capaces de obtener un beneficio relevante (González Ingelmo, Vicente Fuentes, Martínez-Lage, Rodríguez Ramos, & Lleó Bisa, 2019). Aunque existe una gran variedad de terapias no

farmacológicas para las personas con demencia, de todas ellas es la estimulación cognitiva la que ha sido investigada y relacionada con mayores beneficios en la conducta y funciones cognitivas de las personas (Olazarán et al., 2010), aunque no existen pautas establecidas sobre las intervenciones más idóneas o las dosis adecuadas según el estadio de la enfermedad. Muchas veces son complementarias a otros tratamientos médicos como refuerzo para mejorar los comportamientos y el bienestar, ayudando además a que las personas estén más calmadas y tranquilas, reduciendo las alternaciones de comportamiento o situaciones de ansiedad, o a comprender mejor el entorno donde se encuentran y reducir las alucinaciones, incluso ayudando a una mejora en la función cognitiva. En España, el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del IMSERSO (CREA) ha realizado una investigación, documentación y estandarización de este tipo de terapias y ha desarrollado programas para dar a conocer a la persona usuaria pautas y materiales diversos, como el Programa de Actuación Cognitiva Integral de Demencias (PACID) (González Ingelmo, Vicente Fuentes, et al., 2019).

Probablemente la mejor respuesta sea una combinación de las intervenciones médicas, intervenciones no farmacológicas y distintas terapias, adaptándose según la progresión del deterioro cognitivo. En este contexto es donde se enmarcan iniciativas y experiencias que incorporan una reflexión sobre el entorno físico, como la creación de comunidades amigables con las personas con demencia y el diseño de entornos accesibles y amigables para que la persona con demencia pueda mantener sus rutinas y seguir participando en su entorno local para reivindicar su posición social en el conjunto de la sociedad. Algunos programas y actividades específicas son los jardines terapéuticos, los espacios multisensoriales o las terapias de reminiscencia.

Jardines terapéuticos y contacto con la naturaleza

La presencia de vegetación y jardines -entendida como una naturaleza controlada y antrópica en relación directa con la arquitectura- ha estado vinculada con el bienestar en diversas civilizaciones a lo largo de toda la historia. El arte de la jardinería se remonta al año 3.000 a.C. en el Antiguo Egipto y en Persia se encontraron ejemplos de huertos medicinales, relacionados con los primeros hospitales de la civilización arábiga, conocidos como *bîmâristâns*. Más adelante, en el siglo XII el rey Parkama Bâhu de Ceylán fundó varios hospitales rodeados de alineamientos de árboles de distintas especies (Le Mandat, 2009). Por otra parte, en Europa, tanto la civilización griega como

la romana utilizaban plantas con propósitos terapéuticos y durante la Edad Media, los jardines medicinales se desarrollaron sobre todo vinculados a los monasterios (*Hortus Medicus*), ya que el conocimiento de las propiedades de las plantas estaba reservado a la población que era capaz de leer y tener acceso a los libros. Progresivamente los hospitales y edificios relacionados con la salud fueron integrando el jardín con una parte indisociable de su programa (Pozo Menéndez, 2022), hasta que, con los avances sociosanitarios y tecnológicos el movimiento moderno de la arquitectura, los edificios y las ciudades fueron alejándose de los espacios verdes y naturales -como se ha visto en el epígrafe anterior- y no es hasta los años 80 cuando Ulrich y Cooper Marcus empezaron a trabajar en la recuperación de los espacios naturales asociados a entornos sociosanitarios con evidencia científica que lo avalase (Ulrich, 1984, 1999).

En la actualidad los jardines terapéuticos se han ido incorporando en espacios de bienestar asociados a programas específicos, normalmente sociosanitarios. Aunque se pueden establecer algunas diferencias en función de los objetivos principales que se persiguen -rehabilitación, estimulación, restauración o habilitación- los principios de diseño son similares y, en el caso de jardines para personas con demencia, todas las funciones tienen un impacto importante para garantizar la estimulación sensorial o la búsqueda de entornos de tranquilidad y calma (Cervera, 2020; Chalfont & Walker, 2013; Charras, Bébin, Laulier, Mabire, & Aquino, 2018; DEEP, 2020; Hazen & McManus, 2012). Entendiendo la importancia que tiene la introducción de la naturaleza en la ciudad, en el epígrafe siguiente se recogerán los principios de diseño específicos recomendados para este tipo de espacios.

Por otra parte, la interacción con animales puede tener varios beneficios positivos para las personas mayores, sobre todo aquellas con demencia. Para muchas personas el contacto con animales es una actividad familiar que genera bienestar. Las mascotas o las terapias con animales pueden ayudar a aumentar la actividad física, la motivación personal y las relaciones sociales, así como mejorar la función cognitiva y emocional, pudiendo también minimizar los cambios de humor y otros problemas como la ansiedad o la depresión (Hazen & McManus, 2012).

Terapia de reminiscencia

La terapia de reminiscencia es un tipo de actividad en la que las personas comparten sus memorias y recuerdos del pasado, en una experiencia social que permite a las personas

participantes a reconectar con ciertos momentos de su vida y refuerza el sentimiento de identidad. Si las personas no tienen anclajes y elementos que les recuerden distintos momentos de su pasado, pueden sentirse desconectadas o desvinculadas de sus propias vidas. Para algunas personas con demencia, las terapias de reminiscencia son una oportunidad para volver a conectar, además son actividades que permiten a los cuidadores y familiares conocer con mayor profundidad sobre la persona y su pasado. Los elementos y accesorios decorativos de una época, la música o las canciones, objetos personales, etc. pueden ayudar a contextualizar un lugar o espacio, permitiendo asociar estos objetos con recuerdos pasados (ya que muchas veces la memoria a corto plazo se ve afectada por la enfermedad) y reforzar la identidad para hacer sentir a la persona en un entorno familiar. En el espacio exterior y en el entorno urbano, el patrimonio histórico o los elementos escultóricos de una ciudad pueden ser elementos que favorezcan la conexión y la identidad (UNIR, 2022). Por ejemplo, en la región del sur de Gales, llama la atención cómo en los logos representativos de las comunidades con demencia, el símbolo es un elemento del patrimonio de la ciudad (Figura 17).



Figura 17. Logos representativos de distintas comunidades y asociaciones de personas con demencia en el sur de Gales, Reino Unido. Fuente: Dementia-Friendly Vale. (Cowbridge Rotary, 2022).

La terapia multisensorial

La terapia multisensorial o el enfoque *Snoezelen*⁴⁴ utilizada con personas con demencia se utiliza para crear en un espacio un entorno controlado en el que se establecen un conjunto de estímulos para trabajar todos los sentidos. Técnicamente, se suelen denominar Entornos Multisensoriales (MSE, en sus siglas en inglés). Estos estímulos permiten el desarrollo de funciones cognitivas, emocionales, motoras y psicosociales con múltiples beneficios, que facilitan la comunicación, proporcionan sensación de bienestar y reducen la apatía, agresividad y las conductas disruptivas. Los distintos sistemas que suelen emplearse son el auditivo, el gustativo, el olfativo, el visual, el propioceptivo o tacto (ISNA España, 2022; Qido, 2021; Snoezelen, 2022).

3.5. EL DISEÑO DEL ESPACIO PÚBLICO PARA PERSONAS CON DEMENCIA

Como hemos visto previamente en la caracterización de la demencia y sus diferentes síntomas, las personas que viven con esta enfermedad se enfrentan con frecuencia a varios problemas en el mantenimiento de su rutina diaria en el espacio exterior a sus viviendas o residencias: pueden tener problemas para encontrar sus viviendas; las situaciones sociales les suponen un desafío, perdiendo el interés en socializar o en sus actividades habituales; pueden volverse apáticas o sufrir cambios de humor repentino, progresivamente pueden ir perdiendo su identidad como persona e igualmente disminuye su capacidad de percepción del tiempo y el espacio. El impacto en la habilidad mental de una persona hace que las tareas y las actividades que requieren concentración, planificación y organización sean cada vez más difíciles, donde la toma de decisiones se convierte en un reto.

En la búsqueda de literatura científica que abordase los criterios de diseño de espacio público y espacio exterior para personas con demencia, se realizó una revisión sistemática según el método PRISMA (Liberati et al., 2009) entre octubre y noviembre del

⁴⁴ Las salas *snoezelen* surgieron en los 70 como espacios cerrados con distintos elementos para la estimulación cognitiva y multisensorial, con un impacto positivo en el tratamiento de demencias y alteraciones de la conducta. Literalmente, la palabra es la contracción de dos palabras holandesas “snuffelen” y “doezelen” que significan “oler” y “relajarse”. Fuente: (ISNA España, 2022).

año 2020. Para la búsqueda se han empleado dos bases de datos científicas, Scopus y Web of Science, con las siguientes palabras clave: *Dementia-friendly outdoor spaces*, *Dementia-friendly outdoor*, *Dementia-friendly environment design*, *Dementia-friendly public space* y *Dementia-friendly design*. De los 391 artículos identificados en estas bases de datos, se han añadido guías de diseño de criterios amigables para personas con demencia. Eliminando las referencias duplicadas que aparecían en cada una de las bases de datos, el número total de publicaciones y estudios considerados han sido 222.

Los criterios generales de selección fueron:

- Estudios que consideran el espacio público, la ciudad o el espacio exterior en sus recomendaciones o en investigaciones, pudiendo incluir espacios interiores también.
- Estudios referidos a personas con demencia, incluyendo demencia precoz, ya que se ha identificado que ha resultado más fácil la participación de este colectivo en investigaciones en el espacio público.
- No se ha establecido límite en las fechas, debido a que los artículos que analizan específicamente los espacios públicos, exteriores y la ciudad no son tan variados ni numerosos como los correspondientes a entornos residenciales o interiores.
- Se ha restringido el idioma a inglés y francés, aunque la mayoría de las publicaciones identificadas están publicadas en inglés.

Tras la revisión de las 159 publicaciones, se decidió incorporar los siguientes criterios de exclusión específicos, teniendo en cuenta que el objetivo de la tesis se centra en el urbanismo y en el diseño del espacio público:

- Estudios centrados en temas urbanos para personas mayores, como movilidad, proximidad a espacios verdes o comunidades amigables con las personas mayores; aunque han sido analizados para completar la literatura científica, pero que exceden el objeto de estudio de la presente investigación.
- Estudios que consideraban viviendas, entornos hospitalarios, de cuidados intensivos o espacios específicos dentro de residencias, que son los que suelen estar asociados a variables de calidad de vida, mediciones o datos clínicos, por la

posibilidad de registrar y llevar un seguimiento de los datos en profundidad de la persona.

El siguiente esquema (Figura 18) presenta el diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección.

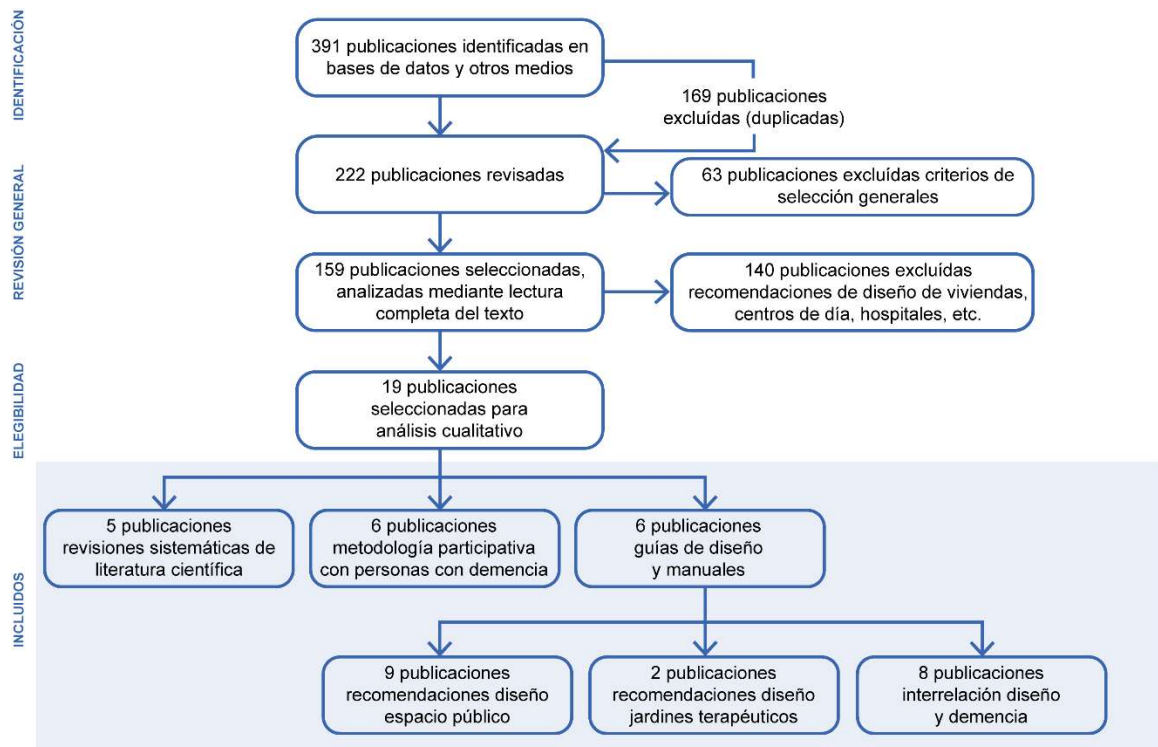


Figura 18. Proceso de selección de artículos según el método PRISMA. Fuente: Elaboración propia a partir de Liberati et al. (2009).

Por otra parte, la literatura científica se mostró insuficiente a la hora de localizar guías y publicaciones de recomendaciones de diseño de entornos para personas con demencia, por lo que se realizó una búsqueda complementaria en los repositorios web y cursos formativos de los centros de investigación pioneros en demencia y la formación específica con cada uno de ellos, que son:

- *University of Tasmania. Wicking Research & Education Centre*⁴⁵.

⁴⁵ El *Wicking Dementia Research and Education Centre* es un centro multidisciplinar referente en investigación traslacional y dar apoyo a los problemas que las personas con demencia y sus cuidadores sufren. Es uno de los centros pioneros en integración de los campos de investigación

- *Dementia Training Australia y la Universidad de Wollongong*⁴⁶.
- *Dementia Enabling Environment Virtual Information Centre*⁴⁷.
- *Dementia Services Development Centre*⁴⁸.

Tras las etapas de identificación y exclusión de estudios, se han analizado en profundidad 19 publicaciones (Tabla 7) que cumplieran con los criterios de selección establecidos:

Resumen de los artículos y publicaciones seleccionados y sus principales características						
Nº	Autoría y año	País	Palabras clave	Espacio	Metodología	Observaciones
1	(Kelson, Phinney, & Lowry, 2017)	CND	Infraestructura, planificación urbana, arte y cultura visuales	Exteriores, espacio público	Grupos focales. Personas con Demencia precoz (< 65). Se han analizado datos cualitativos de otro estudio de mayor alcance sobre programas comunitarios para personas con demencia en relación con las relaciones sociales en la ciudad. Paseos acompañados, espacio público y arte.	Se subraya la importancia de planificar y diseñar las ciudades teniendo en cuenta la accesibilidad cognitiva, no solo teniendo en cuenta las barreras físicas. Las esculturas y arte público son elementos que favorecen la interacción y la orientación en el espacio público.

de neurociencia, medicina, enfermería, psicología y sociología, salud, economía y política. Más información en: <https://www.utas.edu.au/wicking> Último acceso: 28/10/2022.

⁴⁶ El *Dementia Training Australia* (DTA) es un consorcio australiano creado en 2016 que ofrece educación y capacitación sobre el cuidado de las personas que viven con demencia. Este consorcio está liderado por la Universidad de Wollongong, donde el Dr. Richard Fleming ha sido el director ejecutivo, siendo uno de los profesionales pioneros en la investigación de la interacción entre diseño y demencia. Más información en: <https://dta.com.au/> Último acceso: 28/10/2022.

⁴⁷ El *Dementia Enabling Environment Virtual Information Centre* es un centro de información para transferir el conocimiento de los principales expertos en demencia y diseños de ambientes de Australia -Jason Burton de Alzheimer's WA y el profesor Richard Fleming de la Universidad de Wollongong. Disponible en: <https://www.enablingenvironments.com.au/> Último acceso: 28/10/2022.

⁴⁸ El *Dementia Services Development Centre* es un centro de investigación y transferencia de conocimiento cuyo objetivo es mejorar la vida de las personas que viven con demencia. Fue fundado en 1989, con sede en la Universidad de Stirling en Escocia, centro de referencia en investigación sobre demencia y envejecimiento. Disponible en: <https://www.dementia.stir.ac.uk/> Último acceso: 28/10/2022.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

2	(Woodbridge et al., 2018)	UK	Demencia, intervenciones ambientales, actividades en la rutina diaria, calidad de vida, enfermedad de Alzheimer, entorno físico	Interiores, Viviendas, Residencias	Revisión sistemática de estudios que identifican actividades básicas diarias (BADLs) con estrategias de diseño para adaptar el entorno físico y los ambientes.	Las principales estrategias de diseño que se identifican son para dar apoyo a las actividades del día a día, así como para actividades específicas, como las comidas y la orientación. Existen pocos estudios que se centren en aspectos como vestirse de forma autónoma, bañarse o realizar las actividades preferidas de las personas. Se identifica una falta de investigaciones realizadas en hogares y la especificación del perfil de las personas objeto del estudio.
3	(Su, 2013a)	EEU U	Diseño urbano, metodología de análisis, conectividad, pavimentos, accesibilidad	Exteriores, espacio público	Estudios urbanos. 3 casos de estudio seleccionados de distintas morfotipologías urbanas del centro urbano de ciudades medias estadounidenses.	Se proponen distintas categorías de análisis para comprobar la accesibilidad, seguridad, conectividad, legibilidad, orientación y navegabilidad, interés arquitectónico, pavimentos, brillos o reflejos, grado de conectividad y distorsión del trazado de las calles, señalética, arte urbano y edificios históricos.
4	(Alzheimer's Disease International, 2017)	UK	Comunidades amigables con la demencia	Interiores, exteriores	Selección de proyectos y buenas prácticas a nivel internacional de comunidades amigables con la demencia.	Selección de numerosos proyectos a nivel internacional de iniciativas comunitarias y sociales desarrolladas en comunidades amigables con la demencia.
5	(Wolfe, 2017)	CND	Municipio, política, educación, plan amigable con la demencia	Exteriores, calles, espacio público	Herramienta de evaluación de apoyo para implementar comunidades amigables con la demencia.	Se incluye un listado de elementos a modo de Checklist para identificar la amigabilidad de los espacios públicos "Dementia Friendly Outdoor Environment Checklist".
6	(Gordon, Burton, Everard, & Philippe, 2016)	AUS	Municipio, política, educación, plan amigable con la demencia	Exteriores, calles, espacio público	Guía para el desarrollo de comunidades amigables con la demencia.	Se incluye un listado de elementos para identificar la amigabilidad de los espacios públicos "Creating Dementia Friendly Community Checklists, Outdoor areas and buildings".
7	(Mitchell, 2012)	UK	Comunidades amigables con la demencia, listado	Exteriores, calles, espacio público	Guía para el diseño de barrios amigables con la demencia.	Listado de elementos para diseñar barrios amigables con personas con demencia para entornos construidos y nuevos desarrollos.
8	(Pham, 2009)	EEU U	Diseño de barrios amigables con la demencia	Espacio público, barrios	Revisión. Póster con las principales evidencias científicas.	Revisión de evidencias científicas que relacionan parámetros de salud con los principios de diseño de barrios amigables con la demencia
9	(Górska et al., 2018)	UK	Vivir con cambios, entorno físico, entorno sociocultural	Interiores, exteriores	Meta-síntesis sobre investigaciones cualitativas sobre la experiencia vivida	Se identifican 3 temas principales: los cambios que experimentan las personas con demencia y cómo éstos afectan en varias áreas de la vida de las personas; cómo éstas hacen uso de distintos recursos y estrategias de superación para mantener la continuidad con su vida; y, por último, los factores del contexto.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

10	(Blackman, van Schaik, & Martyr, 2007)	UK	Demencia, entorno, realidad virtual, paseos	Espacio público, simulación VR	Estudio comparativo entre un paseo en el centro de la ciudad y los mismos recorridos en un entorno virtual.	El estudio identificó relativamente pocos problemas para las personas con demencia con un deterioro cognitivo leve. Sobre todo, se recomienda prestar atención a la señalética y facilitar la orientación en el espacio.
11	(Day, Carreon, & Stump, 2000)	EEU U	Arquitectura, enfermedad de Alzheimer, Residencias de mayores, vida asistida	Interiores, exteriores, centros residenciales	Revisión del estado del arte de un total de 71 estudios sobre elementos del entorno físico y su relación con el bienestar de las personas con demencia, familiares, cuidadores o trabajadores.	Evidencia de la importancia de los entornos físicos para promover el bienestar de las personas con demencia: planificación residencial (mudanza, centros de día o de respiro, unidades de cuidados especializadas, tamaño de los grupos); investigación sobre atributos del ambiente y entorno físico (carácter no institucional, estimulación sensorial, iluminación, seguridad); se incorporan también estudios que hacen referencia a la organización del edificio (orientación, espacios exteriores) y a salas específicas de actividades (baños, comedores, cocinas y habitaciones).
12	(Barrett, Sharma, & Zeisel, 2019b)	EEU U y UK	Entorno construido, demencia, principios de diseño, eco psicosocial, diseño basado en evidencias, impacto social, tratamiento	Interiores, exteriores	Revisión sistemática y síntesis de una gran diversidad de la literatura científica, que permite ofrecer algunas claves sobre el impacto que los aspectos del entorno físico tienen en el bienestar de las personas que viven con demencia.	La evidencia encontrada se agrupa en 3 categorías que definen los parámetros de diseño que deberían tenerse en cuenta: carga de información cognitiva adecuada y gestionable; secuencias claras y un nivel de estimulación apropiado.
13	(Mitchell, Burton, & Raman, 2004)	UK	Personas con demencia, barrios para toda la vida	Barrios, espacio público, calles	Investigación de 3 años con personas con demencia precoz viviendo en casa y personas mayores con demencia viviendo en casa o en centros residenciales. Entrevistas y paseos cortos alrededor de sus zonas residenciales.	Recomendaciones para inmobiliarias o promotores para que las viviendas o residencias estén próximas a servicios y equipamientos a máximo de 10 minutos caminando (800 m) o conectados por transporte público a 30 minutos de casa. Recomendaciones para adultos con demencia precoz en zonas llanas. Importancia de considerar servicios y equipamientos como parques, bibliotecas, o espacios espirituales igualmente en distancias de proximidad (máximo 800 m).
14	(Mitchell & Burton, 2006)	UK	Barrios para toda la vida. Espacios exteriores amigables para personas con demencia.	Barrios, espacio público, calles, mobiliario urbano	Participación de 45 personas, viviendo en su casa o en centros residenciales, con demencia precoz y con demencia en fases iniciales. Estudio en dos ciudades, a partir de entrevistas, paseos acompañados y una evaluación ambiental de los entornos de cada una de las personas.	Recomendaciones preliminares para diseñadores en todas las escalas, desde diseño urbano hasta el diseño del mobiliario urbano, estableciendo criterios generales para desarrollar entornos urbanos amigables con la demencia.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

15	(Hadjri, Faith, & McManus, 2012)	IR y UK	Centros residenciales para personas con demencia, Arquitectura, Cuidados sociosanitarios	Espacios interiores y exteriores	Aplicación de la herramienta de auditoría de DSDC (2008) en centros residenciales de Irlanda, a partir de encuestas.	Definición de 9 principios de diseño para personas con demencia, considerando la seguridad, la confianza, la promoción de la autonomía y la independencia y la promoción de la participación.
16	(Chalfont & Walker, 2013)	UK	Jardines terapéuticos, actividades en el exterior	Jardines y espacios exteriores	Guía de diseño de jardines terapéuticos con casos de estudio y proyectos de referencia.	Jardines sin riesgo, jardines con riesgos asumidos, espacios activos frente a pasivos, guía completa de diseño para espacios exteriores y jardines. Incluye variedad de actividades y ejemplos de proyectos. Incorpora guía de evaluación para rellenar por los residentes o cuidadores para evaluar cuántas veces las personas salen, las interacciones, motivaciones principales, etc.
17	(BSI, 2015)	UK	Comunidades amigables con la demencia, estándar, adaptación espacios	Espacios interiores y exteriores	Guía de estándares para la adecuación de espacios amigables con la demencia para conseguir una comunidad amigable con las personas con demencia.	Incluye aspectos sobre transporte público, tiendas, comercios y servicios; así como actividades culturales, de ocio, servicios sociosanitarios y de emergencia. Especial hincapié en considerar a las personas, los lugares y los procesos (PPP: <i>people, places, process</i>).
18	(Pantartzis et al., 2014)	UK	Entornos sociosanitarios, sector construcción, diseño amigable con las personas con demencia	Espacios interiores y exteriores	Guía de recomendaciones de diseño basados en proyectos ejecutados en distintos entornos sociosanitarios.	Revisión de la evidencia científica asociada a las recomendaciones y principio de diseño generales para personas con demencia.
19	(Halsall & MacDonald, 2017a, 2017b)	UK	Entornos construidos, interiores y exteriores, privados y públicos, metodologías participativas con personas con demencia	Espacios interiores y exteriores	Guía de recomendaciones de diseño y de metodologías de procesos participativos con las personas con demencia, para análisis y diagnósticos y propuestas.	Metodologías participativas con personas con demencia aplicadas a proyectos múltiples de interiorismo, jardines terapéuticos o espacio público. Recomendaciones de diseño similares a otras guías y recomendaciones publicadas. Desarrollo de 2 talleres para que las personas con demencia, cuidadores y profesionales trabajen sobre a) los aspectos principales de un entorno amigable con la demencia en el espacio público; b) los aspectos de diseño de un bungalow a partir de una maqueta en gran formato.

Código de país: AUS= Australia, CND= Canadá, EEUU= Estados Unidos, IR= Irlanda, UK= Reino Unido

Tabla 7. Resumen de la revisión sistemática de estudios y publicaciones que incluyen elementos y criterios de diseño amigable con las personas con demencia en el espacio público o en entornos urbanos. Fuente: elaboración propia.

La tabla anterior recoge un resumen de las publicaciones analizadas en esta revisión. En total, se identificaron 5 artículos científicos que han realizado revisiones sistemáticas de

la evidencia científica sobre la relación de los elementos del entorno físico y el bienestar de las personas con demencia, familiares o cuidadores; 6 publicaciones que han contado con un proceso participativo conjunto con personas con demencia en el análisis de los elementos de diseño que suponen barreras o facilitan la promoción de la autonomía de las personas con demencia; y 6 publicaciones que recogen listados de elementos específicos de diseño y recomendaciones. Uno de los estudios está basado en una aproximación puramente teórica y analítica de aspectos urbanos en el contexto estadounidense y otro ha trabajado en recomendaciones de diseño, pero con una participación a través únicamente de encuestas.

En cuanto a las temáticas, 9 de los estudios analizados realizan recomendaciones sobre el diseño de espacios públicos; 2 publicaciones se centran en los elementos de jardines terapéuticos y 8 estudios relacionan la interrelación entre diseño y demencia a partir de distintos métodos.

Cabe destacar que, en general, las investigaciones sobre personas con demencia y la relación con elementos de diseño del espacio público hacen referencia al trabajo realizado en Reino Unido dentro del proyecto “Neighbourhoods for life” (Blackman et al., 2003; Mitchell & Burton, 2006, 2010; Mitchell et al., 2004, 2003). Las publicaciones de estas autoras se han basado en un proceso participativo con personas jóvenes y mayores con demencia y la mayoría de los aspectos que identifican en el espacio público siguen los principios de diseño generales de amigabilidad con la demencia. Su trabajo identifica seis principios de diseño del entorno (familiar, legible, distintivo, accesible, confortable y seguro) junto con varios criterios y recomendaciones de diseño para *barrios para la vida*, entre los que se incluye la importancia de los entornos de pequeña escala, mezcla de usos, forma y estilo de los edificios, o temas más funcionales sobre el mobiliario urbano o el diseño de las calles⁴⁹.

La metodología participativa de estas autoras se configuró a partir de entrevistas en paseos acompañados para analizar las distintas características del entorno local. En sus estudios identifican cómo algunas de las personas participantes se desorientaban o se perdían, sobre todo en intersecciones de calles y caminos, lo que les suponía tener que

⁴⁹ El detalle de este listado se recoge en el Anexo I. Tabla 1. “Neighbourhoods for life” y “Dementia and Town Planning”.

tomar una decisión, o cuando perdían la concentración y se desubicaban o se olvidaban de a dónde tenían que ir. En ese aspecto, los ruidos fuertes como el sonido del tráfico, pero también de calles demasiado concurridas, con gritos de niños, sirenas de ambulancias o ruido de carga y descarga se identificaron como negativos y por eso se recomiendan itinerarios y caminos jerarquizados, donde pueda haber entornos sin tráfico y con menos densidad de actividad. Por otra parte, en estos estudios también se identifica la importancia que tienen los entornos familiares para ayudar a las personas a recordar recorridos habituales y mantener su autonomía. Las autoras identifican la legibilidad como una característica del diseño urbano necesaria para que el entorno sea amigable con las personas mayores con demencia y las ayude a orientarse. Estos mismos criterios han sido inspiradores para otros trabajos y autores, que han identificado también el potencial de los elementos de referencia e hitos en el espacio público para ayudar a la orientación, como por ejemplo, esculturas o elementos artísticos, no solo edificios históricos, elementos del patrimonio o mobiliario urbano habitual en el paisaje urbano (Blackman et al., 2007; Davey, 2017; Halsall & MacDonald, 2017a, 2017b; Kelson et al., 2017; Lewis, 2017). Otro elemento que aparece en la literatura de forma recurrente es el diseño de los espacios verdes y jardines terapéuticos como espacios de bienestar, especialmente para las personas con demencia (Chalfont & Walker, 2013; DEEP, 2020; PRP Architects LLP, 2013)⁵⁰.

Por otra parte, la evidencia científica en la que se basan las distintas recomendaciones de diseño está exhaustivamente recogida en la guía *Health Building Note 08-02. Dementia-friendly Health and Social Care Environments* (Pantzartzis et al., 2014), donde se relacionan los cambios que sufre una persona con demencia en la percepción cognitiva o los problemas físicos con parámetros de diseño que pueden facilitar el poder continuar la rutina y mejorar a calidad de vida. Se definen en total doce principios de diseño con una serie de recomendaciones específicas para diseñar entornos de cuidados que tengan en cuenta las posibles realidades de las personas con demencia. También las recomendaciones de *Dementia Enabling Environments* (Dementia Enabling Environments, 2020) resultan de gran interés para identificar estrategias de diseño que promuevan la autonomía. Ambas guías están orientadas a entornos interiores, con algunas recomendaciones sobre el contacto con la naturaleza y los exteriores, pero los

⁵⁰ En el Anexo I. Tablas 4 y 5 se incorporan los elementos recomendados en guías de diseño sobre espacios verdes y jardines terapéuticos.

principios son de gran utilidad para comprender mejor los retos concretos que es preciso considerar a la hora de diseñar los espacios urbanos. En el Anexo I se recoge la traducción de ambas tablas⁵¹. Al igual que muchos de los artículos científicos analizados, estas recomendaciones ponen el énfasis en las estrategias de diseño que dan valor a las actividades del día a día para favorecer la calidad de vida de las personas mayores con demencia (Barrett et al., 2019a; Hadjri et al., 2012; Woodbridge et al., 2018).

En esta relación de los parámetros de salud, de bienestar o de calidad de vida con los factores de diseño, también existen estudios que resaltan la importancia del contexto en el que la persona con demencia vive y el uso de los distintos recursos y estrategias de superación que podrá desarrollar y utilizar para mantener la continuidad con su vida a medida que vayan produciéndose cambios en sus capacidades o comportamientos (Górska et al., 2018), para lo cual es fundamental que exista un entorno que ofrezca un abanico amplio de posibilidades para satisfacer las necesidades que progresivamente y de forma heterogénea van apareciendo (Alzheimer's Disease International, 2017; Day et al., 2000). Al respecto, las recomendaciones sobre espacio público que se incorporan en las guías de comunidades amigables con las personas con demencia incorporan también un listado de elementos que en muchos casos trascienden la accesibilidad, identificando parámetros que generan bienestar y tienen en cuenta los factores asociados con la demencia previamente descritos (Gordon et al., 2016; Pham, 2009; Su, 2013b; Wolfe, 2017), así como consideraciones relevantes sobre la necesidad de planificar de forma transversal las ciudades pensando en las personas, los espacios y los procesos, para que sean entornos amigables con la demencia, incorporando también sectores como el transporte público; los comercios, tiendas, negocios y servicios; el ocio y las actividades culturales; y los servicios sociosanitarios y de emergencia (BSI, 2015).

A pesar de que se destaca una heterogeneidad muy amplia en cuanto a metodologías y objeto de los estudios, la literatura científica ofrece suficiente evidencia sobre los beneficios de diseñar entornos en base a los principios y recomendaciones (Marquardt et al., 2014). No obstante, si bien éstos son similares y equivalentes, aportando matices o formas de estructurar la información atendiendo a distintos criterios, se echan en falta estudios a nivel urbano que puedan confirmar en términos de prevalencia o en términos

⁵¹ Anexo I. Tabla 6. *Health Building Note 08-02. Dementia-friendly Health and Social Care Environments* y Tabla 7. *Dementia Enabling Environments* (DEE).

de calidad de vida los beneficios de un entorno urbano alineado con los parámetros que se numeran en cada una de las tablas. También se identifica una falta de diversidad de los países que están trabajando en el desarrollo de literatura científica y su difusión. Al respecto, en la actualidad se identifica una falta de disponibilidad de datos de salud suficientes para poder relacionar variables de salud y entorno urbano, así como una gran dificultad en incorporar la perspectiva de las personas mayores con demencia en estudios cualitativos con muestras representativas, por los retos que supone la participación de este colectivo o de sus familiares. Se pone en evidencia la necesidad de mayor investigación sobre las interacciones de las personas con demencia en su entorno de proximidad en el día a día, pero, sobre todo, una necesidad imperativa de comenzar a desarrollar proyectos que consideren estas recomendaciones y estudios que permitan evaluar su impacto positivo.

3.6. RESULTADOS PARCIALES DEL ESTADO DEL ARTE

En esta segunda parte se presenta el estado de la cuestión partiendo de la comprensión de los síntomas de los principales tipos de demencia, sus síntomas y los aspectos comunes que pueden ser mejorados gracias a un entorno adecuado, incluyendo una doble escala: aspectos en la planificación urbana que pueden ayudar a reducir el riesgo de desarrollar demencia o retrasar su aparición, y los criterios y principios de diseño que pueden facilitar un entorno que facilite el bienestar y la calidad de vida a las personas que viven con demencia, y, por extensión, a sus familiares y cuidadores. Se presenta asimismo una revisión de la evolución del modelo biomédico al modelo psicosocial, para entender los cambios en la consideración de la demencia desde la práctica sociosanitaria y cómo la planificación urbana ha ido evolucionando para adaptarse a los sistemas de bienestar, así como los retos actuales. Por último, se incluye una revisión sistemática que recoge las principales recomendaciones en la planificación urbana y criterios de diseño de los espacios públicos.

La demencia es un término empleado para describir un síndrome o una serie de síntomas que se caracteriza por un deterioro del cerebro que afecta de múltiples formas a cada una de las personas que la padecen. Sin embargo, existen síntomas que son similares entre los distintos tipos de demencia y, en algunos casos, el diseño puede facilitar y mejorar la promoción de la autonomía de las personas y reducir los problemas que las personas pueden encontrar para mantener su rutina diaria lo más normalizada posible, lo cual repercute en su bienestar. Las recomendaciones de diseño del entorno se pueden

agrupar en los siguientes principios: que sea familiar, legible, identitario, accesible, confortable, seguro, con niveles adecuados de estimulación y en contacto con la naturaleza.

Estos grandes principios pueden incorporarse en la planificación urbana y en el diseño del espacio público para la creación de entornos que permitan la continuidad de la vida de las personas, pero también complementan las tres grandes líneas de acción de la planificación de ciudades saludables, incorporando el factor del tiempo y cómo la legibilidad e identidad de los entornos urbanos requieren de una dimensión cronológica para que puedan resultar familiares para personas que van perdiendo sus recuerdos más recientes.

Como punto de partida de la presente investigación se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre la evidencia científica que apoyan los grandes principios de diseño en la ciudad y en el espacio público. Se han analizado y comparado un total de 19 artículos y 4 repositorios de materiales y guías de diseño no presentes en la literatura científica, pero con base en ella. De este análisis se han identificado 5 artículos científicos que incorporan revisiones sistemáticas de la evidencia científica sobre la relación de los elementos del entorno físico y el bienestar de las personas con demencia, familiares o cuidadores; 6 publicaciones que incluyen los resultados de un proceso participativo conjunto con personas con demencia en el análisis de los elementos del espacio público positivos o negativos para la promoción de su autonomía; y 6 publicaciones que recogen un listado de elementos específicos de diseño. Por otra parte, las temáticas que se han identificado han sido realizan recomendaciones sobre el diseño de espacios públicos (n=9), jardines terapéuticos (n=2) e interrelación entre diseño y demencia (n=8).

Por último, los resultados del análisis pormenorizado de las guías y recomendaciones de diseño (Anexo I) se recogen en la siguiente tabla (Tabla 8), que recopila las aportaciones identificadas en las distintas publicaciones:

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Criterios de diseño basados en evidencias del espacio público para personas con demencia	
Criterio 1. Familiaridad	
Las personas que viven con demencia deben ser apoyadas para poder vivir de forma independiente y autónoma en sus hogares o barrios el máximo tiempo posible, evitando la admisión temprana en residencias. No obstante, cuando los cuidados se vuelven necesarios, se recomienda que el diseño de estos equipamientos o servicios estén integrados en la trama urbana en continuidad con el resto del entorno donde se ubican.	
Planificación para la prevención	Diseño de los entornos de cuidados
<p>Diseñar barrios y entornos urbanos basados en la pequeña escala, en distancias principalmente a pie, revisando las características ambientales propias de ese entorno de proximidad.</p> <p>Asegurar que las viviendas no estén a más de 500 m de los servicios locales básicos primarios (tienda de alimentación general, parada de transporte público, oficina de correos, banco o centro de salud) ni a más de 800 m de los servicios y equipamientos secundarios (espacio público abierto, biblioteca, espacios religiosos o espirituales, quioscos, servicios comunitarios o equipamientos de ocio).</p> <p>Desarrollo y planificación de una oferta de servicios y equipamientos variados, innovadores y en red, que permitan mejorar la respuesta a las crecientes necesidades variadas que surgen a medida que la enfermedad progresa.</p> <p>Combinar los edificios de gran altura con retranqueos para que las calles estén delimitadas por volúmenes de menor escala.</p> <p>Las tipologías y organización de las viviendas y edificios residenciales deben ser compactos, con usos mixtos.</p> <p>Diseñar las plantas bajas o los frentes de calle con un tamaño pequeño y hogareño, dando prioridad a materiales tradicionales y típicos de la zona.</p> <p>Mantener y reconvertir elementos del patrimonio urbano para preservar distintas capas de historia en un mismo conjunto urbano. Facilitar que estos edificios o infraestructuras simbólicas puedan tener parte de uso comunitario o público.</p>	<p>Diseño de las calles, fachadas y equipamientos en continuidad con el entorno urbano, favoreciendo una escala humana para evitar la sensación de intimidación y reforzar el sentimiento de confianza y control.</p> <p>Combinar el diseño de espacios de alta concurrencia con espacios más pequeños y recogidos que eviten las aglomeraciones y la alta densidad de actividad y sobreestimulación.</p> <p>El mobiliario urbano ha de tener un diseño familiar y reconocible para personas mayores.</p>

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Criterio 2. Identidad	
Las personas que viven con demencia suelen sufrir una disminución de la memoria a corto plazo, pero sus recuerdos más antiguos perviven durante más tiempo, pudiendo sentir desorientación al no identificar su vivienda o barrio como el suyo de hace más años, por ejemplo.	
Planificación para la prevención	Diseño de los entornos de cuidados
<p>Establecer un conjunto de recomendaciones paisajísticas urbanas que permita consolidar un conjunto de recomendaciones armónicas y estéticas que pervivan a lo largo de las décadas, con cambios y modificaciones progresivas.</p> <p>Las calles, edificios y otros elementos arquitectónicos deben ser variados, manteniendo los estilos locales, colores, materiales y formas que son fácilmente reconocibles por las personas mayores.</p> <p>Las transformaciones de la imagen de un barrio o de los entornos urbanos deben ser paulatinas y de pequeña escala (evitar cambios radicales).</p> <p>Los espacios y edificios preexistentes deben ser mantenidos o renovados, favoreciendo una continuidad en el tiempo de elementos históricos patrimoniales.</p>	<p>Elementos variados integrados en el paisaje urbano que hagan referencia a épocas pasadas o elementos icónicos de la arquitectura, cultura, como elementos escultóricos, edificios cívicos, árboles históricos o elementos artísticos en el espacio urbano.</p> <p>Mantener o crear referencias acústicas con significado para la población (sonido de campanas, cacareo o trinos de pájaros, trompetas, música según épocas del año...).</p> <p>Mantener o crear otras referencias sensoriales con significado para la población (árboles aromáticos y fragancias, patios con flores, cafeterías o tahonas...).</p>

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Criterio 3. Legibilidad	
<p>Las personas que viven con demencia suelen experimentar el deterioro de la vista y de la orientación espacial y temporal, así como la dificultad en realizar tareas complejas que requieran varias acciones consecutivas. La reducción de la habilidad de llegar al destino deseado, o la sensación de estar perdido, afecta directamente a la promoción de su autonomía y a su bienestar y reducción de estrés.</p>	
Planificación para la prevención	Diseño de los entornos de cuidados
<p>Establecer unos criterios de paisaje y patrimonio urbano de la rutina cotidiana para construir una identidad que permita identificar fácilmente los barrios y entornos cotidianos.</p> <p>Establecer una jerarquía de calles clara y evidente, con criterios de diseño diferenciados y homogéneos entre sí.</p> <p>En calles de nueva creación, favorecer tramas urbanas irregulares y con manzanas pequeñas. Evitar las calles en fondo de saco.</p> <p>Incluir itinerarios circulares o anillos para la deambulación en parques o espacios abiertos. Los paseos nunca deben terminar en callejones sin salida.</p> <p>Los hitos visuales exteriores deben ser visibles desde otras zonas de la ciudad.</p> <p>Favorecer el contacto con la naturaleza para identificar de forma natural el paso de las estaciones.</p>	<p>Diseñar simplificando la información y reduciendo la necesidad de tomar decisiones excesivas.</p> <p>Ubicar el mobiliario o los elementos estéticos más identitarios y distintivos en puntos estratégicos, como cruces, intersecciones, esquinas, zonas estanciales o en los puntos de acceso a lugares de referencia (nodos).</p> <p>Diseño del mobiliario urbano evidente y coherente con una misma estética, para que sea de fácil uso.</p> <p>Diseñar las calles con elementos de referencia que favorezcan la creación subjetiva de anclajes espaciales o temporales y que puedan tener un significado especial para las personas.</p> <p>Promover diseños con criterios homogéneos, pero favoreciendo la identidad y diferenciación para evitar la confusión o la falta de referencias.</p> <p>Diseño de las entradas y accesos de edificios y locales clara, reconocible, evidente y acogedora, con la numeración y la identificación de la calle de forma clara y visible. De igual manera, los accesos a los jardines o espacios exteriores que se ven desde otro punto deben de ser fácilmente reconocibles.</p> <p>Las señales deben dar la información esencial de una forma clara y simple.</p> <p>Las señales de dirección deben estar situadas preferiblemente en postes y en lugares visibles, señalando una dirección única. Cuando son señales en muros, éstas han de situarse en perpendicular al mismo.</p>

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Criterio 4. Inclusión	
Las personas que viven con demencia y su entorno de cuidados (familia, cuidadores, amistades...) necesitan entornos accesibles y próximos, con programas intergeneracionales y abiertos que les permitan mantener sus relaciones significativas.	
Planificación para la prevención	Diseño de los entornos de cuidados
<p>Incorporar espacios públicos y jardines en entornos de proximidad, completamente accesibles y con variedad de programas y elementos para la estimulación de distintas edades.</p> <p>Planear variedad de itinerarios integrados en los propios barrios completamente accesibles, con diferenciación temática y de niveles de estimulación.</p> <p>Programas de sensibilización a comercios y servicios locales para facilitar el mantenimiento de la rutina diaria de las personas con demencia.</p> <p>Dar apoyo a los comercios saludables en el entorno de proximidad, así como de establecimientos y servicios intergeneracionales orientados a un público general.</p> <p>Facilitar las oportunidades de inclusión de servicios múltiples y variados y apoyo a cuidadores en los entornos de proximidad.</p> <p>Facilitar espacios autogestionados intergeneracionales para proyectos multiculturales y diversos.</p> <p>Recuperar o fomentar la creación de espacios de comunidad abiertos según los valores e identidad del barrio o zona (espirituales, religiosos, interculturales...).</p>	<p>Incorporar programación variada en los distintos espacios públicos para ofrecer variedad en las actividades: paisajes contemplativos, parques biosaludables, jardines o sendas botánicas o medicinales, mesas para merendar, invernaderos, zonas de cultivos comunitarias, etc.</p> <p>Diseño accesible y adaptado a personas con demencia de las tiendas y supermercados locales.</p> <p>Incluir mobiliario público accesible y variado para personas con movilidad reducida y distintas necesidades.</p> <p>Iluminar los caminos en parques y jardines para permitir que puedan disfrutarse por la noche (esto es particularmente importante para personas que experimentan una sensibilidad aguda a la luz solar).</p> <p>Crear zonas estanciales con distintos grados de intimidad.</p>

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Criterio 5. Confort	
<p>Las personas que viven con demencia suelen tener problemas para la comunicación escrita o verbal, por lo que si algo les está incomodando o si tienen sensaciones molestas, la comunicación puede darse a través de episodios de estrés, agitaciones o ansiedad.</p>	
Planificación para la prevención	Diseño de los entornos de cuidados
<p>Mantenimiento y cuidado de los espacios públicos en buen estado.</p> <p>Aumentar las oportunidades de espacios soleados con protecciones de sombra para la excesiva radiación o espacios exteriores protegidos de la lluvia y el frío para los meses de invierno.</p> <p>Los espacios y los edificios deben ser diseñados y orientados para evitar la creación de áreas con sombras oscuras o brillos y reflejos.</p> <p>Las barreras acústicas, como muretes o setos, o superficies naturales (agua, tierra, césped...), ayudan a reducir y minimizar el ruido ambiental.</p>	<p>Incorporar elementos ornamentales y recursos paisajísticos en el diseño del espacio público.</p> <p>Asegurar la instalación de bancos o apoyos puntuales para sentarse y descansar cada 100 m – 200 m en las calles con alternativas de distintas alturas, ergonómicos, con reposabrazos y respaldos, resistentes y robustos.</p> <p>Los refugios, las paradas de autobús o zonas estanciales deben estar recogidas y contar con asientos ergonómicos.</p> <p>Los espacios exteriores deben tener acceso a baños públicos, asientos y bancos, zonas de refugio, iluminación y puntos de agua para consumo.</p> <p>Debe existir variedad de elementos estéticos y funcionales en el espacio público, como mobiliario urbano y arbolado.</p> <p>El agua es un elemento que puede estimular el oído, el tacto y mejorar el confort térmico y acústico. Debe introducirse de manera segura y controlada, como estanques poco profundos o fuentes.</p> <p>Ubicar asientos cerca de la entrada principal de equipamientos, servicios o comercios habituales para favorecer los encuentros y la interacción social.</p> <p>Evitar superficies de bancos y asientos o barandillas metálicas que puedan sobrecalentarse y producir quemaduras en días de alta radiación.</p>

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Criterio 6. Estimulación positiva	
Las personas que viven con demencia necesitan niveles óptimos de estimulación de elementos sensoriales y actividades que les generen bienestar. La sobreestimulación sensorial que existe en la ciudad puede generar distracciones y agitaciones, sobrepasando los niveles de estrés.	
Planificación para la prevención	Diseño de los entornos de cuidados
<p>Crear espacios de calma en los entornos de proximidad para poder recuperarse de los altos niveles de estímulos diarios.</p> <p>Planear una jerarquía de calles diferenciadas y con distintos niveles de tráfico y flujo peatonal para permitir la elección del grado de estimulación deseado.</p> <p>Los espacios exteriores han de estar libres y alejados del tráfico motorizado, pudiendo haber calles completamente peatonales.</p> <p>Aumentar las oportunidades de interacción a espacios naturales y exteriores, visual o física (plazas, parques, patios, jardines, etc.).</p> <p>Incorporar oportunidades de interactuar con animales en el entorno de proximidad, en parques (mamíferos pequeños y medianos, como burros, cabras o conejos, o animales domésticos).</p> <p>Recomendaciones de escaparates sin espejos o vidrios en fachadas o materiales con efecto reflectante.</p> <p>Evitar el desorden en las calles, como plétora de letreros y carteles, vallas publicitarias y bolardos.</p>	<p>Establecer unas recomendaciones generales para ordenar la información de las calles, diseño de los escaparates y fachadas de locales comerciales, terrazas, texturas, colores, publicidad, carteles, mobiliario urbano, y señalética.</p> <p>Crear criterios de diseño ambientales según la jerarquía de las calles y proveer de alternativas tranquilas frente a las calles de mayor concurrencia o con tráfico</p> <p>Incorporar estímulos multisensoriales en las calles: mayor biodiversidad (flores, plantas...), arte urbano, diseño de escaparates (estética, iluminación...), elementos históricos, zonas de jardinería y cultivo de plantas, etc.</p> <p>Incluir flores y plantas atractores de insectos y mariposas, así como bebederos y comederos para pájaros.</p> <p>Crear espacios estanciales para sentarse y descansar en un entorno de proximidad multisensorial positivo.</p> <p>Los instrumentos musicales al aire libre (xilófonos, campanas o pipas de viento...) ofrecen un estímulo multisensorial, pueden actuar como puntos de referencia para ayudar a la orientación y son elementos que favorecen la interacción intergeneracional.</p> <p>Reducir los niveles de iluminación en el espacio público, permitiendo ver, pero sin generar sobreestimulación (carteles o escaparates con publicidad audiovisual, luces decorativas, etc.).</p> <p>Reconocer el estímulo que supone incorporar “la historia del lugar” en el diseño del espacio público. Favorecer la variedad y diversidad con un “collage” evocador de recuerdos y memorias. El objetivo de los barrios amigables con la demencia debería ser ayudar a reavivar la memoria.</p>

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Criterio 7. Seguridad	
Las personas que viven con demencia requieren de entornos seguros para poder mantener su rutina diaria al máximo posible en su entorno de proximidad, evitando los riesgos que pueden derivarse del espacio público. Algunos cambios físicos pueden ocasionar una mayor vulnerabilidad (problemas de movilidad, fragilidad ósea y muscular, deterioro sensorial y reflejos, etc.).	
Planificación urbana para la prevención	Diseño de los entornos de cuidados
<p>Reducir el espacio del vehículo privado en el espacio público, con un diseño que dé prioridad a los peatones y mejoren su visibilidad.</p> <p>Reducción de los riesgos manteniendo los itinerarios principales sin obstrucciones ni obstáculos.</p> <p>Diseñar las aceras y calles con distintas bandas de actividad y tránsito peatonal, para que las personas más vulnerables puedan pasear con garantías de seguridad.</p> <p>Los carriles bici y la circulación de otros VMP deben estar separados de las zonas peatonales y señalizados de forma clara.</p> <p>Plantear en los nuevos desarrollos urbanos (en todas las escalas -parcelas, manzanas o barrios-) un diseño que mejore la seguridad de las calles con actividades en las plantas bajas y conexión visual entre el interior y el exterior.</p> <p>Los pasos de peatones deben estar señalizados e indicados con señales acústicas y disponer de tiempos de paso suficientes para que las personas mayores puedan cruzar a su ritmo.</p>	<p>Mejorar la visibilidad en los espacios públicos en los cruces, paradas de transporte público, alrededor de cajeros y bancos o establecimientos comerciales.</p> <p>Asegurar aceras amplias, con un mínimo de 1,8 m, para permitir el paso de una persona en silla de ruedas, con un cuidador, o con dispositivos de apoyo.</p> <p>Los árboles, aparcamientos en superficie y los carriles bici deben ser utilizados para separar los itinerarios peatonales del tráfico.</p> <p>Indicar suficientemente o proteger los cambios de nivel en el espacio público y asegurar que se cumplen los criterios de accesibilidad universal en el diseño de los espacios públicos y accesos a edificios.</p> <p>Elección de materiales y acabados superficiales no resbaladizos y antirreflejantes y en contraste entre los planos principales de suelo con muros. Escoger pavimentos sin juntas abiertas, con tonos continuos, con patrones que ayuden a acotar las distancias y a entender las funciones del espacio público.</p> <p>Evitar especies vegetales tóxicas, con pinchos o venenosas en entornos accesibles. Así como elegir árboles con hojas de pequeño tamaño en las calles para evitar resbalones cuando están las hojas mojadas.</p> <p>Integrar barreras de seguridad en el propio diseño (muretes bajos, jardineras o setos en vez de vallas) y evitar diseños que permitan trepar.</p> <p>Las rejillas y los desagües deben estar enrasados con el pavimento con aberturas más pequeñas que el diámetro de un bastón.</p> <p>Incorporar señalética accesible y clara, con pictogramas, contraste suficiente entre las letras y el fondo, con orientaciones de los hitos o edificios principales de la zona, sin materiales reflectantes.</p>

Tabla 8. Principios de diseño, recomendaciones de planificación urbana para la prevención y diseño de los entornos de cuidados desde la perspectiva de las personas con demencia. Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de las guías y publicaciones identificadas (Chalfont & Walker, 2013; DEEP, 2020; Dementia Australia, 2018; Halsall & MacDonald, 2017b; Lewis, 2017; Mitchell & Burton, 2006; Mitchell et al., 2004; Pantzartzis et al., 2014; PRP Architects LLP, 2013).

Estas 7 tablas recogen los criterios identificados en la revisión de la literatura científica y guías internacionales de diseño amigable para personas con demencia, donde se han identificado los grandes conceptos generales definidos en la segunda hipótesis de la investigación: familiaridad, identidad, legibilidad, inclusión, confort, estimulación positiva y seguridad. De la revisión sistemática, se ha identificado cómo el diseño de los espacios públicos para personas con demencia tiene que considerar complementariamente estos principios de diseño, que pueden incorporarse tanto en la planificación urbana, sobre todo enfocándose en la prevención del riesgo de demencia o en retrasar el deterioro cognitivo, como en el diseño de los entornos de cuidados, considerando espacios públicos que optimicen las oportunidades de vivir mejor con demencia para las personas que la tienen y sus familiares y cuidadores

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

III PARTE: CASOS DE ESTUDIO EUROPEOS

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CASOS DE ESTUDIO EUROPEOS

Este capítulo incorpora el análisis y evaluación de los casos de estudio europeos seleccionados tras una revisión de buenas prácticas de amigabilidad con la demencia. Se parte de un marco de revisión documental que permite contextualizar los distintos modelos de cuidados en Europa y la comparación de los Planes Nacionales de Demencia que han sido elaborados por cada uno de los países donde se localizan los proyectos seleccionados: Reino Unido, Bélgica y Países Bajos. A continuación, se explican los criterios de selección que se han tenido en cuenta a la hora de identificar y localizar los proyectos escogidos; así como la estructura de la información que se ha analizado en cada uno de ellos.

La estructura del capítulo es la siguiente:

- 4.1. Modelos de cuidados y políticas públicas en Europa
- 4.2. Planes Nacionales de Demencia
- 4.3. Casos de estudio europeos: criterios de selección
- 4.4. Estructura de la recogida de información
- 4.5. Reino Unido
 - 4.5.1. *Dementia-friendly* Newcastle-upon-Tyne
 - 4.5.2. Proyecto CASCADE (*Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe*): Harmonia Village (Dover)
 - 4.5.3. Proyecto CASCADE: Harmony House (Rochester)
 - 4.5.4. Great Sankey Neighbourhood Hub (Warrington)
- 4.6. Bélgica
 - 4.6.1. Woonzorgcentrum De Weister (Aalbeke, Kortrijk)
 - 4.6.2. Woonzorgcentrum De Zon (Bellegem, Kortrijk)

4.6.3. Gante, ciudad amigable con la demencia

4.6.4. Foton, Centro de Expertos de Demencia (Brujas)

4.6.5. Huis Perrekes (Osterloo, Geel)

4.7. Países Bajos

4.7.1. De Hogeweyk (Weesp)

4.7.2. Kwiek Beweegrout (Nuenen)

4.7.3. Buurtzorg (Almelo)

4.8. Comparación de los casos de estudio

4.9. Resultados parciales de los casos de estudio europeos

4.1. MODELOS DE CUIDADOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN EUROPA

Los distintos modelos de atención de las personas mayores varían significativamente de un país a otro, condicionados por el sistema de pensiones y el modelo sociosanitario, el reparto del peso en la provisión de servicios entre el sector privado y el sector público, la cultura y las estructuras familiares y sociales, entre otros muchos factores. No obstante, el modelo de los Estados de Bienestar característico de los países desarrollados se ha basado principalmente en sistemas mixtos, donde la familia ha sido el principal agente de cuidados, un papel que antaño era habitualmente asumido por la mujer ama de casa, mientras que el Estado cumplía una función residual o de segundo orden. En torno a 1970 – 1980 se inició la transición de este modelo en los países del norte de Europa, donde la población estaba envejeciendo progresivamente unido a una alta inserción laboral de las mujeres. Es a principios del siglo XXI cuando las distintas instituciones europeas identificaron la necesidad de garantizar sistemas universales de protección social, de atención de calidad y sostenibles financieramente, lo cual supuso un reconocimiento del derecho social a todas las personas en situación de dependencia a partir de un baremo. Así, cada nación ha ido configurando su propio sistema, variando notablemente cuando éste ha sido desarrollado dentro del sistema sanitario o en el de servicios sociales, emergiendo una nueva oferta de cuidados, prestaciones y atención a la dependencia que complementa los cuidados asumidos por el núcleo familiar, quienes siguen teniendo un rol principal como responsables y participantes a la hora de elegir las prestaciones sociales disponibles (Rodríguez Cabrero, 2020). Algunos de los países europeos han evolucionado en nuevos modelos basados en cuidados comunitarios y en el hogar (Coleman, 1995), que han sido identificados como mucho más económicos y sostenibles⁵² (European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2016; p.29).

Según las referencias, en Europa se pueden identificar tres o cuatro modelos de cuidados principales, según las particularidades de cada uno, que podríamos identificar como el nórdico, el mediterráneo, el continental y el anglosajón (Aiudo, 2020; Wayalia, 2017).

⁵² La forma en que los cuidados se proporcionan en instituciones o en casa es determinante del gasto público en Cuidados de Larga Duración (CLD). En la Unión Europea existe una creciente tendencia a promover los servicios de CLD de atención domiciliaria, que resulta en un menor coste respecto a una atención institucionalizada. Traducido a partir de *European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs*, 2016; p.29.

Cada uno de estos modelos de bienestar social está configurado por una diversidad de recursos, tanto públicos como privados, y con ofertas variadas que tienen una trascendencia en todas las políticas. Teniendo en cuenta estos distintos modelos y la variedad del tipo de estructuras y desarrollos urbanos según cada región, se identificó la necesidad de una selección amplia de casos de estudio para poder contrastar los diferentes proyectos en Europa.

En la actualidad, uno de los principales focos de interés es cómo asegurar la calidad de los Cuidados de Larga Duración y cómo asegurar que responden a los deseos y preferencias de las personas mayores, y una participación activa de la población adulta mayor, manteniendo al máximo posible una vida independiente en el hogar (European Union, 2014; pg 36). Esto implica, no solo un mayor conocimiento de los distintos sistemas y modelos existentes en cada país, sino una adaptación a cada contexto local con sensibilidad y creatividad, generando “continentes de cuidados interconectados, parte de un mismo sistema” (Mogollón García, 2022).

Para tener una mejor comprensión del marco estratégico de cada caso de estudio seleccionado, a continuación, se analizan las estrategias nacionales de demencia.

4.2. PLANES NACIONALES DE DEMENCIA








En 2006, los miembros de Alzheimer Europa firmaron una declaración conjunta demandando a la Unión Europea, a la Organización Mundial de la Salud y a los gobiernos nacionales que se reconociera la enfermedad de Alzheimer como uno de los grandes desafíos de salud pública, y se tomaran medidas para desarrollar planes de acción a nivel europeo, internacional y nacional (Alzheimer's Disease International, n.d.). Años más tarde, en 2009, el Parlamento Europeo declaró su aprobación para dar prioridad a la lucha contra el Alzheimer y otras demencias, lo cual resultó en la Iniciativa Europea de Alzheimer (Comisión de las comunidades europeas, 2009). Finalmente, la resolución del Parlamento Europeo de 2011 instaba a los estados miembros de la Unión Europea a desarrollar sus planes y estrategias específicos (Parlamento Europeo, 2011).

A partir de ese momento, se han desarrollado varias estrategias en los distintos países, con los objetivos de prevenir el deterioro cognitivo y mejorar el diagnóstico; mejorar la atención y servicios prestados a las personas que tienen demencia, así como a sus cuidadores y familiares; la innovación e investigación y la sensibilización y fomento de

entornos amigables e inclusivos (WHO, 2017a). Sin embargo, a pesar de que los planes nacionales de Alzheimer y otras demencias son una herramienta necesaria y de gran impacto para promocionar e incentivar los temas de salud pública, sigue tratándose de un proceso lento, sin continuidad o monitorización en algunos países (Wortmann, 2013) y todavía con mucho camino por recorrer para que sean inclusivos con toda la población (Schmachtenberg et al., 2020). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud ha publicado también un “Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025” (WHO, 2017a), así como una serie de directrices basadas en datos científicos para minimizar el riesgo de deterioro cognitivo de la demencia a través de intervenciones que pueden reducir los factores de riesgo modificables de la demencia, muchos de ellos relacionados con el entorno físico (WHO, 2019). También se ha creado un Observatorio Mundial de las Demencias para facilitar el seguimiento y el intercambio de información sobre las distintas acciones y políticas relacionadas con la demencia, la epidemiología y la investigación en este campo. En relación con este observatorio, el documento “Towards a dementia plan: a WHO guide”⁵³ (WHO, 2019) ofrece un marco general para su adaptación en implementación a nivel nacional en los distintos países.

⁵³ Título en español “Hacia un plan sobre la demencia: una guía de la OMS” traducido y editado por la Organización Panamericana de la Salud (PAHO).

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Domain	Indicator	Action Area
Policy	1. Dementia governance	Public health priority 
	2. Dementia plan*	
	3. Dementia legislation	
	4. Dementia standards/guidelines/ protocols	
	5. Dementia care coordination	
Service delivery	6. Dementia health and social care workforce	Dementia diagnosis, treatment, care and support 
	7. Dementia diagnostic rate*	
	8. Community-based services for dementia	
	9. Dementia health and social care facilities	Support for dementia carers 
	10. Anti-dementia medication and care products availability	
	11. Dementia-specific NGO	
	12. Dementia carer support services*	
	13. Dementia awareness & risk reduction campaigns*	Dementia awareness & friendliness 
	14. Dementia-friendly environments*	
	15. Dementia education and training of non-health professionals*	
Information & research	17. Dementia research agenda	Dementia research & innovation 
	18. Dementia research investments	
	19. Dementia research participation	
	20. Published dementia output*	
	16. Dementia information systems*	Information systems for dementia 
	21.-22. Estimated dementia prevalence & incidence	
	23.-24. Total deaths and YLL due to dementia	
	25.-26. YLDs and DALYs due to dementia	Dementia risk reduction 
	27. Total economic cost of dementia	
	28.-35. Prevalence of dementia risk factors*	

Legend
* Red and bold indicators are used to measure progress toward reaching global targets outlined in the global action plan on the public health response to dementia 2017-2025.

Figura 19. Correspondencia entre los indicadores del Observatorio Global de la Demencia con los múltiples niveles de planes de acción de salud pública como respuesta a la demencia 2017-2025.

Fuente: Guía del Observatorio Global de la Demencia (WHO, 2018). p.9.

No obstante, a pesar de la necesidad de iniciativas y estrategias internacionales, los planes nacionales son los que son capaces de adaptar las medidas para trabajar el tema de la demencia en múltiples estrategias en el contexto cultural, económico, demográfico y único de cada país, y de cada región.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

La siguiente tabla recoge los países europeos que han desarrollado un plan nacional de Alzheimer y otras demencias:

País	Año	Estrategia
Alemania	2020	<u>Nationale Demenzstrategie</u> Región de Bavaria Región de Saarland
Austria	2015	<u>Dementia Strategy: Living well with dementia</u>
Bélgica	2010-2014, 2016-2019 2010	<u>Región de Flanders Dementia Plan</u> <u>Región de Wallonia</u>
Dinamarca	2010-2014 2017-2025	<u>Denmark – National handlingsplan for demensindsatsen</u>
España	2019-2023 2016	<u>Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias</u> <u>National Health System strategy for Neurodegenerative Diseases</u>
Finlandia	2012-2020	<u>National Memory Plan</u>
Francia	2021-2022 2014-2019 2008-2012 2004-2007 2001-2005	<u>Feuille de route Maladies neuro-dégénératives</u> <u>Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées</u>
Grecia	2016-2020	<u>National Dementia Strategy</u>
Irlanda	2011-2016	<u>National Dementia Strategy</u>
Italia	2015	<u>National Dementia Strategy</u>
Islandia	2020-2025	<u>Aðgerðaáætlun um þjónustu við einstaklinga með heilabilun</u>
Luxemburgo	2015	<u>Programm Demenz Prävention-PDP</u>
Malta	2015-2023	<u>Empowering Change</u>
Noruega	2025 2020 2007-2015	<u>Demensplan</u>
Países Bajos	2021-2030 2013-2020 2008-2012 2004-2007	<u>National Dementia Programme</u> <u>Dementia Delta Plan</u> <u>Dementia Care Chain Programme</u> <u>National Dementia Programme</u>
Portugal	2018	<u>Proposed National Dementia Strategy</u>
Reino Unido	2020 2015, 2018-2021 2011 2017-2020 2018-2022	<u>Inglaterra: Prime Minister's Challenge on Dementia</u> <u>Gibraltar: National Dementia Vision and Strategy for Gibraltar</u> <u>Norte de Irlanda: Improving Dementia Services</u> <u>Escocia: National Dementia Strategy</u> <u>Gales: Dementia Action Plan</u>
Suecia	2017	<u>Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom</u>
Suiza	2014-2019	<u>Plan Nacional</u> Cantón de Ginebra 2016 Cantón de Vaud 2010

Tabla 9. Listado de los principales planes y estrategias publicadas por los países europeos. Fuente: *Dementia Plans* (Alzheimer's Disease International, 2021).

Como comentario general, conviene destacar el esfuerzo que se lleva a cabo en distintos países desde hace ya más de una década, antes incluso de la puesta en marcha de estrategias internacionales. Probablemente, existan guías y planes que no han sido incluidos en estas tablas debido a que no han sido aprobados como estrategia nacional. En algunos casos, por ejemplo, en Bélgica, Alemania o Suiza, cobra especial importancia el desarrollo de una estrategia adaptada por región, lo que de alguna forma refleja el grado de implementación de este tipo de políticas a nivel local o regional.

De este listado general, a continuación, se recoge un resumen del contenido de cada uno de los planes de los países seleccionados en los casos de estudio -Bélgica, Países Bajos e Inglaterra-, y de España, con el objetivo de identificar los principales temas que pueden traducirse en criterios de planificación o de diseño en la ciudad y poder contrastar con la estrategia nacional de nuestro país:

Estrategia nacional	Selección de objetivos y acciones relacionadas con la ciudad o con el entorno físico	
Objetivos principales	Acciones concretas	
<i>Dementia Plan</i> 2016-2019, Flandes, Bélgica	Dar a conocer las distintas fases y estadios de la demencia. Siendo la demencia un proceso que dura de media 8 años, las personas pueden permanecer en su casa al máximo haciendo lo que más les gusta. El contacto con los seres queridos y con las actividades de la rutina diaria es posible y debe ser estimulada, incluyendo las fases más avanzadas.	<p>Apoyo a iniciativas que ayudan a romper con el estigma de la demencia, con base sociocultural o artística, favoreciendo la cooperación entre los recursos sociosanitarios, la cultura y el bienestar.</p> <p>Desarrollo de una herramienta de autoevaluación y planificación de estrategias municipales y políticas para la implementación de comunidades amigables con la demencia.</p> <p>Promoción de la salud a nivel municipal en cuanto a estilos de vida saludables, donde se identifica el papel fundamental que tienen los entornos físicos en favorecer estilos de vida saludables.</p>
	Animar a las personas con demencia que sigan participando en la sociedad.	<p>Inversión en edificios y entornos amigables con la demencia. Existe un equipo asesor especializado en diseño a nivel regional que ofrece sus servicios de consultoría a promotores de residencias, centros de respiro, centros de día, etc.</p>
	Continuar el desarrollo del concepto de “Municipio amigable con la demencia” como una especialización adicional a las políticas “amigables con las personas mayores”.	
	Promover un estilo de vida y un entorno saludables para reducir los riesgos de sufrir demencia.	<p>Asesoría ergoterapéutica a domicilio para adaptar las viviendas a las necesidades de la persona.</p>
		<p>Facilitar entornos seguros -físicos y sociales- con colaboración de los equipos de policía para ayudar a encontrar a personas perdidas que deambulan.</p>

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

		Innovación en tipologías y desarrollos residenciales, como residencias de apoyo informal, viviendas intergeneracionales, <i>cohousing</i> o implementación de las TIC en las viviendas.
Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias, 2019-2023, España	Diseñar políticas de promoción de un envejecimiento activo y saludable.	
	Fomentar la investigación sobre las causas, la prevención y el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.	Coordinar y generar sinergias en los entornos locales de las iniciativas “Comunidades Amigables con las Personas Mayores” del IMSERSO y promover comunidades y ciudades amigables y comunitarios hacia “Ayuntamientos Solidarios con el Alzheimer” de CEAFA.
	Reducir el impacto de la enfermedad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas con alzhéimer y sus familiares cuidadores.	
	Favorecer el mantenimiento de la persona con alzhéimer en su entorno natural el mayor tiempo posible, promoviendo su máxima autonomía, participación y conservación de sus capacidades, y ofreciendo apoyos adecuados para ello.	Formular propuestas sobre accesibilidad universal y otras medidas arquitectónicas y urbanísticas para contemplar cuestiones de adaptabilidad al alzhéimer (arquitectónicas y urbanísticas, así como en el domicilio y en entornos institucionales).
	Involucrar a todos los agentes y al conjunto de la sociedad en la respuesta hacia los retos que plantea el abordaje integral de la enfermedad, eliminando situaciones de rechazo, exclusión y estigmatización hacia las personas con alzhéimer.	Avanzar en disponer de una oferta de servicios amplia, de calidad, especializada y adaptada a las necesidades de las personas con alzhéimer en las distintas etapas de la enfermedad (desde el diagnóstico hasta los cuidados paliativos), de base comunitaria. Potenciar fórmulas de colaboración público-privada para optimizar los recursos disponibles en la dotación de esta oferta.
Avanzar en las respuestas de otros sistemas (seguridad social, ámbito laboral, vivienda, etc.) en el apoyo a los familiares cuidadores en todos aquellos ámbitos y zonas en las que se requieran.		
National Dementia Strategy 2021-2030, Países Bajos	Conseguir para 2030 que un 80% de personas con demencia que vivan en su domicilio puedan tener acceso a un centro de encuentro en su entorno de proximidad, donde puedan participar de actividades significativas.	Desde 2021 se está trabajando en implementar un servicio de enfermería accesible y reconocible a nivel de distrito.
	En 2025 conseguir duplicar el número de “personas amigas con la demencia” (>750.000) para que puedan ofrecer ayuda en sus barrios. Programa “Longer at Home” (Más tiempo en casa)	En mayo de 2020 se desarrolló una encuesta a nivel municipal y del sector residencial. El objetivo es que, a partir de 2021, los municipios y los centros de cuidados reciban suficiente información sobre las necesidades residenciales de las personas mayores y otros colectivos sociales, así como sobre la demanda y capacidad de las residencias. Con esta información, se comenzarán las negociaciones para llegar a acuerdos entre los sectores de los proveedores de cuidados, promotoras residenciales, aseguradoras, corporaciones e inversores. El objetivo es trabajar en las promociones inmobiliarias y nuevos desarrollos con una perspectiva integral sobre los cuidados
	Programa “Dementia-Friendly Together” (Juntos amigos de la demencia) consistente en actividades de sensibilización y educación dirigidos a profesionales y a personas físicas, así como en colegios y centros educativos,	

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

	para comenzar a desarrollar proyectos de colaboración y apoyo intergeneracional.	y el bienestar, teniendo en cuenta el marco desarrollado en el acuerdo de enfermería a nivel de distrito.
	Enfoque específico en el diseño del espacio público y en cambios de comportamiento estructurales a nivel de toda la sociedad.	
<i>Prime Minister's challenge on dementia 2020, Reino Unido</i>	Cumplimiento de todos los hospitales y residencias de ser amigables con las personas con demencia.	Inversión de £50 millones para la creación de entornos amigables en hospitales y residencias de mayores. Recogida, evaluación de los proyectos y publicación de los principales resultados.
	Conseguir que más de la mitad de la población viva en Comunidades acreditadas como "amigables con la demencia" según la guía propuesta de la <i>Alzheimer's Society</i> y el <i>British Standards Institute</i> . Cada área debe conseguir el máximo nivel de consecución de los estándares definidos.	Mayor participación de las personas con demencia en investigaciones (participantes en 2012-2013: 11.859), así como mayor investigación en residencias (red ENRICH, constituida por más de 1.000 residencias).
	Apoyo a las empresas y servicios para que sean amigables con las personas con demencia, así como la promoción de estos programas en los sectores industriales.	Promoción de una sociedad más sensibilizada con la demencia a través de campañas y programas formativos liderados por entidades como Public Health England o Alzheimer's Society.
	Convertirse en el centro de referencia en investigación de demencia, creando convenios y acuerdos entre pacientes, investigadores, patrocinadores y la sociedad; y crear un instituto internacional de la demencia en Inglaterra.	Incremento de las personas con demencia que vivan en sus domicilios promoviendo la autonomía e independencia.

Tabla 10. Selección de objetivos y acciones incluidas en los planes y estrategias de demencias nacionales que tienen relación con el entorno físico o la planificación urbana. Selección correspondiente a los casos de estudio en Bélgica, Países Bajos, Inglaterra y España. Fuentes: Gobierno de Los Países Bajos (2020); Gobierno Flamenco (2016); González Ingelmo et al., (2019); Primer Ministro de Reino Unido (2015).

A la vista de esta tabla, se identifica el énfasis que todos los planes ponen en la necesidad de prevenir el riesgo de sufrir demencia o Alzheimer, así como la necesidad de una estrategia de promoción de hábitos saludables. Localmente, esto se traduce en distintas estrategias: por ejemplo, en Bélgica este enfoque se relaciona directamente con el entorno donde la persona vive, mientras que en España se vincula más a políticas de promoción del envejecimiento activo y saludable. En todos los casos, se reconocen los beneficios de que las personas con demencia puedan permanecer al máximo posible en sus viviendas, y para ello, se subrayan dos estrategias principales: la adaptación de los entornos físicos y la accesibilidad a los servicios sociosanitarios, y la sensibilización y

amigabilidad de la comunidad a través de una mayor concienciación social y redes informales de cuidados.

En el caso de la estrategia nacional de Flandes más reciente, se destaca la importancia que se le da a la promoción de actividades y sinergias entre cultura, arte y cuidados; así como a la promoción local de comunidades amigables con la demencia. Destaca también la existencia de un servicio específico de consultoría o asesoría de entornos amigables con la demencia para distintos promotores de residencias, centros de día y otro tipo de desarrollos; así como la promoción de la innovación en tipologías múltiples de programas residenciales, incluyendo residencias, viviendas, coviviendas y la integración de las TIC en las viviendas.

Por otra parte, en España se le da gran importancia a la accesibilidad universal para la creación de entornos que promuevan la inclusión social y la autonomía de la persona, así como otras adaptaciones urbanísticas y arquitectónicas, aunque no se detallan de forma pormenorizada.

En el Plan de los Países Bajos llama la atención el acompañamiento de datos y cifras y programas específicos que se detallan en el documento. Como dato relevante, se destaca la encuesta realizada en 2020 al sector inmobiliario y servicios sociosanitarios a nivel municipal para comenzar a establecer una estrategia conjunta de desarrollos residenciales y servicios que sean capaces de satisfacer la demanda y asegurar una calidad de vida. Todo ello articulado con la estrategia de servicios de enfermería a nivel de distrito.

Por último, en Reino Unido se le da una especial importancia a la inversión en investigación, con el propósito de crear un centro internacional líder en la investigación en demencia. También destaca el sistema de estándares y acreditaciones para edificios de hospitales y residencias y la evidencia que se recoge de las inversiones realizadas a nivel nacional.

4.3. CASOS DE ESTUDIO EUROPEOS: CRITERIOS DE SELECCIÓN

La investigación se diseña como un estudio de casos descriptivo, lo cual permite describir con detalle las particularidades de un fenómeno concreto en distintos escenarios del mundo real (Runeson & Höst, 2009; Yin, 2017). El estudio de casos consiste en analizar en profundidad uno o varios casos a partir de múltiples técnicas para recoger una

cantidad abundante de datos que respondan al objetivo planteado (The Centre for Health Design, 2018).

Los casos de estudio europeos se seleccionaron a partir de las bases de datos siguientes en una búsqueda de proyectos de “comunidades amigables con personas con demencia” o “diseño amigable con personas con demencia”:

- *Dementia-friendly communities. Global developments* (Alzheimer’s Disease International, 2017)⁵⁴.
- *List of Dementia Friendly Communities* (Alzheimer’s Society, n.d.)⁵⁵.
- *Dementia-friendly community case studies across Europe. A mapping commissioned by the European Foundations’ Initiative on Dementia* (EFID, 2016)⁵⁶.

Los criterios de selección de estas buenas prácticas vinieron motivados por el reconocimiento de estos proyectos por algún tipo de premio o publicación. Inicialmente la búsqueda estaba orientada a identificar normativas o manuales de diseño urbano que tuviera en cuenta las necesidades específicas de las personas con demencia. Sin embargo, durante una primera revisión del listado de proyectos de estas bases de datos, se identificaron numerosas acciones y proyectos que eran programas orientados al sector de la prevención y promoción desde una perspectiva social o comunitaria. Por lo tanto, se decidió ampliar los criterios de búsqueda a proyectos de residencias innovadores, para investigar los elementos urbanos que tuvieran relación con ellos.

⁵⁴ Disponible en: <https://www.alzint.org/u/dfc-developments.pdf> Último acceso: 28/10/2022.

⁵⁵ Disponible en: <https://www.dementiafriends.org.uk> Último acceso: 28/10/2022.

⁵⁶ Disponible en: <https://efid.info/> Último acceso: 28/10/2022.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Casos de estudio seleccionados			
Ciudad	Tipo de proyecto	Detalle del estudio	Motivación
Reino Unido			
Newcastle-upon-Tyne	Ciudad amigable con las personas mayores	Centro Nacional de Envejecimiento Activo (NICA), museo, cine, mercado, iniciativas locales comunitarias	Referencia internacional en envejecimiento activo. Estancia de 3 meses en la Universidad de Newcastle
Dover	“Villa demencia”	Harmonia Village, nuevo concepto de centro para personas con demencia	Proyecto europeo CASCADE seleccionado en convocatoria competitiva financiado a través del programa <i>Interreg 2Seas Mers Zeeën</i> de la Unión Europea (2017-2023)
Rochester	Centro de respiro	Harmony House, Medway Community Healthcare, centro comunitario con servicios de apoyo para personas con demencia y familiares	
Sankey, Manchester	Centro comunitario multifuncional	Great Sankey Neighbourhood Hub	Premio de Oro por diseño amigable con la demencia (DSDC Dementia Services Development Centre - University of Stirling).
Bélgica			
Kortrijk	Paseos de reminiscencia	Residencia WZC de Weister	Premio Europeo EFID 2014
Brujas	Ciudad amigable con la demencia.	FOTON. Centro Regional de Experiencia. Iniciativa del Familierzorg West-Vlaanderen VZW (Atención Familiar Flandes Occidental)	Premio europeo EFID 2012 and 2020 “Together for a dementia-friendly Bruges”. Golden Ear for Foton Volunteers.
Osterloo, Geel	Residencia de “pequeña escala” para personas con demencia. Larga estancia.	Huis Perrekes	Proyecto recogido como “buena práctica” en ADI 2017. Ponencia en “International Mind Conference 2019”. Publicación en <i>Flanders Architectural Review</i> N°14. “When Attitudes Take Form”.
Países Bajos			
Weesp	The Hogeweyk, “Villa Alzheimer”	Residencia para personas con demencia y Alzheimer.	Numerosas publicaciones a nivel internacional. Premios y menciones: <i>Hospitality Care Award</i> 2010 Nominado en los premios <i>Hedy d’Ancona</i> 2010, excelencia en arquitectura para la salud <i>Golden label for Quality by Perspect</i> 2006 <i>Project of the World</i> , Expo 2000 Hannover <i>International Hospital Federation Award</i> 1995 <i>Dien Cornelissenprijs</i> 1993
Nuenen	Paseo Kwiek Beweegroute	Itinerarios saludables alrededor de centros residenciales.	Primer premio en UKON Uniek Prijs 2014 Tercer premio en <i>Your Street Design</i> Indaba 2012
Almelo	Buurtzorg	Cooperativas de enfermeras para servicios sociosanitarios en la escala de barrio	Proyecto europeo TICC seleccionado en convocatoria competitiva financiado a través del programa <i>Interreg 2Seas Mers Zeeën</i> de la Unión Europea (2017) Reconocimiento de la Fundación Ashoka a Jos de Block (2015)

Tabla 11. Listado de casos de estudio seleccionados. Fuente: elaboración propia.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

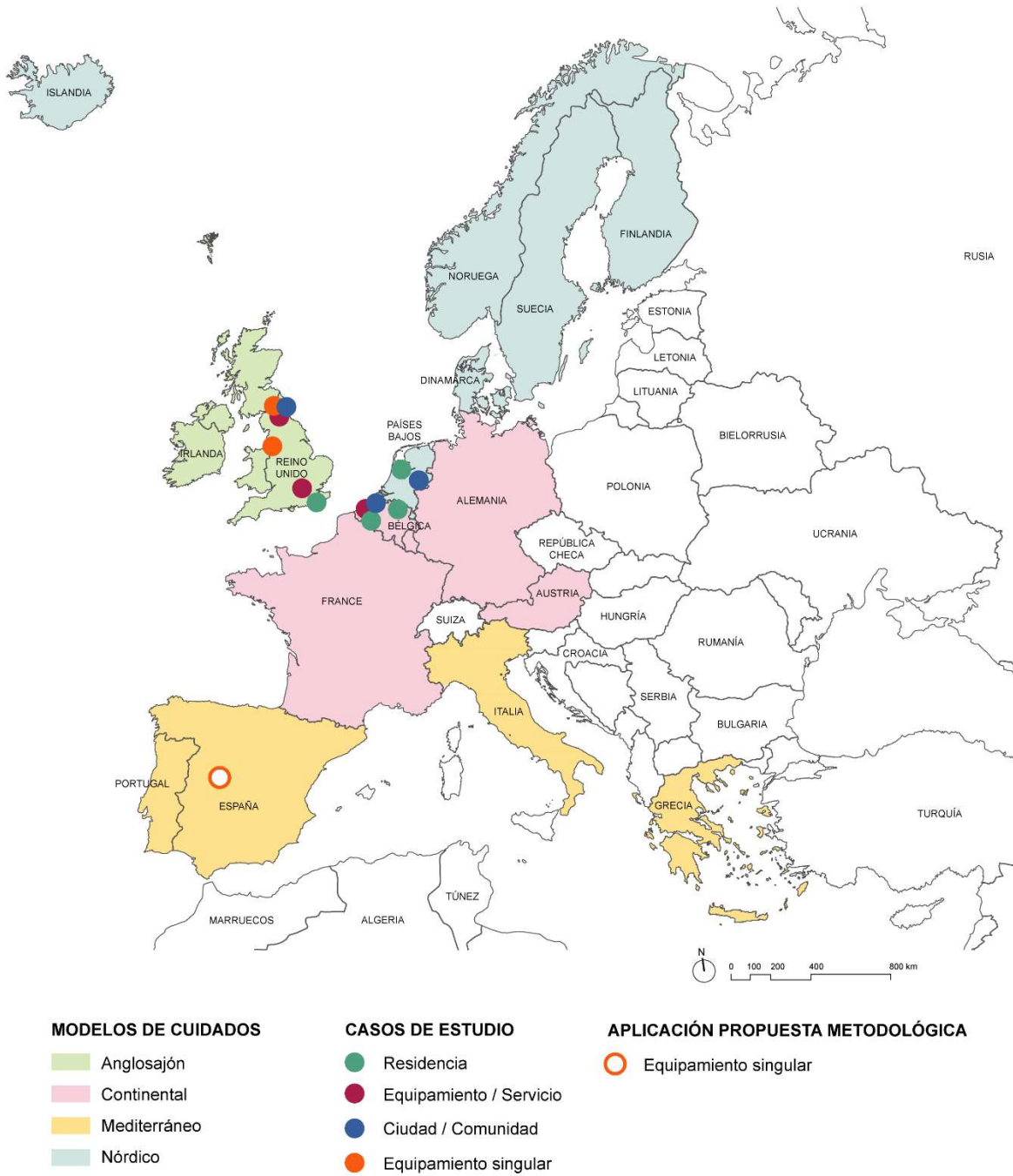


Figura 20. Casos de estudio seleccionados. Fuente: elaboración propia.

4.4. ESTRUCTURA DE LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Durante la investigación, la recogida de información sistematizada se desarrolló en los siguientes pasos:

1. Revisión de las guías, planes nacionales y locales existentes en el país para la promoción de las “comunidades amigables con la demencia” o intervenciones clasificadas como “amigables con la demencia”.
2. Visita guiada al edificio/proyecto. En el caso de edificios, inspección y observación del entorno urbano y del exterior del proyecto. Esta técnica de observación consiste según Zarco et al. (2019, p.70) en “procedimientos e instrumentos que utilizan los investigadores para presenciar en directo hechos y realidades sociales presentes, así como a la gente en el contexto habitual donde desarrolla sus actividades, incluido el ambiente físico, social y cultural”. En los distintos casos de estudio se realizó una observación no participante, que consistió en una visita por el edificio con explicaciones complementarias de su funcionamiento. En aquellos casos en los que fue posible, se tomaron fotografías de las habitaciones visitadas.
3. Entrevista semiestructurada con la persona responsable (antes o durante de la visita). Según Zarco et al. (2019, p. 85), las entrevistas tienen el objetivo principal de “establecer un diálogo que permita obtener información profunda y contextualizada, sin inducir ni forzar las respuestas”. La selección de la persona entrevistada se realizó a través del contacto con el centro o proyecto visitado, siendo por norma general el director o responsable el que ha participado en las entrevistas. El análisis de las entrevistas no siguió un análisis temático concreto, debido a la variedad y diversidad de los casos de estudio y la necesidad de contextualizar en la cultura y especificidad del proyecto. La información más relevante se ha traducido y resumido en una tabla al final de cada entrevista. En el Anexo II se recoge la transcripción original y completa de todas las entrevistas.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Listado de agentes entrevistados		
Proyecto	Cargo/Puesto	Duración [minutos]
1. Reino Unido		
1.1. <i>Discovery Museum, Dementia-friendly</i> Newcastle-upon-Tyne	Líder y responsable del programa <i>Platinum Program</i>	40'
1.2. <i>Harmonia Village, Dementia village</i> , Dover	Director de la nueva residencia	38'
1.3. <i>Harmony House</i> , Centro de Respiro, Rochester	Directora del nuevo centro de respiro	83'
1.4. <i>Great Sankey Neighbourhood Hub</i> , Warrington, Manchester	Sin entrevista	-
2. Bélgica		
2.1. WZC De Weister, residencia de pequeña escala, Aalbeke, Kortrijk	Director de los dos centros en Kortrijk	112'
2.2. WZC De Zon, residencia de pequeña escala, Bellegem, Kortrijk		
2.3. Gante, Ciudad amigables con las personas con demencia	Responsable programa Gante, ciudad amigable con las personas con demencia	61'
	Antigua responsable del programa Comunidades amigables con la demencia, actual profesora en Artevelde University de Ciencias Aplicadas	87'
2.4. Fotonhouse, Centro de Expertos de Demencia, Brujas	Director de la organización de cuidados <i>Familiezorg West-Vlaanderen</i> VZW y coordinadora del proyecto Foton	23'
2.5. Huis Perrekes, Geel, Osterloo	Trabajadora	84'
3. Países Bajos		
3.1. De Hogeweyk, Weesp	CEO y consultor senior, cofundador	166'
3.2. Kwiek Beweegrout, Nuenen	Fundador del proyecto	24'
3.3. Buurtzorg, Almelo	Sin entrevista	-

Tabla 12. Listado de agentes entrevistados. Fuente: elaboración propia.

4. Elaboración de cartografías de análisis urbano, por una parte, un plano de contexto urbano para la caracterización del caso de estudio, y por otra, un esquema basado en los elementos clave definidos por la teoría de Lynch.
5. Identificación de información complementaria y consulta de fuentes secundarias para completar la información obtenida de las entrevistas.

4.5. REINO UNIDO

Se seleccionaron los siguientes casos de estudio por su carácter innovador, de los cuales se visitaron 3:

- *Dementia-friendly* Newcastle-upon-Tyne
- CASCADE *project* (Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe): *Harmonia Village* (Dover)
- CASCADE *project* (Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe): *Harmony House* (Rochester)
- Great Sankey Neighbourhood Hub (Warrington, no visitado)

4.5.1. *Dementia-friendly* Newcastle-upon-Tyne

Introducción

Newcastle-upon-Tyne es una ciudad y distrito metropolitano al noreste de Inglaterra, tiene una población de 279.100 habitantes y una densidad de 2.469,9 hab/km². El compromiso de convertir Newcastle en una ciudad amigable con la demencia es un objetivo compartido por varios agentes, tanto del sector público como el privado, incluyendo empresas y entidades sin ánimo de lucro participan en este reto de salud pública. La innovación en términos de conocimiento, tecnología, pero también nuevos servicios y prácticas se trabajan desde distintos sectores. La inauguración del Centro Nacional de Innovación en Envejecimiento en Newcastle-upon-Tyne en 2020 ha posicionado a la ciudad en la vanguardia de la innovación e investigación en envejecimiento.

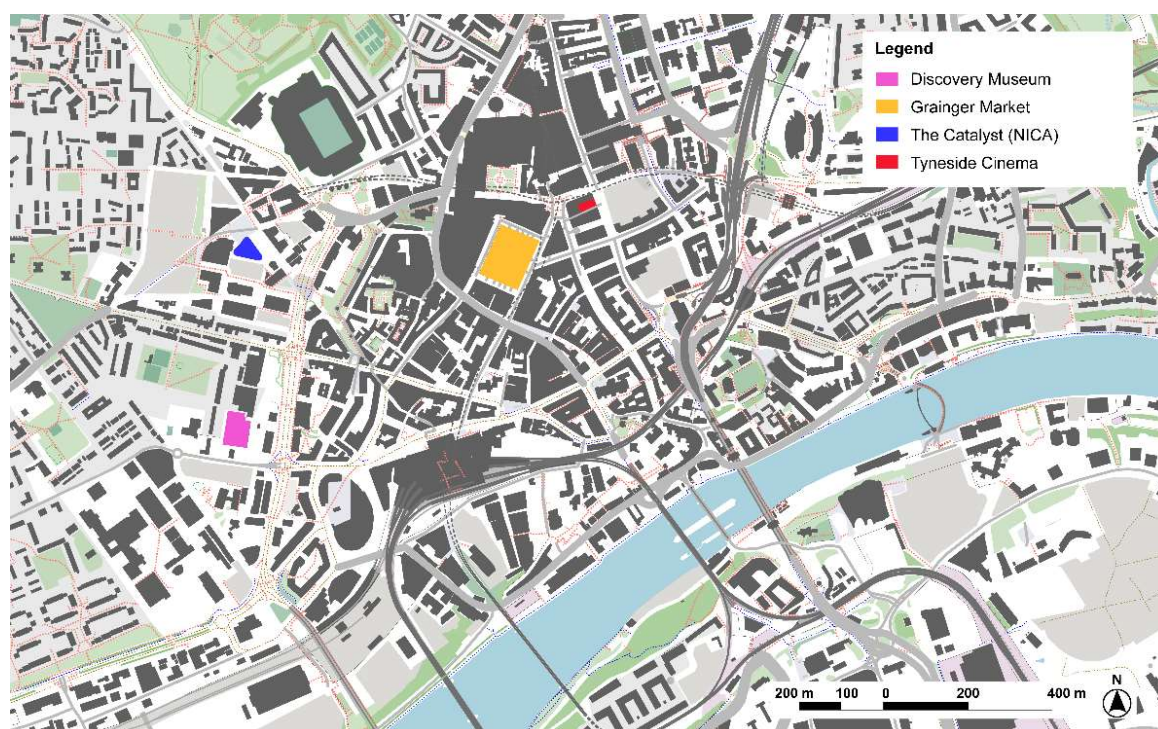


Figura 21. Principales proyectos de innovación amigables con la demencia en Newcastle-upon-Tyne.
Fuente: elaboración propia.

Además de existir un compromiso municipal con la adaptación de la ciudad a la población mayor con demencia, se han identificado distintos agentes y entidades que trabajan con un objetivo común. La estancia de investigación se ha realizado en la Universidad de Newcastle, por lo que varios de los proyectos seleccionados han sido motivados por conversaciones informales con los siguientes agentes locales con los que se han mantenido reuniones de forma regular:

Nombre y apellido	Posición y entidad
Barbara Douglas	Elders Council of Newcastle and VOICE.
Rose Gilroy	Professor of Ageing, Policy and Planning. School of Architecture, Planning and Landscape.
Neveen Hamza	Reader in Architecture, Energy and Wellbeing. School of Architecture, Planning and Landscape.
Catherine Butcher	Community Manager, Project Manager and facilitator. National Innovation Centre of Aging.
Tim Townshend	Professor of Urban Design for Health. School of Architecture, Planning and Landscape.
Lynne Livsey	Community Wellbeing Officer, Newcastle City Council.

Tabla 13. Agentes entrevistados de forma regular durante la estancia de investigación en Newcastle-upon-Tyne.

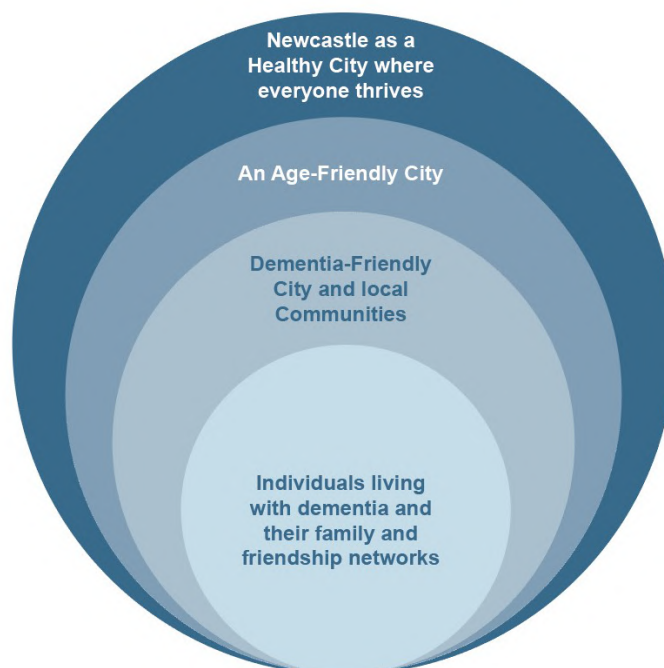


Figura 22. Esquema del trabajo desarrollado por el programa Dementia-Friendly Newcastle. Fuente: Adaptado de Newcastle City Council.

Contexto y principales proyectos

Aunque los proyectos visitados son a nivel municipal, cabe mencionar la relevancia que tienen tres agentes principales en el ecosistema de la innovación en Newcastle-upon-Tyne:

1) **Elders Council of Newcastle**⁵⁷ es una entidad sin ánimo de lucro que aúna las voces de la población mayor en Newcastle para defender sus intereses y promover cambios en la ciudad y sociedad para que las personas mayores adultas puedan seguir viviendo con calidad de vida y respeto en la ciudad. *Elders Council* colabora en distintos proyectos a través de investigación por pares, grupos focales y proyectos artísticos y fomenta la participación activa de las personas mayores en la ciudad.

⁵⁷ Información sobre la entidad *Elders Council of Newcastle* (Elders Council of Newcastle, n.d.). Disponible en: <https://www.elderscouncil.org.uk/> Último acceso: 28/10/2022.



Figura 23. Principales cifras e impacto de la organización durante 2018-2019. Fuente: The Elders Council Newcastle, 2018.

2) VOICE (Valuing Our Intellectual Capital & Experience)⁵⁸ es una plataforma única que agrupa diferentes perfiles a nivel nacional e internacional, sobre todo pacientes y personas en el sector de los cuidados, que participan y contribuyen a mejorar con su experiencia la innovación y la investigación en colaboración con distintos centros de investigación. Fundada en 2018 por el *National Innovation Centre for Ageing* (NICA) y en colaboración con la Universidad de Newcastle, el Colegio Imperial de Londres y la red *Clinical Research Network North East and North Cumbria* (NIHR) y su Observatorio de Innovación, su objetivo principal es impulsar y mejorar la investigación e innovación en salud y envejecimiento principalmente. En este contexto, las personas mayores y las personas con demencia son un colectivo con gran relevancia en esta comunidad.

⁵⁸ Información sobre VOICE-Global (VOICE, n.d.). Disponible en : <https://www.voice-global.org/>
Último acceso: 28/10/2022.

3) National Innovation Centre for Ageing (NICA)⁵⁹ es el centro de innovación más importante de Reino Unido y de gran relevancia a nivel internacional en salud, envejecimiento y bienestar. Inaugurado en 2014, ha sido financiado por la Universidad de Newcastle y el Gobierno de Reino Unido y fundado por la propia Universidad de Newcastle, por el Departamento de estrategias de Negocios, Energía e Industria y el Instituto para el Envejecimiento. El nuevo centro de innovación, *The Catalyst*, se sitúa en un nuevo desarrollo de la ciudad. El objetivo de este nuevo equipamiento es continuar la trayectoria de promoción de la investigación y desarrollo en los distintos sectores e industrias, poniendo en relación a las empresas con el sector de la salud y la tecnología. El edificio y el entorno urbano han sido auditados por el equipo de *Dementia Services Development Centre (DSDC)⁶⁰* de la Universidad de Stirling, pioneros en desarrollar un sistema de acreditación de diseño amigable con la demencia a nivel internacional.



Figura 24. El Centro Nacional de Innovación en Envejecimiento ha inaugurado recientemente su sede en el edificio *The Catalyst*, parte de un nuevo desarrollo de la ciudad. Fuente: Copyright Anthony Foster.

⁵⁹ National Innovation Centre for Ageing (NICA, n.d.). Disponible en: <https://uknica.co.uk/> Último acceso: 28/10/2022.

⁶⁰ Dementia Services Development Centre (DSDC, n.d.). Disponible en: <https://www.dementia.stir.ac.uk/> Último acceso: 28/10/2022.

Por otra parte, también se identifica la promoción de la cultura en el contexto local, tanto en procesos de regeneración urbana como para la promoción de actividades inclusivas para todas las personas. En concreto, destaca el colectivo *EqualArts*⁶¹, una entidad sin ánimo de lucro que trabaja en proveer de distintas oportunidades para que las personas mayores puedan desarrollar su creatividad y participar en la comunidad y en la vida social, lo cual mejora la salud y el bienestar. Esta organización está implicada en el reto internacional *Creative Age*⁶², una campaña de sensibilización a nivel internacional que implica a museos, teatros, colegios y bibliotecas principalmente para promover la integración y participación de las personas con demencia a través de la creatividad, la cultura y el arte.



creative age

Creative Age has been developed to transform how artists and venues support older people living with dementia.

Participants engage with 'in the moment' creative practice inspired by the collections, exhibitions and programme of organisations.

Led by the interests of Creative Age participants, each venue goes on to develop its own Creative Age Challenge, helping engage the community and raise sponsorship for continued creative programme.

Creative Age, together with Creative Age Challenge focus on co-creativity, developing new audiences and providing older people with the opportunity to explore group ownership and decision-making.

The project aims to:

- Provide quality creative opportunities for older people based on their interests and within the community
- Support arts and cultural organisations to reach new audiences by widening their offer for people living with dementia and long-term conditions
- Empower participants to take a lead in decision-making processes
- Establish creative sponsorship events to help sustain creative activities for people living with dementia.

Figura 25. Proyecto internacional *Creative Age* promovido y coordinado a nivel local en Newcastle-upon-Tyne por la organización sin ánimo de lucro *EqualArts*. Fuente: *Equal Arts*.

⁶¹ *Equalarts* (Equalarts, n.d.). Disponible en: <https://www.equalarts.org.uk/> Último acceso: 28/10/2022.

⁶² *Creative Age*, Proyecto desarrollado por la entidad sin ánimo de lucro *Equal Arts*. Disponible en: <https://www.equalarts.org.uk/our-work/creative-age> Último acceso: 28/10/2022.

A nivel municipal, desde 2019 el Ayuntamiento de Newcastle-upon-Tyne se ha comprometido como ciudad amigable con las personas con demencia, lo cual se identifica como una ciudad donde las personas con demencia “sean comprendidas, respetadas, apoyadas, estén incluidas y participen en la comunidad, puedan sentirse seguras, tengan elección y control sobre sus vidas, y puedan encontrar ayuda y apoyo a nivel local”⁶³. Para lograrlo, se han establecido numerosas alianzas con agentes locales, igualmente comprometidos con este objetivo, y se desarrollan actividades articuladas a través de distintas estrategias:

- **Espacio para la demencia en el Grainger Market**⁶⁴. Consiste en un puesto habilitado en el antiguo y simbólico edificio del mercado Grainger, en el centro de la ciudad, donde se puede ir a consultar información y aprender más sobre la demencia, al mismo tiempo que se organizan actividades y talleres para la sensibilización y difusión de actividades o iniciativas. El edificio es parte del patrimonio histórico de la ciudad, un espacio accesible y abierto para la promoción de alimentos frescos y comercios locales⁶⁵.

⁶³ *Dementia-friendly Newcastle*. (Dementia Friendly Newcastle, n.d.) Disponible en: <https://www.informationnow.org.uk/article/dementia-friendly-newcastle/#> Último acceso: 28/10/2022.

⁶⁴ Grainger Market. Disponible en: <https://www.ourgraingermarket.co.uk/>. Último acceso: 28/10/2022.

⁶⁵ Vista 360º de uno de los recorridos principales interiores donde puede identificarse a varias personas con movilidad reducida paseando. Se puede observar un recorrido principal libre de obstáculos y distintas zonas estanciales en las entradas principales de los comercios, para fomentar la interacción social. El vídeo puede consultarse en: <https://youtu.be/zsov1Y72pNg> Último acceso: 28/10/2022.



Figura 26. Puesto reformado y habilitado para desarrollar actividades Dementia-Friendly en el interior del Grainger Market. Fuente: Newcastle City Council.

- **Sesiones formativas y de sensibilización** de la demencia, para poder comprender mejor la enfermedad, reducir el estigma y mejorar la respuesta de la sociedad. Para ello, se realizan cursos online desarrollados por la Universidad de Newcastle y se colabora de una forma continua con VOICE, una plataforma de la Universidad de Newcastle que involucra a distintos miembros de la sociedad en investigaciones para mejorar la calidad, los resultados y el impacto de las mismas, conectando a la sociedad y a los pacientes con el mundo académico para que los resultados tengan un resultado social positivo.



*Dementia Friends*⁶⁶ es un programa para sensibilizar a la sociedad y generar un mayor impacto en la comunidad para que tengan mayor empatía y comprensión con las personas con demencia y las situaciones que pueden encontrarse. Se trata de romper con los estigmas que suelen asociarse con la enfermedad. Durante la estancia en Newcastle-upon-Tyne la investigadora asistió a una jornada formativa en la que a través de varias dinámicas grupales se trabajaron varios temas sobre las nociones básicas de la demencia, derechos de las personas con discapacidad y distintas necesidades específicas de este colectivo.

⁶⁶ *Dementia-Friends* es una iniciativa de *Alzheimer's Society* en Reino Unido. Disponible en: www.dementiafriends.org.uk Último acceso: 28/10/2022.

- **Comunidades amigables con la demencia**, promovidas y desarrolladas en cada uno de los barrios, con distintos agentes y actividades. Al respecto, solo se han identificado grupos promovidos a nivel local para desarrollar actividades y programas para generar mayor sensibilización en los recursos locales (centros de culto, transporte y conductores de autobuses, oficinas administrativas, servicios de salud, cuidadores, etc.) pero no se han localizado intervenciones específicas a nivel urbano. Un barrio o ciudad amigable con la demencia se identifica como una intersección entre una red social, así como una infraestructura construida que ofrezca los servicios necesarios en un entorno de proximidad y seguro.



Figura 27. Elementos necesarios para generar una comunidad amigable con la demencia. Fuente: Dementia Friends in Action.

- **Tyneside Cinema**⁶⁷, este cine fue fundado en 1937 como teatro. El cine actual se ha ido actualizando como equipamiento cultural. En la actualidad, el cine ofrece un programa de cartelera dedicado a personas con demencia, así como a sus familiares y cuidadores. En estas sesiones las luces y el sonido se regulan y adaptan para crear un espacio más cómodo y se proyectan sobre todo cine clásico, para luego desarrollar actividades y talleres de reminiscencia. El proyecto ha sido promocionado por *The Ballinger Charitable Trust* y ha involucrado a múltiples agentes (Johnson, 2015).

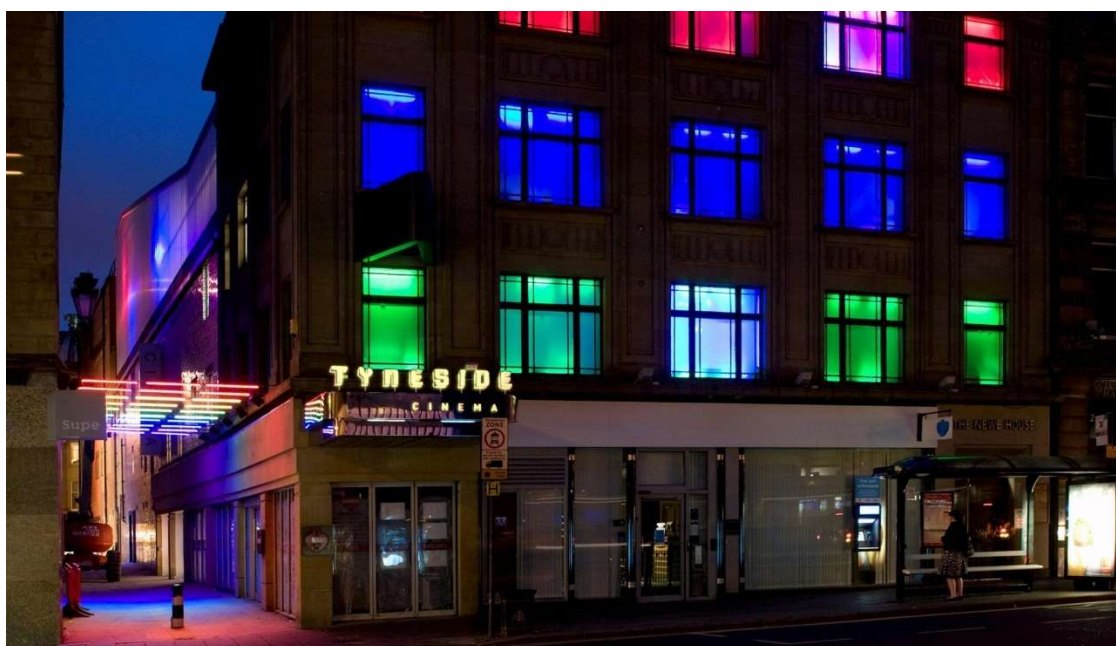


Figura 28. El cine Tyneside Cinema está ubicado en el centro de la ciudad, manteniendo la esencia del antiguo teatro local y adaptando su contenido y programa a los distintos cambios culturales. Fuente: Tyneside cinema.

- **Slow Shopping**⁶⁸, es una entidad sin ánimo de lucro fundada por Katherine Vero para adaptar los supermercados locales para las personas con discapacidad, sobre todo enfocado a personas con demencia. Se trata de un programa de formación y compromiso de distintos comercios y cadenas de supermercados que han reservado una o varias franjas horarias para reducir la intensidad de la

⁶⁷ Tyneside Cinema. Disponible en: <https://tynesidecinema.co.uk/> Último acceso: 28/10/2022.

⁶⁸ Slow shopping. Disponible en: <https://www.slowshopping.org.uk/> Último acceso: 28/10/2022.

iluminación, reducir el ruido y la música de fondo, disponer de más asientos o apoyos en los recorridos y asegurar que hay más dependientes con una formación específica en ese horario para poder atender con calma a las personas con demencia. Algunas de las tiendas que lo han implementado son *Tesco*, *Sainsbury* o *Ikea* en distintos establecimientos de la ciudad.

- ***Tyne & Wear Archives & Museums***⁶⁹ es una red de museos y galerías a nivel metropolitano que han desarrollado programas específicos para las personas con demencia. A partir del concepto de *Slow Shopping*, han adaptado el concepto a *Slow Museums*, reservando una franja horaria para visitas de personas con demencia, donde el personal del museo puede seleccionar los elementos de la visita más relevantes y facilitar conversaciones para trabajar la memoria o hablar de experiencias de la persona. En concreto, en el *Discovery Museum* se está trabajando en otro programa específico llamado *Platinum Programme*, que incluye visitas a los centros de día y residencias con 'cajas de reminiscencia', con distintos objetos para la estimulación cognitiva. El objetivo de estas actividades es reforzar los vínculos con la comunidad y hacer que las personas con demencia y los distintos agentes de la ciudad conozcan el programa y se sientan con seguridad de poder seguir realizando visitas a los museos y participando en la vida de la ciudad.

⁶⁹ Tyne & Wear Archives & Museums. Disponible en: <https://www.twmuseums.org.uk/> Último acceso: 28/10/2022.



Figura 29. El Discovery Museum es un edificio histórico del siglo XIX de la antigua Sociedad Cooperativa Wholesale recuperado y adaptado al programa de museo, con espacios renovados y adaptados con criterios de accesibilidad, desde el espacio exterior al interior. Fuente: izquierda: Flickr; derecha: elaboración propia.

Module two *Planning Slow Museums*

This module will take about an hour. It will give you the opportunity to plan what you are going to do to offer Slow Museums to make it as successful as possible.

The aims of this module are to:

- 1 Write down why you want to offer Slow Museums to your visitors.
- 2 Review the services you offer.
- 3 Plan what you are going to do in your gallery or museum.



13

Task 1: Why is it important that your gallery or museum offers Slow Museums to your visitors?

Task 2: What services are you going to offer during Slow Museums Sessions?

Here are some suggestions;

- Extending parking services
- Table service offered in cafes and restaurants
- Laying the tables in the café
- Offer more exhibits that can be handled and viewed closely
- Are headphones available?
- Offer demonstrations, lectures or speakers on topics or exhibits
- Offer guiding to support visitors with limited sight or mobility
- Is there a role for volunteers?
- Can you involve intergenerational experiences?
- Can you offer bi-lingual services?
- What skills do your colleagues have? E.g. Sign language, experience of working with disability, other languages?
- Can you offer handling boxes or collections?
- Visitors invited to call the museum to request special services such as a quiet space
- Maybe you can provide magnifying overlays or coloured overlays?
- Can you develop simple gallery handouts with clear directions?
- Can you offer guided tours?
- White gloves for handling exhibits

14

Figura 30. Programa Slow Museums. Fuente: Slow Museums. Tyne & Wear Archives & Museums

The Platinum Programme is Tyne & Wear Archives & Museums' culture and heritage programme of inspiring activities and experiences for people aged over 55. The programme welcomes people whether they are active and independent, need a little support, live with mental/physical frailty or anywhere in between.

Many of the sessions will include a mix of the following:

- Meeting museum staff
- Visiting exhibitions
- Behind the scenes tours
- Handling objects
- Inspiring conversations
- Making and creating.

We also work in partnership with care homes, community organisations, NHS professionals in hospitals, day care centres, housing organisations and council commissioned services for older adults.

Look out for activities, locations and times through the Elders' Council newsletter, and on the following websites:
www.informationnow.org.uk • www.twmuseums.org.uk
or contact: Joanne Charlton, Assistant Outreach Officer
(0191) 2772297
joanne.charlton@twmuseums.org.uk

 Supporting creative public funding by
ARTS COUNCIL ENGLAND

Figura 31. Platinum Programme ofrecido en el Discovery Museum para las personas mayores de 55.

Fuente: Slow Museums. Tyne & Wear Archives & Museums

Análisis de legibilidad urbana

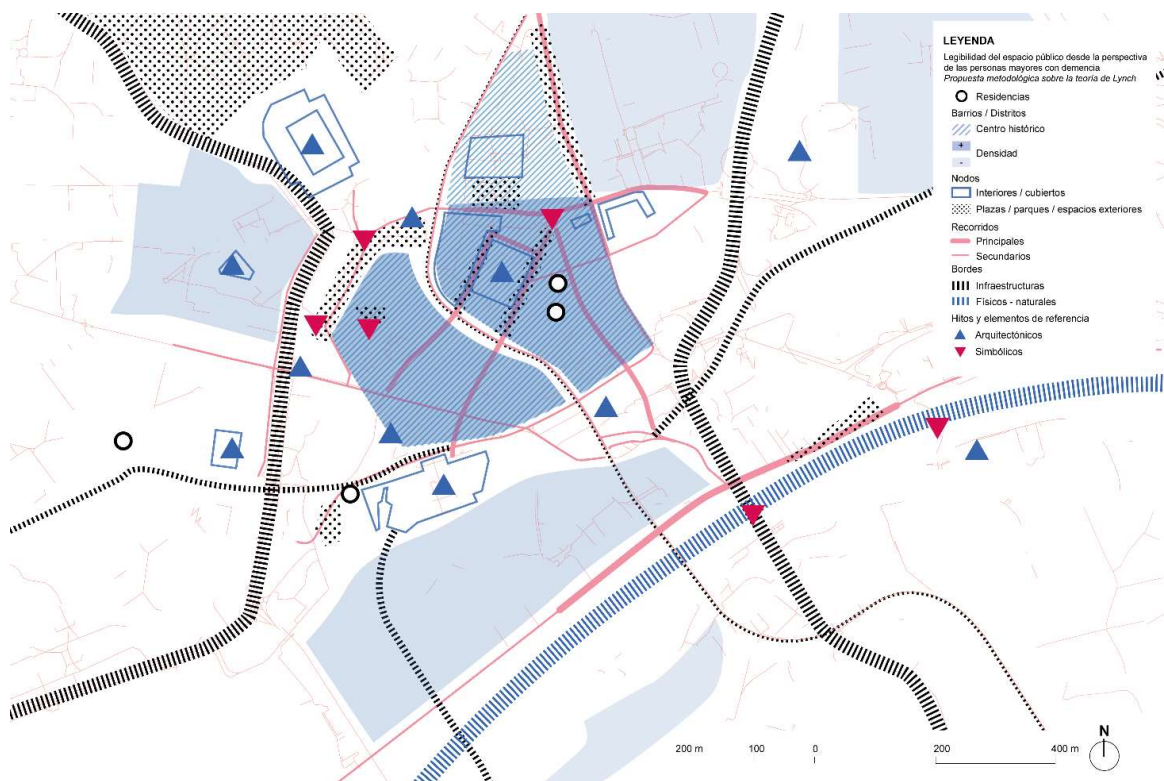


Figura 32. Esquema del centro urbano de Newcastle a partir de la teoría de Lynch. Fuente:

Elaboración propia.

El análisis del centro urbano de la ciudad a partir de los elementos identificados en la teoría de Lynch muestra una gran presencia de barreras físicas debido a importantes infraestructuras, que pueden resultar peligrosas a la hora de planificar itinerarios seguros a través de los que pasear. Las calles en fondo de saco son habituales, lo cual puede resultar confuso y frustrante a la hora de realizar un recorrido y encontrarse con calles sin salida. Por el contrario, las calles principales se distinguen perfectamente y en ellas es muy fácil orientarse, gracias a los distintos hitos existentes en la ciudad, bien monumentales o bien edificios históricos que ayudan a tener referencias diferenciadas según las calles. Por otra parte, existe también una red de postes y planos en la ciudad con indicaciones para ayudar a ubicar los distintos elementos de la ciudad.

Análisis de la entrevista a Joanne Charlton

En la siguiente tabla se presenta un resumen de las respuestas de la entrevista a Joanne Charlton, responsable del programa amigable con la demencia en el *Discovery Museum*. En el Anexo II se incluye la transcripción completa de la entrevista original transcrita en inglés.

1. ¿Podría compartir más detalles sobre el Museo Discovery y el proyecto de amigabilidad con las personas con demencia que se está desarrollando?

El proyecto que se está desarrollando en el Museo Discovery se llama *Platinum Program*. Es un programa para personas de más de 50 años, aunque tienen otros en el museo como el *Well-being Program*, orientado a personas que acceden a través de los servicios de salud mental o el *Recovery Program*, que es para personas que están recuperándose de una adicción. Se trata de actividades sobre todo trabajando distintas técnicas de reminiscencia y recordando tiempos pasados. Normalmente, Joanne Charlton sale del museo y va a distintos centros de día y residencias para trabajar con las personas mayores allí. Equipada con una maleta con distintos objetos, el principal objetivo es llevar varios objetos portátiles del museo a estos centros para establecer vínculos y confianza con las personas de los centros para que puedan ir con más confianza al museo. Así cuando las personas deciden ir al museo, ya conocen a Joanne y les resulta más familiar. Gracias al boca a boca, distintos centros de día y residencias llaman al museo para organizar este tipo de actividades, ya que resultan de gran interés para las personas mayores. Otra actividad que se desarrollaba previamente era la llamada tarde de *culture and cake*, una sesión de vista acompañada y luego una taza de té con tarta por un precio simbólico de 5 libras.

2. ¿Cómo se ha adaptado el museo a las personas con demencia? ¿Cómo se las acoge?

Otro programa que se está implementando en el museo, de forma paralela al Programa *Platinum* es el movimiento *Slow Museum*, concebido a partir de los principios de *slow shopping*. Las tiendas que pertenecen al programa *Slow Shopping* habilitan sus tiendas una tarde a la semana bajando el volumen de la música, sacando más sillas y asientos y con personal que ha recibido formación adicional en amigabilidad con personas con demencia. Así que, a partir de estos principios, se decidió adaptar la idea al propio museo: una vez al mes se reserva una tarde para que el museo esté más tranquilo, sin música, se colocan más sillas en las salas y recorridos principales y el personal que atiende ese día ha recibido formación específica para ser más sensible a las necesidades específicas de las personas mayores o personas con demencia. Estas personas han recibido un curso de formación del programa *Dementia-Friends* y gracias a ello, pueden tener algo más de confianza para interactuar con cualquier persona que pueda necesitar ayuda. También se disponen toallas en los baños para evitar el ruido de los secadores de manos, que puede resultar muy molesto para muchas personas.

3. ¿Está toda la red de museos Tyne & Wear también incluidos en este proyecto?

Existen varios museos de la red Tyne & Wear distribuidos en todo el territorio, incluyendo centros de interpretación de las fortalezas romanas, así como galerías de arte y otras temáticas variadas.

4. ¿Se ha adaptado el espacio y entorno físico del museo a las personas con demencia?

Sí, el museo cumple con los criterios de accesibilidad, los baños son también accesibles, y como elemento adicional, se han preparado materiales adaptados para las personas mayores, además de facilitarles una lupa al inicio de la visita para que puedan ver mejor los distintos objetos. También se entregan mapas adaptados para mejorar la navegación por el museo.

5. ¿Cómo comenzó este proyecto?

Joanne Charlton lleva trabajando en el *Discovery Museum* desde 2009, pero el programa se inició alrededor de 2013 – 2014. Ha sido gracias a su proactividad que el programa se ha desarrollado, ya que reconoce que disfruta mucho trabajando con las personas mayores.

En el momento de la entrevista se identificó la posibilidad de que el museo forme parte de las prescripciones del modelo social que se pretende implementar, o sea, que desde el médico de atención primaria se pueda recomendar ir al museo ante ciertos casos de aislamiento o soledad, en vez de recetar medicamentos⁷⁰.

6. ¿Se trabaja con algún tipo de terapia de reminiscencia?

Sí, las “cajas de objetos” incluyen fotografías y otro tipo de materiales como jabones antiguos o detergentes, cepillos... objetos con los que se pueden estimular distintos sentidos. Por ejemplo, una caja con arena puede desencadenar en una conversación sobre las vacaciones en la playa.

⁷⁰ *Social prescribing*. NHS. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/> Último acceso: 28/10/2022.

7. ¿Los servicios y los programas de actividades están disponibles todo el año?

No, durante las vacaciones de navidad todos los programas permanecen cerrados.

8. ¿Se trabaja con otros agentes o entidades en Newcastle con este enfoque de amigabilidad con las personas con demencia?

Sí, además de las residencias y centros de día, con los que van generándose vínculos, y la propia red de museos Tyne & Wear, también se trabaja con otras entidades, asociaciones y entidades, como *Age UK*. Por ejemplo, con *Age UK* se desarrolló un proyecto concreto con un grupo de personas mayores con demencia que se hacían llamar los *Time Travellers*. Este equipo se reunía con Joanne Charlton de forma semanal y durante las sesiones se narraban distintas épocas y se realizaban actividades relacionadas con ello. En la actualidad ya no existe el proyecto como tal, pero se ha seguido manteniendo una sesión semanal, a la espera de volver a captar financiación para continuar el proyecto de forma menos espaciada en el tiempo.

Se identifica también el *Tyneside Cinema*, pero no existe una colaboración directa. Ambos equipos saben lo que el otro hace, pero sin mayor compromiso o relación. Sí que se utiliza también el Grainger Market para desarrollar allí talleres y algunas sesiones similares a las organizadas en residencias y centros de día, y se está en contacto con el equipo del Ayuntamiento de Newcastle, que es quien ha habilitado el puesto del mercado en el Grainger Market. En este entorno del mercado, resulta de gran interés preparar recorridos por el mercado para que las personas puedan acordarse de cómo iban a comprar a este espacio hace décadas.

Tabla 14. Resumen de las respuestas a la entrevista semiestructurada a Joanne Charlton. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

Durante la estancia de investigación en Newcastle-upon-Tyne se han identificado numerosos proyectos para sensibilizar y crear una ciudad más amigable con la demencia. No solo se han identificado algunos programas promovidos a nivel municipal, sino que hay un ecosistema de agentes que desarrollan proyectos de innovación en todos los sectores: vivienda, diseño industrial, tecnología, innovación y participación social, programas culturales, servicios de cuidados, etc. Un ecosistema diverso y variado donde diversos agentes trabajan en mejorar la calidad de vida de las personas mayores con demencia con un enfoque holístico y centrado en la integración y la inclusión a través de actividades normalizadas.

La relación entre la Universidad y el Centro de Innovación en Envejecimiento (*National Innovation Centre Ageing*, NICA) con las personas mayores y pacientes ha adquirido gran importancia a nivel internacional y esta sinergia ha dado lugar a un espacio de innovación

integrado en la ciudad. Esta sinergia resulta de gran interés como aprendizaje a nivel internacional, donde los principales programas de promoción de la salud y de convocatorias buscan la participación, implicación e impacto en pacientes y personas mayores. Resulta interesante ver cómo las personas mayores de Newcastle, agrupadas bajo la asociación *Elders Council of Newcastle*, han sido agentes proactivos en dar ideas, desarrollar y colaborar en varios de los proyectos presentados.

El análisis de la ciudad muestra la variedad de usos y concentración de actividades innovadoras en el centro urbano y la utilización de edificios históricamente reconocibles en la ciudad. A pesar de que se identifican importantes barreras a causa de las infraestructuras viarias o ferroviarias, la ciudad está progresivamente adaptando los espacios públicos para mejorar su accesibilidad física y cognitiva, con elementos urbanos específicos o intervenciones en los espacios públicos para eliminar el espacio dedicado al vehículo privado.

La entrevista realizada a Joanne Charlton muestra el nivel de sensibilización generalizado en la sociedad hacia las personas con demencia. A través de redes y encuentros formales e informales promovidos por distintas personas y entidades, existe una conciencia sobre la demencia que se traduce en proyectos de innovación e inclusión social en entornos normalizados como son los museos, los supermercados, el cine o el mercado municipal. Recientemente, se ha publicado un informe sobre la terapia de compras, cuyo objetivo es precisamente la promoción de buenas prácticas para adaptar los servicios habituales a las personas con demencia (ILC-UK, 2022)⁷¹.

En este caso de estudio, se decidió no visitar residencias en esta localidad, porque no se había identificado ningún proyecto especialmente relevante en cuestiones de diseño o de innovación en este sector. En la actualidad, el proyecto más relevante de viviendas inclusivas, *Future Homes*, está siendo desarrollado en colaboración con Rose Gilroy y *The Elders Council of Newcastle*, proyecto que se detalla y desarrolla en el capítulo “8. Framework for inclusive residential projects for all: further research lines” del libro “Urban

⁷¹ El hacer la compra o ir de tiendas se ha acuñado como *terapéutico* en el informe “Retail therapy Helping people with dementia enjoy spending” Fuente: International Longevity Centre (2022). Disponible en: <https://www.housinglin.org.uk/Topics/type/Retail-therapy-Dementia-and-spending/> Último acceso: 28/10/2022.

design and planning for age-friendly environments across Europe: North and South perspectives” editado por la autora (Gilroy, 2022).

4.5.2. Proyecto CASCADE (Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe): Harmonia Village (Dover)

Introducción

*Harmonia Village*⁷² es el primer proyecto de “dementia-village” en Reino Unido (Lennon, 2019). Se trata de un proyecto de regeneración urbana en Dover en unas viviendas abandonadas que eran antiguamente propiedad del hospital próximo, el hospital Buckland (East Kent Hospitals University NHS Foundation Trust). Dover, ubicada en el condado de Kent, es una ciudad costera donde se ubica el mayor puerto del canal de la Mancha en Inglaterra y cuenta con una población de 45.100 habitantes⁷³. El objetivo del proyecto es crear un nuevo modelo de residencia para personas con demencia, a partir de la inspiración del proyecto *De Hogeweyk* en los Países Bajos e incorporando sensores para la monitorización y ofrecer un mayor apoyo para que las personas que viven con demencia puedan permanecer integradas en su comunidad y mejorar su calidad de vida y bienestar. *Harmonia Village* es uno de los pilotos del proyecto CASCADE (Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe)⁷⁴, un proyecto de innovación europeo creado por un consorcio internacional multidisciplinar.

Contexto y entorno inmediato de *Harmonia Village*

Las viviendas están situadas en una calle en fondo de saco, a continuación de varias viviendas de características similares, y en las proximidades del Hospital de Buckland. El entorno de los alrededores es un barrio más bien a las afueras de Dover. Existen numerosos talleres y polígonos industriales y durante la visita se observaron varios edificios en construcción. Existe otra residencia en un bloque en la calle principal antes

⁷² Harmonia Village (2020). Disponible en: <https://www.harmoniavillage.org.uk/> Último acceso: 28/10/2022.

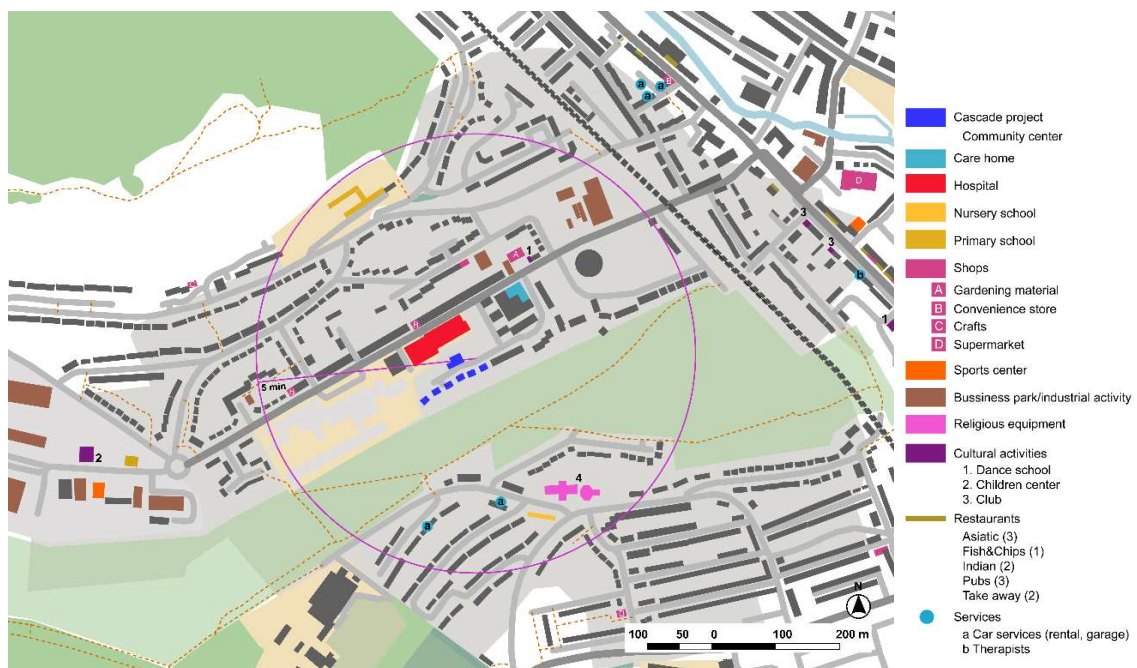
⁷³ *CityPopulation*. Disponible en: <https://www.citypopulation.de/en/uk/southeastengland/> Último acceso: 28/10/2022.

⁷⁴ Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe (CASCADE, 2017). Disponible en: <https://www.interreg2seas.eu/en/cascade> Último acceso: 28/10/2022.

de acceder al callejón donde se ubica *Harmonia Village*, y se identifican algunas tiendas. A pesar de todo, la zona tiene una gran presencia de naturaleza y está rodeada de una zona natural impenetrable, debido al fuerte desnivel.

El acceso principal se realiza por una verja para una mayor seguridad, evitando que las personas residentes salgan y para control en los accesos. Al acceder se entra al centro comunitario, donde se ubican los servicios comunes para todas las personas residentes y el personal trabajador. Este centro tiene varios salones para organizar talleres y actividades abiertas a la comunidad. Asimismo, dispone de una cafetería abierta a visitantes, familiares y residentes, así como espacios para el descanso para no residentes y cuidadores.

El resto de *Harmonia Village* son las 6 viviendas rehabilitadas a partir de 12 viviendas adosadas. Cada una de ellas tiene 5 habitaciones individuales para los residentes, un salón y una cocina. Toda la vivienda es accesible, con mobiliario adaptado, baños geriátricos de grandes dimensiones, y un ascensor que conecta la planta baja y la primera.



Los cinco conceptos que articulan el proyecto y que son compartidos por todos los socios del proyecto son: poner el foco en las capacidades y deseos individuales de la persona;

proveer de un cuidado personalizado de forma holística; proveer de oportunidades para desarrollar una vida con sentido y significado; promover una visión positiva de la demencia en la comunidad y sociedad; y crear un entorno seguro para una vida independiente integrada en la comunidad.



Figura 34. Esquema ilustrado sobre la reflexión de cómo es la vida en Dover en la actualidad y cómo el nuevo centro en Harmonia Village puede promover una ciudad más inclusiva y amigable con la demencia. Fuente: Harmonia Village.

Residencia Harmonia Village	
Ubicación	
Ciudad	Dover (Inglaterra, Reino Unido)
Año de construcción de la residencia actual	2017, inauguración en 2020
Distancia al centro urbano	2 km (25 mins a pie)
Tipo de equipamiento	Residencia de larga estancia para personas con demencia
Gestión	
Nombre de la institución	East Kent Hospitals
Tipo de organización	NHS (Servicio Nacional de Salud)
Perfil de los residentes	Personas con demencia (diferentes estadios)
Número de residentes	5 personas / vivienda, 30 residentes
Inversión	No encontrado.
Edificio	
Área del sitio	6.700 m ² (aprox.)

Viviendas	6 unidades, cada una de ellas está formada por 2 viviendas adosadas preexistentes unidas
Área de la Vivienda	200 m ²
Servicios que ofrece el centro	Centro comunitario con cafetería, cocina central, salones y estancias para desarrollo de actividades y talleres.

Tabla 15. Resumen de características del estudio de caso Harmonia Village. Fuente: elaboración propia.

Visita – análisis ambiental

La visita se desarrolló durante la mañana del 4 de febrero de 2020. La visita se realizó en una jornada de puertas abiertas, guiada por una auxiliar de enfermería del centro. La entrevista a Henry Quinn se desarrolló en el comedor de una de las viviendas. A continuación, se recogen los elementos y aspectos más relevantes en el diseño del entorno físico y las principales percepciones.



Figura 35. Plano general de Harmonia Village. Fuente: elaboración propia a partir de plano de proyecto de HMY.

Selección de fotografías



Fotografía 1. La calle principal para llegar a *Harmonia Village* presenta una pendiente muy inclinada, con presencia de numerosos vehículos.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 2. Foto aérea del conjunto. En primer plano, el nuevo centro comunitario y al fondo las viviendas. Se aprecia la continuidad con las viviendas del resto de la calle.

Fuente: HMY architects



Fotografía 3. El acceso principal es una calle tranquila en fondo de saco, con un aparcamiento al lado de la entrada principal. Varias de las viviendas avanzan antes de la puerta de entrada, separadas por una verja metálica. No hay aceras como tal, el espacio inmediato permite la circulación de vehículos. La escala de las viviendas y el nuevo edificio está integrada con el entorno, manteniendo la estética en la rehabilitación de las viviendas.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 4. Existe un aparcamiento de bicicletas en la zona del aparcamiento para promover la movilidad sostenible. Fuente: autora, 2020.



Fotografía 5. El diseño de la calle y del espacio público se ha mantenido como cualquier otra calle de Dover, manteniendo el espacio dedicado a la circulación de coches. El día de la visita, había vehículos aparcados en el recinto interior que normalmente no estacionarán dentro. Fuente: autora, 2020.



Fotografía 6. El camino de entrada principal a cada una de las viviendas no es accesible, aunque hay una entrada en la parte trasera de la vivienda que sí cumple los parámetros de accesibilidad. Fuente: autora, 2020.



Fotografía 7. La rehabilitación de las viviendas ha mantenido la estética original, integrada en el entorno.
Fuente: autora, 2020.



Fotografía 8. Enfrente de las 6 viviendas se ha construido un nuevo centro comunitario para la centralización de algunos servicios, como la cocina, despachos, salas comunes para visitantes y residentes y cafetería.
Fuente: autora, 2020.



Fotografía 9. Existe una terraza en la primera planta y una pequeña zona exterior en la parte trasera, vinculada a una zona verde estancial para el desarrollo de futuras actividades, incluyendo huertos y granja urbana.
Fuente: autora, 2020.



Fotografía 10. *Harmonia Village* cuenta con las 6 viviendas además de un centro comunitario abierto para la realización de actividades, talleres y un servicio de cafetería para visitantes, invitados, residentes, cuidadores y personal trabajador.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 11. Las viviendas disponen de un ascensor completamente accesible para sillas de ruedas.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 12. Las habitaciones son amplias, equipadas con cama, mesita, sillón, televisión y muebles de almacenamiento

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 13. Se han instalado distintos sensores y dispositivos para la monitorización de los residentes. En la mesita se puede observar uno de los dispositivos de asistente virtual. Fuente: autora, 2020.

Tabla 16. Selección de imágenes de la visita a Harmonia Village. Fuente: elaboración propia.

La visita se realizó a principios de febrero, en invierno, en una jornada de puertas abiertas, antes de la inauguración del centro, por lo que no pudo visitarse en una jornada normalizada con las personas viviendo allí. Durante la visita, se coincidió con numerosos visitantes que venían a ver las viviendas para informarse de los servicios y funcionamiento del nuevo equipamiento.

Análisis de legibilidad urbana

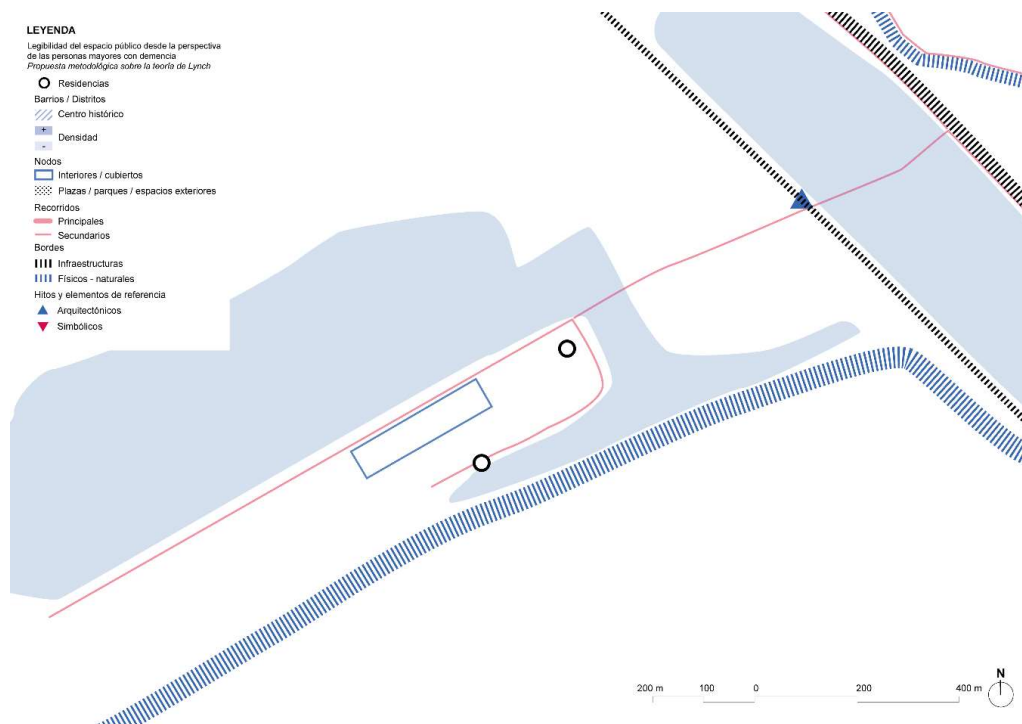


Figura 36. Esquema del entorno próximo a Harmonia Village a partir de la teoría de Lynch. Fuente: Elaboración propia.

El análisis del entorno circundante del centro *Harmonia Village* basado en los elementos identificados en la teoría de Lynch muestra una ausencia de diversidad de elementos. *Harmonia Village* se ubica en una calle de fondo de saco rodeada por una zona de vegetación densa e importantes desniveles, que suponen una barrera natural. La conectividad con el centro urbano no resulta evidente, ya que la única calle de conexión tiene que atravesar la infraestructura ferroviaria, que aunque puede resultar la única referencia clara en el entorno, el recorrido no resulta accesible ni seguro para las personas mayores.

Análisis de la entrevista a Henry Quinn

A continuación, se presenta un resumen de las respuestas de la entrevista a Henry Quinn. En el Anexo II se incluye la transcripción completa de la entrevista original en inglés.

1. ¿Cuál es la base del proyecto CASCADE y quién forma parte del equipo del consorcio?

El proyecto CASCADE (*Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe*) es un proyecto ganado en convocatoria competitiva en el marco del programa *Interreg 2 Seas Mers Zeeën* (2017-2023)⁷⁵, cuyo eje prioritario es la innovación social y la tecnología. El consorcio está formado por 9 equipos internacionales (Reino Unido, Bélgica, Países Bajos y Francia) que desarrollan el proyecto y 6 equipos supervisores (Bélgica, Países Bajos y Francia). Se trata de un equipo multidisciplinar, con centros sociosanitarios, universidades y centros y redes de expertos en cuidados y demencia.

La idea principal del proyecto surgió de la inspiración en *De Hogeweyk* en los Países Bajos. Conocían desde hace años este proyecto, pero el replicar todos los servicios dentro de un centro resulta muy caro, además de que genera un aislamiento respecto de las personas que viven dentro del centro y la comunidad. También les interesaba la regeneración urbana, desde el punto de vista de reutilizar un edificio abandonado, por ejemplo y darle un nuevo uso. Así surgió la idea.

2. ¿Cuántas ‘villas demencia’ (*dementia village*) se van a construir?

Harmonia Village en Dover es el único proyecto de *dementia village* que se va a desarrollar dentro del marco de este proyecto. Existe otro proyecto ejecutado en Rochester, *Harmony House*, que es parte también del proyecto, pero éste se trata solo de un centro de descanso para estancias de corta duración.

⁷⁵ *Interreg 2 Seas Mers Zeeën* (Interreg Europe, n.d.). Disponible en: <https://www.interreg2seas.eu/en> Último acceso: 28/10/2022.

3. ¿Por qué este tipo de modelo puede ofrecer una mayor calidad de vida para las personas con demencia?

El proyecto busca dar mayor calidad de vida para personas con demencia al mismo tiempo que evaluar el impacto económico que un proyecto de este tipo tiene en su entorno de proximidad. Por ello, todos los proveedores seleccionados para la construcción, la tecnología o los servicios son locales.

Los servicios actuales para personas con demencia no satisfacen las necesidades de la población y tampoco ofrecen un cuidado adecuado. Destaca que normalmente una vez que llegas a una residencia común, sueles progresivamente dejar de realizar actividades, se busca más la seguridad que el hecho de que la persona mantenga sus capacidades remanentes. Comenta que, si cualquiera de nosotros nos pasásemos sentados sin hacer nada la mayor parte del día, enfermaríamos pronto por la falta de actividad y estímulos. En *Harmonia Village* se ha pretendido crear un entorno seguro, utilizando la tecnología para fomentar que la persona pueda hacer lo que quiera libremente con cierta seguridad. También enfatiza el problema de la burocratización de todos los procesos. Pone un ejemplo: 'si una persona se cae, la enfermera se pasará un día entero documentando las causas de la caída, los motivos, riesgos, etc.'. Se necesita encontrar un equilibrio para gestionar los posibles riesgos sin limitar lo que quiere hacer la persona. La tecnología que se testeará en *Harmonia Village* pretende recoger toda la información que normalmente cualquier cuidadora, auxiliar o enfermera debería reportar a diario. De esta forma, el tiempo puede invertirse en cuidar a la persona residente.

4. ¿Cuál fue la motivación o justificación principal para que el proyecto *Harmonia Village* se desarrollara en esta zona de Dover?

Las 12 viviendas que componen *Harmonia Village* se sitúan detrás del hospital NHS de Dover. Llevan años abandonadas y desde hace tiempo Henry ha tenido en mente aprovecharlas para algún uso o servicio en la comunidad. Henry destaca que el objetivo principal del proyecto es hacer uso de las oportunidades de un lugar, sin que necesariamente reúnan todos los servicios o requerimientos ideales.

Idealmente, si el proyecto demuestra ser sostenible, lo ideal sería que pudiera desarrollarse en todo el país, cambiando el modelo de cuidados.

5. ¿Es un centro de larga estancia? ¿Las personas residentes pueden salir del centro? ¿La población de Dover puede acceder libremente al centro y utilizar sus equipamientos o servicios?

Sí, será una residencia de larga estancia principalmente, excepto 6 plazas para invitados. Las personas residentes no pueden salir del centro, pero pueden pasear por todo el entorno. Intentaron desarrollar un sistema de *geofencing* pero era muy difícil poder integrarlo, porque las personas no sabrían utilizarlo, por lo que se decidió instalar un vallado perimetral.

6. ¿Cuáles fueron los principales criterios de diseño para adaptar el espacio público exterior?

Se ha mantenido el mismo criterio de diseño que cualquier otra calle o espacio público de la ciudad.

No se han considerado elementos específicos porque el objetivo principal es naturalizar al máximo la imagen del centro. Por supuesto, la accesibilidad sí está asegurada en todos los recorridos y mediante ascensores dentro de las viviendas.

7. ¿Se ha tenido en cuenta alguna guía de diseño o principios de diseño para el desarrollo del proyecto? ¿Qué tipo de criterios o recomendaciones de diseño se tuvieron en cuenta para la decoración y distribución del espacio interior? ¿Se contrató a un estudio de arquitectura especializado en este tipo de proyectos o el equipo aprendió durante el proceso? ¿Tenían conocimientos de diseño adaptado a personas con demencia?

No. El objetivo principal era hacer uso de los recursos locales, por lo que se eligieron empresas, tanto el estudio de arquitectura como la constructora y proveedores con sede local o de proximidad. Se escogió un equipo que tenía algo de formación sobre el tema, pero no especialmente. Lo que evitaban era precisamente generar un entorno basado en guías de diseño estandarizadas. Henry Quinn pone el ejemplo de la paleta de colores, destacando que nadie tendría la paleta de colores que normalmente aparece en las guías en su propia vivienda. Por lo que han intentado normalizar y adaptar todo a su criterio, aunque realizando muchos talleres y grupos de discusión, en los que participaron personas con demencia, familiares, cuidadores, fisioterapeutas, enfermeros/as y cuidadores, terapeutas ocupacionales, médicos de atención primaria (GPs), etc.

8. ¿Cuál es el perfil de los/as cuidadores/as?

Normalmente son enfermeras, terapeutas ocupacionales, limpiadoras, asistentes sanitarios y también el equipo de control. Hay también fisioterapeuta u otros servicios si es necesario.

9. ¿Cuántas personas viven en *Harmonia Village*? ¿Cómo se coordinan las tareas? ¿Cuál es el nivel de interacción con la comunidad? ¿Qué tipo de actividades se desarrollan? ¿Existe algún otro equipamiento en las proximidades?

Cada una de las 6 viviendas dispone de 5 habitaciones. Originalmente eran 12 viviendas unifamiliares adosadas y se han unido de dos en dos, para poder crear espacios comunes más amplios, además de un ascensor para salvar la escalera a la primera planta para aquellas personas con movilidad reducida. Además, existen 6 plazas para estancias de corta duración. Son un total de 30 plazas.

Por otra parte, el proyecto está comenzando a desarrollarse, por lo que aún tienen que testear muchas cosas y aprender de la práctica. Además, Henry Quinn comparte que lo que vieron en cuanto a organización por estilos de vida en *De Hogeweyk* les pareció poco inclusivo y que en Reino Unido estaría mal visto organizar a las personas por 'clase', por lo que prefieren ir caso a caso para poder ofrecer a la persona recién llegada la habitación y el grupo de residentes que más alineado esté con sus preferencias y perfil.

10. ¿Se han considerado parámetros como el confort (temperatura, iluminación) como criterios de diseño?

No. Lo que querían evitar era que las personas residentes estuvieran pulsando botones o interruptores continuamente. Por ello, se desarrollaron grupos focales donde participaron cuidadores de personas con demencia, profesionales sociosanitarios... y se decidió crear un entorno lo más

natural y familiar posible. Pero a la hora de elegir las instalaciones, el criterio principal fue el presupuesto. Existe una instalación de climatización muy eficiente, pero no se tuvieron en cuenta otras consideraciones más específicas.

11. ¿Qué otros elementos se han considerado en el espacio público? Zonas verdes, colores, bancos, mobiliario...

Todavía no se ha ejecutado el proyecto de paisajismo, pero lo que se quiere mantener es una imagen de calle habitual, sin recrear nada de forma artificial.

12. ¿El centro es accesible y está bien conectado con el transporte público?

Sí, hay una parada de autobús al final de la carretera.

13. ¿Se tomarán datos de las personas que viven en *Harmonia Village*? ¿Qué tipo de datos? ¿Se realizarán estudios para investigar parámetros de diseño y datos de salud?

Los sensores previstos medirán la ingesta de líquidos, la frecuencia para ir al baño, la calidad del sueño... Las personas residentes podrán ser monitorizadas con un reloj que reconozca a la persona y que mida las actividades que realiza: sus movimientos, distancias recorridas, cómo son sus pasos, tropiezos, a dónde han ido, las caídas, la calidad y duración del sueño... Por otro lado, las enfermeras tomarán datos como la presión arterial, el peso, el contenido de oxígeno en sangre, la temperatura... toda esta información podrá descargarse también para analizar correlaciones entre distintos factores. Después de dos semanas de monitorización, un sistema de inteligencia artificial puede parametrizar las rutinas "normales" y los datos de salud de una persona, por lo que, si existen desviaciones y motivos de alerta, puede notificarlas. Las enfermeras también pueden establecer ciertas reglas y parámetros de ajuste a partir de la información analizada, por lo que el modelo predictivo cada vez resultará más fiable.

Los sensores también registran el ruido o el tono de voz de cada persona y sus posibles variaciones, por lo que, si existen episodios de ansiedad o agitación, también se pueden monitorizar.

Esta monitorización permite que la persona pueda realizar lo que quiera sin necesidad de que la enfermera tenga que estar constantemente verificando que está bien y solo acudir en caso de alarma. Por otra parte, también resulta tecnología de apoyo. Por ejemplo, para tener un registro de la música que le gusta a una persona y no depender exclusivamente de la auxiliar o la enfermera para recordar los gustos personales. La persona podría simplemente decir 'pon música' y sonarían canciones que para ella fueran relevantes.

14. ¿Consideraría que Dover es una ciudad amigable con la demencia?

Dover es una ciudad que está progresivamente desarrollando su estrategia de "ciudad amigable con la demencia". De hecho, forma parte de esta red y existen varios servicios cerca de la zona que son "dementia-friendly". Se organizan numerosas reuniones para ir desarrollando distintas iniciativas y acciones. Por el momento, se han centrado mucho en adaptar la oferta turística, como el castillo o agencias... Es una red muy interesante para buscar sinergias con otros colectivos.

15. ¿Cuál sería el modelo ideal de una ciudad amigable con la demencia?

Para Henry Quinn la clave está en la integración de las personas con demencia en la sociedad, en la actividad y rutina diaria de una ciudad, así como la utilización de recursos y servicios de la comunidad para poder optimizar los costes de los centros, y, por tanto, de los cuidados. Para él, los nuevos modelos residenciales para personas con demencia han de estar situados en un entorno urbano habitual, integrado con otros edificios residenciales y una oferta de servicios variada, de forma que las personas que tengan un menor deterioro cognitivo puedan seguir saliendo y disfrutando de su entorno habitual. Por otra parte, los nuevos equipamientos han de ofrecer también actividades, espacios o servicios a la comunidad, para ser un polo de atracción de familiares, amistades y personas voluntarias, sobre todo. Sin embargo, hay que tener presente la necesidad de disponer de un entorno seguro para que las personas puedan deambular y moverse con seguridad, asumiendo cierto riesgo, ya que es mucho más saludable para ellas que se muevan y sientan con libertad de movimiento que estar quietas y sentadas.

Por otra parte, Henry Quinn destaca la importancia de optimizar los recursos a todos los niveles. En primer lugar, aprovechar infraestructuras y espacios en la ciudad sin uso o infrautilizados para generar valor añadido y para poder hacer frente a los costes derivados de los cuidados, reduciendo el coste de una edificación nueva. En segundo lugar, haciendo uso de la tecnología sobre todo para reducir el tiempo de administración y burocracia de los personales de los cuidados, para que puedan disponer de más tiempo para dar una atención de mayor calidad. Por último, centrarse en lo que las personas todavía pueden hacer y crear espacios normalizados, sin que la seguridad sea el único objetivo de diseño.

Tabla 17. Resumen de las respuestas a la entrevista semiestructurada a Henry Quinn. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

El proyecto CASCADE es un proyecto de innovación cuyo principal objetivo es generar un nuevo modelo de residencia para personas con demencia. Para ello, el proyecto investigará el impacto económico, la calidad de vida y las relaciones con la comunidad de esta experiencia piloto. Se trata de un proyecto internacional para la innovación e investigación de la sostenibilidad de los programas de cuidados para la atención centrada en la persona, para la promoción de la autonomía y calidad de vida de las personas.

La integración de la tecnología como apoyo para la monitorización, asistencia y automatización de procesos administrativos promete mejorar la calidad de vida de las personas, al mismo tiempo que reducir las tareas burocráticas de las auxiliares y

enfermeras, de forma que puedan ofrecer mejores cuidados y atención a las personas residentes.

Se han aprovechado edificios existentes para su rehabilitación y desarrollo de un nuevo programa piloto de residencia de larga estancia para personas con demencia.

La estructura urbana carece de diversidad, así como de espacios de convivencia en las proximidades, que faciliten la interacción social fuera del propio espacio del centro. El espacio público no cumple con criterios de accesibilidad, ni elementos de apoyo físico o de ayuda a la orientación.

Si bien *Harmonia Village* se sitúa en una zona urbana, se pueden encontrar algunos elementos que llaman la atención a la hora de integrar a las personas residentes en la comunidad de una forma activa. En primer lugar, la calle de acceso a la puerta de entrada no es accesible y no existen tiendas ni servicios en el entorno más próximo (< 300 m), lo cual es posible que condicione las salidas al exterior caminando (entendiendo que irían con acompañantes). También se destaca que el espacio urbano ha sido tratado como un espacio “más” de la ciudad, pero no se tienen en cuenta criterios como la reducción de la presencia del vehículo privado en el espacio público, accesibilidad universal o la integración de las verjas en un diseño paisajístico que las disimulen. No se identificó tampoco una apropiación de los espacios exteriores por las personas residentes debido a que el proyecto acababa de ser inaugurado y no ha sido posible evaluarlo durante la visita.

4.5.3. Proyecto CASCADE: *Harmony House* (Rochester)

Introducción

Harmony House es un nuevo servicio de *Medway Community Healthcare* (MCH) en Rochester. Se trata de un proyecto de nueva construcción próximo al centro *ourZone*, un centro sociosanitario preexistente con el que se establecen sinergias para el aprovechamiento de recursos y facilidades existentes. Rochester tiene una población de 66.926 habitantes⁷⁶, está ubicada al este de Londres, en la desembocadura del río Medway. En concreto, *Harmony House* es un nuevo modelo residencial de estancias

⁷⁶ *CityPopulation*. Disponible en: <https://www.citypopulation.de/en/uk/southeastengland/> Último acceso: 28/10/2022.

cortas para personas con demencia y familiares o cuidadores, cuyo objetivo principal es la rehabilitación o el descanso, haciendo uso de los recursos de la comunidad y favoreciendo la integración de las personas con demencia. Al igual que *Harmonia Village*, forma parte del proyecto europeo CASCADE (*Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe*)⁷⁷.

Providing pre-booked respite care for your loved ones at a time to support you.

A brand new care concept

- We are all about supporting independence and choice.
- Trained staff available to support people to live their lives the way they want to.
- Encouraging people to explore their community with local amenities nearby.
- Activities available in ourZone.

Respite care that you can book in advance

You want to know that you have a safe environment available for your loved one so that you can have a break and know that you can book holidays/breaks in advance.

Call 01634 471112 or email medch.harmonyhouse@nhs.net to arrange to see the facilities available at the guesthouse.



Jo Wood – Guesthouse Manager
Joanne.wood2@nhs.net



Figura 37. Nuevo concepto de centro de respiro en Rochester. Fuente: Medway Community Healthcare.

Contexto y entorno inmediato de *Harmony House*

Harmony House se sitúa en una zona principalmente residencial en un barrio en las afueras de Rochester hacia el sur del centro de la ciudad. Sobre el mapa se identifican zonas verdes y parques próximos, así como varios centros educativos de distintos niveles y otra residencia para personas mayores, y a lo largo de la calle principal, una peluquería, un supermercado pequeño, un par de pubs y una iglesia. El entorno es el típico paisaje residencial anglosajón, con numerosas calles en fondo de saco, dando acceso a varias viviendas, y callejones que conectan internamente distintos puntos del barrio.

⁷⁷ *Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe* (CASCADE, 2017). Disponible en: <https://www.interreg2seas.eu/en/cascade> Último acceso: 28/10/2022.

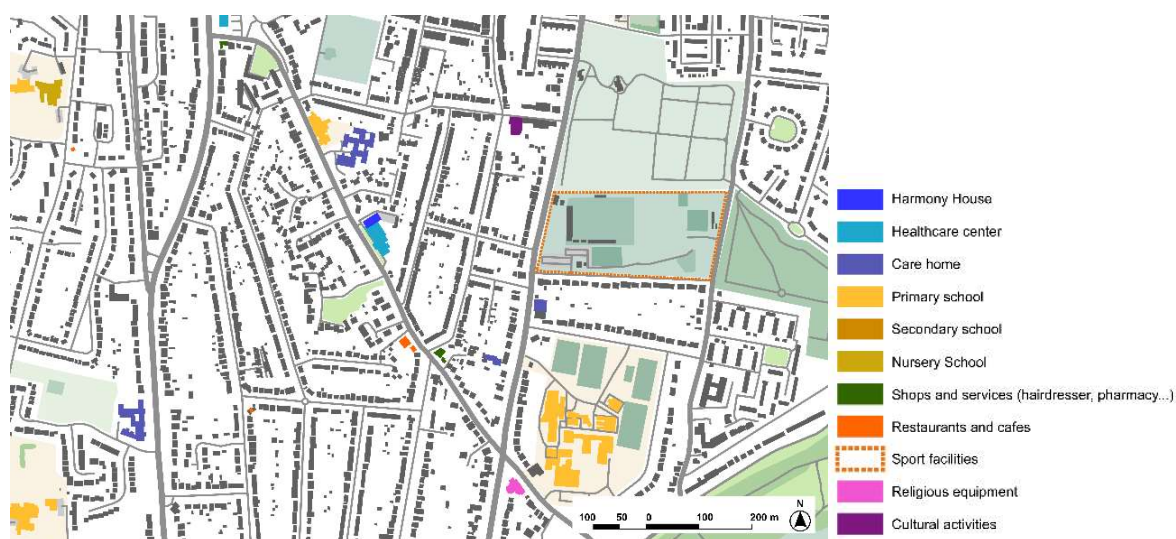


Figura 38. Entorno del centro de respiro Harmony House en Rochester. Fuente: Elaboración propia.

El centro *Harmony House* es contiguo al centro sanitario *ourZone*, sin embargo, el acceso principal a *Harmony House* se realiza por el interior de la parcela, siendo poco evidente la entrada desde la calle principal.

Centro de respiro <i>Harmony House</i>	
Ubicación	
Ciudad	Rochester (Inglaterra, Reino Unido)
Año de construcción del centro	2017, inauguración en 2019
Distancia al centro urbano	2,4 km (35 mins a pie)
Tipo de equipamiento	Centro de respiro para estancias cortas, para personas con demencia y cuidadores
Gestión	
Nombre de la institución	Medway Community Healthcare (MCH)
Tipo de organización	NHS (Servicio Nacional de Salud)
Perfil de los residentes	Personas con demencia (diferentes estadios)
Número de residentes	20 plazas en total
Inversión	12.573.153,15 €
Edificio	
Área del sitio	6.700 m ² (aprox.)
Viviendas	No aplica.
Servicios que ofrece el centro	Habitaciones con zonas comunes para ocio y cocina equipada. La sinergia con el centro contiguo <i>ourZone</i> permite utilizar otros servicios (gimnasio, peluquería y recursos tecnológicos).

Tabla 18. Resumen de características del caso de estudio *Harmony House*. Fuente: elaboración propia.

Visita – análisis ambiental

La visita se desarrolló durante la mañana del 11 de febrero de 2020 y la entrevista a Samantha Robinson se realizó en la cocina-comedor del centro. A continuación, se recogen los elementos y aspectos más relevantes en el diseño del entorno físico y las principales observaciones.

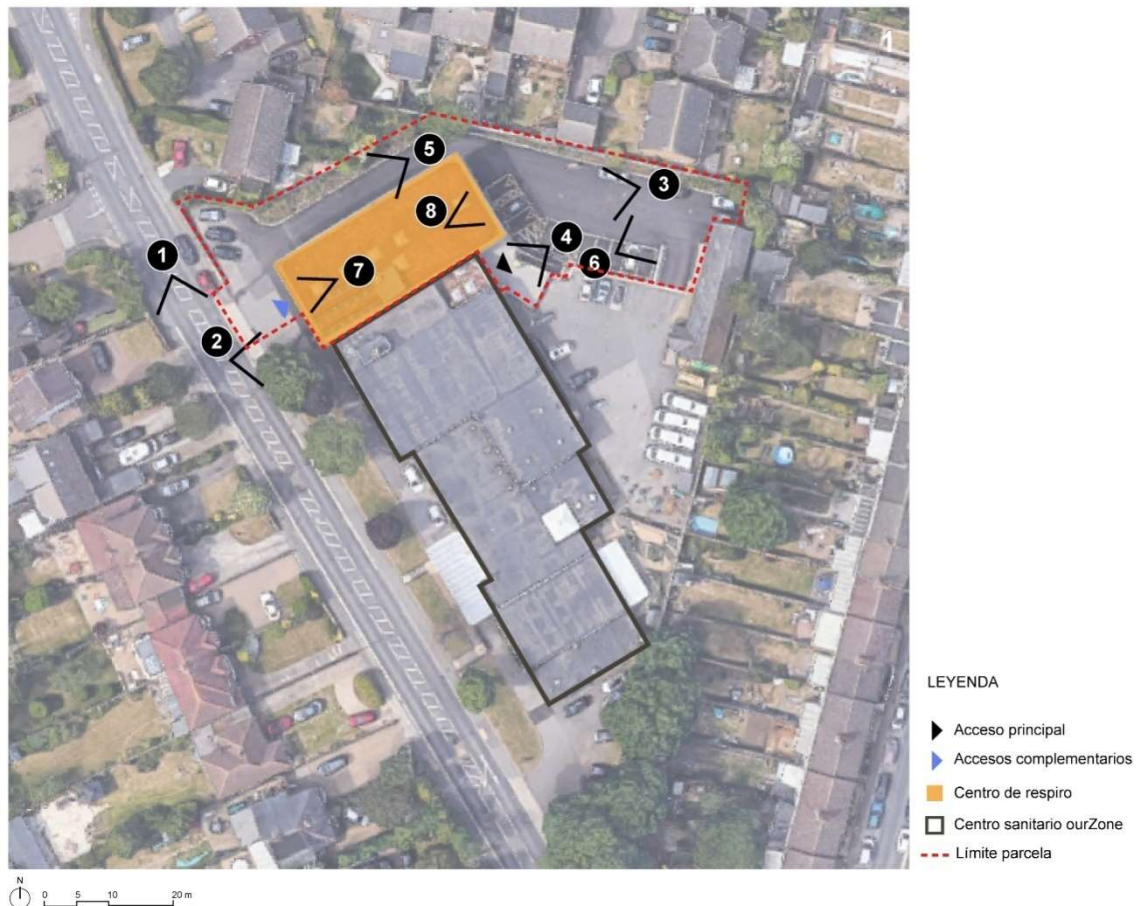


Figura 39. Plano general de la parcela de Harmonia Village. Fuente: elaboración propia a partir de Google Maps.

Selección de fotografías



Fotografía 1. En la calle principal para acceder a *Harmony House* se identifica una gran presencia del vehículo privado, estando ubicada en una zona principalmente residencial de baja densidad.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 2. Entrada principal del centro anejo *ourZone* y el edificio *Harmony House* a la izquierda.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 3. El acceso principal a *Harmony House* se realiza por la parte trasera del edificio, debiendo entrar por un callejón lateral. El diseño muestra la preferencia del vehículo privado, identificando varias plazas de aparcamiento enfrente de la entrada y próxima al arranque de la escalera y rampa que salvan el desnivel existente.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 4. La entrada principal al edificio. Se observa que está situada por encima de la cota del aparcamiento y que no existe un recorrido específico reservado para las personas a pie. Fuente: autora, 2020.



Fotografía 5. Las zonas ajardinadas se limitan a algunos parterres en la urbanización. Fuente: autora, 2020.



Fotografía 6. Límites perimetrales de la parcela. Fuente: autora, 2020.



Fotografía 7. Pasillo principal, la puerta del fondo da a la calle principal de entrada a la parcela, las puertas se han customizado para que parezcan puertas de vivienda y las barandillas acompañan todo el recorrido.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 8. Zona de descanso y para visitas, con sillones, futbolín, librería, juegos de mesa y televisión. Originalmente era una habitación, pero en las primeras semanas tras la inauguración se dieron cuenta tras hablar con distintas personas de que una zona para visitas y sala estancial de encuentro era necesaria.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 9. Habitación individual equipada con cama, mesita, mesa con televisión, armario y tecnología integrada.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 10. Habitación doble equipada con cama, mesita, hervidor de agua, mesa con televisión, armario y tecnología integrada.

Fuente: autora, 2020.

Tabla 19. Selección de imágenes de la visita a Harmony House. Fuente: elaboración propia.

La visita se realizó a principios de febrero, en invierno, tras 3 meses de la inauguración del centro, con lo que el centro todavía no se había dado a conocer lo suficiente (octubre 2019). Durante la visita, no se coincidió con ningún residente o familiar, solo con personal trabajador.

Análisis de legibilidad urbana



Figura 40. Esquema del entorno inmediato de Harmony House, a partir de la teoría de Lynch. Fuente: Elaboración propia.

El análisis del entorno alrededor del centro de respiro *Harmony House* muestra una jerarquía muy clara del viario, que por su sección y diseño constituye más una barrera de comunicación entre las distintas áreas de la zona. Las calles secundarias no tienen una jerarquía evidente, pero son más tranquilas, a pesar de que están diseñadas con una clara presencia del vehículo privado en ellas. Sorprende la cantidad de equipamientos educativos de gran escala ubicados en esta área, así como la presencia de varias residencias de mayores. A lo largo de la calle principal que conecta con los servicios de la zona se identifican hitos y nodos que pueden constituir puntos de referencia en la trama urbana, pero no existe gran diversidad.

Análisis de la entrevista a Samantha Robinson

A continuación, se presenta un resumen de las respuestas de la entrevista a Samantha Robinson. En el Anexo II se incluye la transcripción completa de la entrevista original en inglés.

1. ¿Cómo se articula el proyecto CASCADE y la red de socios internacionales?

El proyecto de *Harmony House* se incorporó en el consorcio CASCADE (*Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe*) para poner en marcha un proyecto que ya estaba reflexionándose desde hace más de 5 años en conversaciones con varios de los socios. *Medway Community Healthcare* (en adelante, MCH) es la empresa que ha desarrollado *Harmony House*, se trata de una empresa social que presta servicios al NHS bajo un contrato. Su condición de empresa social resulta en un interés por generar proyectos con impacto social positivo en las comunidades. El consorcio europeo tiene gran experiencia en centros de cuidados y la integración de las personas con demencia en la comunidad. La red creada ha permitido intercambiar conocimiento sobre los distintos servicios que pueden articularse dentro de la comunidad para generar una mayor relación entre el centro y su entorno. El proyecto no solo ha consistido en la ejecución de los proyectos en Reino Unido, sino que deben de evaluar el impacto de la integración de la tecnología en el día a día del centro, el impacto de forma regular en la comunidad y en el bienestar de las personas, y por eso, se ha creado un consorcio multidisciplinar con universidades también, además de centros y servicios sociosanitarios.

2. ¿Cuál es el concepto de *Harmony House*? ¿Qué otros proyectos se han ejecutado dentro del proyecto CASCADE y dónde?

La inspiración de *Harmony House* en Rochester se basa en los *Zorgs* que el equipo ha visitado en distintas ciudades europeas. Al equipo de MCH les interesó mucho el concepto de alojamientos de invitados o centros de respiro, unido a reforzar las capacidades de las personas con demencia, enfocándose en qué pueden seguir haciendo para permanecer y participar en su comunidad. El otro proyecto ejecutado dentro del proyecto CASCADE es *Harmonia Village* en Dover. A pesar de

que el proyecto CASCADE está principalmente centrado en tecnología e impacto local, se ha podido articular el proyecto de *Harmony House* en el consorcio, para lo cual, han incorporado sistemas tecnológicos para testar en el centro.

3. ¿Existe algún agente más involucrado?

Harmony House es colindante al centro de día *ourZone*, un centro que ofrece atención y servicios de lunes a viernes y que lleva trabajando en la comunidad durante más de cincuenta años, por lo que tiene un gran arraigo en la zona. También se creó un grupo focal local constituido por personas con demencia, cuidadores y profesionales del sector sociosanitario, así como parte del vecindario. Samantha Robinson se encontró con situaciones delicadas donde los prejuicios hacia las personas con demencia afloraban, como, por ejemplo, por el miedo a tener a personas gritando a lo largo del día al lado de casa.

4. ¿Cómo crees que este tipo de modelo ofrece una mayor calidad de vida a las personas con demencia?

El pilar fundamental de *Harmony House* es la inclusión de las personas con demencia, centrándose en las capacidades remanentes y en qué pueden continuar haciendo, en vez de enfocarse en las limitaciones que progresivamente van a ir apareciendo. Para Samantha Robinson, cuando una persona recibe un diagnóstico de que padece demencia, tiene que aprender y articular rápidamente mucha información sobre los distintos problemas que puede tener, las ayudas que puede solicitar, los temas administrativos y legales, y asesoramiento sobre múltiples temas similares que se focalizan en los problemas. En este sentido, *Harmony House* es un centro que ofrece un espacio para el descanso de las personas con demencia y sus familiares, con servicios, atención y cuidados especializados de apoyo.

5. ¿Cómo se ideó *Harmony House*? ¿Era un edificio preexistente?

Sí, era una antigua estación de ambulancias en desuso. Al estar aneja al centro *ourZone* y ser una zona residencial tranquila, se pensó que podía ser un lugar idóneo para el desarrollo de un programa innovador como centro de descanso para personas con demencia y familiares. Como detalle, uno de los problemas encontrados durante la ejecución de los trabajos y que resultó un incremento imprevisto en los costes de construcción fue la presencia de amianto en el edificio.

6. ¿Qué tipo de servicio o programa ofrece? ¿Cuál es la edad media de las personas residentes? ¿Cuántas personas conviven en *Harmony House* normalmente? ¿*Harmony House* es un servicio abierto a todo el mundo?

Por el momento, *Harmony House* acaba de inaugurarse recientemente (octubre 2019). En el momento de la visita solo se habían abierto 5 plazas, aunque hay una capacidad total para 10. De los meses que llevan abiertos, se han dado cuenta de que es un servicio bastante demandado también por familiares y cuidadores, así como por personas con una gran fragilidad, aunque no hayan sido diagnosticados con demencia.

Las personas suelen tener entre 65 y 70 años, aunque han hospedado a una pareja algo más joven también. La estancia mínima es de una noche y la máxima de dos semanas.

Se trata de un servicio para estancias breves para que las familias puedan descansar y las personas con demencia puedan asimismo estar en un centro donde pueden continuar con sus actividades y rutinas diarias, con apoyo que les ayuda a reforzar y entrenar sus capacidades. Este tipo de servicio permite a las familias descansar antes de una crisis por estrés y a las personas con demencia les ofrece un espacio donde poder seguir participando en la comunidad y entrenar sus capacidades remanentes.

Por ejemplo, en cuanto a las comidas, existe una cocina equipada completamente y se promueve que la persona que reside la utilice y prepare su propia comida. Los cuidadores pueden acompañarlos a comprar al supermercado o al *fish & chips* del final de la calle, para adaptar la comida a lo que la persona quiera en ese momento, no tienen un menú cerrado.

Dentro de la innovación del proyecto, se busca el empleo de tecnologías para promover la autonomía, la independencia y la seguridad de la persona. Para ello, se han introducido varios sensores y tecnologías portátiles para poder localizar a las personas sin restringirles que puedan salir a pasear por toda la ciudad.

Es importante remarcar que *Harmony House*, al ser un centro de respiro, no puede dar medicamentos, pero han incorporado cajas de medicamentos en cada habitación para que la persona gestione su medicación.

En la actualidad, está abierto a todas las personas, incluso gente que viene desde Londres. Esta decisión ha sido necesaria para asegurar la rentabilidad del proyecto, ya que por el momento no reciben financiación del NHS y es un servicio privado. Además, tampoco existen muchos otros centros de respiro, por lo que les parece importante dar a conocer este tipo de servicio, así como acoger personas desde distintas partes de Inglaterra. También esto tiene que ver con el interés de relacionar parte de las actividades que se ofrecen con el turismo local de Rochester.

7. ¿Cuál es la relación y el compromiso con otros agentes locales? ¿Qué tipo de sinergias se han creado y con qué tipo de agentes (asociaciones, actividades, grupos concretos...)? ¿Existe algún otro equipamiento o servicio en los alrededores?

La relación principal es con el centro *ourZone*. Los visitantes, si lo desean, pueden pagar una cuota extra para hacer uso de los servicios que ofrecen, como un gimnasio, un taller de arte y manualidades, una cocina, un jardín sensorial... o incluso el propio servicio de comidas. La coordinación de estos servicios ha supuesto un gran esfuerzo entre ambos centros, pero se han generado sinergias muy significativas. Por ejemplo, todas las tardes tienen un momento de merienda y desde *ourZone* pasan por *Harmony House* a ofrecer un tentempié a los huéspedes.

También se favorecen las actividades con los colegios. Por ejemplo, el día de la inauguración los niños de uno de los colegios locales fueron a cantar, pero todavía no se han generado vínculos estables, debido a que el proyecto se ha inaugurado recientemente.

Sin embargo, identifican que les está resultando muy difícil involucrar a personas voluntarias, mientras que en otros países europeos y en *De Hogeweyk*, vieron que había muchas actividades realizadas con voluntarios. Samantha piensa que en parte es por el desconocimiento y el estigma sobre las

personas con demencia, por si de repente pueden empezar a gritar o a comportarse de forma distinta y no saben cómo reaccionar.

8. ¿Cuál ha sido el principal criterio para el diseño y la adaptación de los entornos y los espacios? ¿Se han tenido en cuenta los principios de diseño de entornos amigables para personas con demencia? ¿Qué tipo de criterios y elementos se han considerado para el diseño de los espacios interiores?

Se han tenido en cuenta las paletas de colores para asegurar el contraste entre distintas superficies y elementos y la entrada de luz natural, sobre todo. Se inspiraron en otros centros europeos para incorporar las puertas correderas de los baños con vistas desde la cama, para favorecer que la persona con demencia identifique el baño si se despierta de noche. Por otra parte, el mobiliario seleccionado tiene todas las aristas redondeadas y se han dispuesto *armarios de reminiscencia* a la entrada de todas las habitaciones para que la persona pueda colocar algún objeto que le resulte familiar y le ayude a orientarse mejor. Las puertas tienen cerradura y los huéspedes pueden solicitar su llave si lo desean.

9. ¿Los arquitectos y el equipo de diseñadores tenían formación específica en este tipo de centros para personas con demencia o aprendieron durante el proceso? ¿Cómo se ha transferido y generado este conocimiento? ¿Se han tenido en cuenta criterios como el confort térmico o lumínico en el diseño?

Samantha Robinson ha sido gestora de una residencia para personas con demencia en la cual hace 2 ó 3 años reformaron los interiores y la jefa del servicio clínico controlaba mucho los parámetros de diseño necesarios para perfiles de personas con demencia. Esta persona ha estado muy involucrada en el desarrollo del proyecto, revisando el trabajo de los arquitectos. Se revisó sobre todo la orientación y el tamaño de las habitaciones y la orientación de las ventanas.

En cuanto a parámetros de confort, el centro cuenta con una instalación de suelo radiante y cada habitación tiene control sobre la temperatura de su habitación. El diseño, tamaño y orientación de las ventanas ha sido trabajado en detalle con el equipo de arquitectura y expertos en cuidados de personas con demencia. También se destaca que el centro cuenta con paneles fotovoltaicos en la cubierta.

El centro cumple con todos los certificados y normativa de construcción en cuanto a incendios, sanidad y seguridad y también en cuanto a la seguridad alimentaria. Los problemas que encuentran son en la dispensación de medicación porque al ser un centro singular de respiro, no existe una categoría específica para permitirles hacerlo y en la actualidad están buscando la fórmula de que se pueda hacer.

10. ¿Cuál es el perfil de las personas cuidadoras? ¿Cómo trabajan los equipos? ¿Los cuidadores viven en el centro?

La selección del personal se ha realizado más en base al entusiasmo e ilusión por el proyecto que a capacidades específicas. Samantha Robinson comenta que en el proceso de selección no querían incorporar solo perfiles que hubieran trabajado en el sector de los cuidados, así que incorporaron a

una persona que había estado trabajando para la policía local durante más de 20 años, pero que tenía experiencia también en la asociación *Dementia Society*. Por otra parte, también incorporaron 2 asistentes personales senior y 7 junior, de las cuales una había sido veterinaria, otra peluquera... Y dentro del proyecto comenzaron la formación todos al mismo tiempo, a partir de un paquete formativo inicial durante el primer mes, junto con otras actividades formativas como los *dementia-café*, y otras oportunidades de ir profundizando en el conocimiento específico necesario para trabajar con personas con demencia.

El equipo trabaja de forma independiente y toma sus decisiones, este es un conocimiento que aprendieron a partir de otro proyecto de innovación e intercambio de experiencias – *Transforming Integrated Care in the Community*⁷⁸ (TICC) – por lo que hay siempre como mínimo 2 personas en cada turno, aunque pueden ser necesarias más. No viven en el centro, pero tienen habitaciones reservadas para descansar también. Casi todo el personal vive por la zona, pero solo una de ellas vive a una media hora del centro.

Para Samantha Robinson es fundamental conocer bien a la persona que acogen. La demencia se traduce en distintos tipos de comportamiento muy diversos según la persona, incluso puede variar en la misma persona a lo largo de un período de tiempo. El conocimiento profundo de la persona les permite también asesorar y ayudar a las familias antes de que entren en una crisis por no saber enfrentarse a las distintas situaciones o comportamientos que pueden surgir con la persona.

Además, el contar con otros perfiles que no sean solo sociosanitarios (terapeutas o enfermeras, por ejemplo) hace que los cuidadores no tengan una asociación directa de la persona con la enfermedad.

14. ¿Qué otros elementos se han tenido en cuenta en el espacio exterior (zonas verdes, colores, bancos...)?

Para Samantha Robinson, el diseño en Reino Unido se centra en la prevención del riesgo y en generar entornos seguros. De la visita a *De Hogeweyk* le sorprendió la capacidad de diseñar entornos normalizados sin darle tanta importancia a riesgos habituales, como las pasarelas en la primera planta o la existencia de una fuente. Un elemento que para Samantha es importante en términos de facilitar la accesibilidad para las personas con demencia son las verjas y vallas en los parques, que por seguridad siempre suele haber una, pero esto es muy poco práctico para que una persona con demencia pueda entrar fácilmente. También echa en falta espacios más tranquilos en los parques, ya que identifica que hay grandes espacios reservados para la práctica de deporte, como fútbol o soccer o cualquier otro deporte, pero alrededor de estas actividades suele haber ruido, silbidos y gritos, por lo que considera que debería haber más variedad en los programas de los parques.

⁷⁸ *Transforming Integrate Care in the Community* (TICC, 2017). Disponible en: <https://www.interreg2seas.eu/en/ticc> Último acceso: 28/10/2022.

15. ¿Está bien conectado este centro con el transporte público?

Sí, hay una parada de autobús próxima a la acera principal. La frecuencia es suficiente y conecta distintas zonas. Además, el centro está a 10 minutos en coche de las estaciones de Rochester o Chatham. Samantha Robinson remarca la presión que hubo en el barrio por el tema del aparcamiento, ya que hay un colegio en las proximidades que no tiene plazas de aparcamiento en su parcela y los coches se estacionan en los alrededores, con lo cual, tener un equipamiento más en el barrio era una preocupación para el vecindario en cuanto al aparcamiento, pero *Harmony House* incorpora varias plazas de aparcamiento en el interior de su parcela.

16. ¿Qué otros equipamientos o servicios dirías que están sensibilizados con la amigabilidad con las personas con demencia?

Se ha invitado al equipo de turismo local de Rochester para que puedan recibir formación específica para adaptar las visitas a personas con demencia, por ejemplo, u organizar recorridos o actividades adaptadas. También existe un foro local en Medway, el *Community Engagement Forum*, donde están involucrados el hospital y otras entidades del tercer sector, voluntarios y otros equipos del sector sociosanitario o de salud mental. En estos encuentros que organizan trimestralmente se reúnen y comparten lo que están haciendo y los proyectos en los que están trabajando, por lo que ahí pueden identificar cuáles son otros servicios o entidades que están sensibilizadas con la demencia. Samantha Robinson pone el ejemplo de la piscina municipal.

17. ¿Es Rochester una comunidad / ciudad “amigable con la demencia”?

Se está poniendo mucho énfasis en serlo, pero no solo en Rochester, en todo el municipio de Medway. Por ejemplo, la catedral de Rochester organiza misas donde habla sobre los cuidados para las personas con demencia. También hay una *Dementia Action Alliance* en Medway que ha conseguido agrupar a numerosas asociaciones y entidades, como el club de fútbol de Gillingham, varias tiendas, *ASDA*, *Morrison*, *Tesco* (supermercados), el hospital local, MCH y también varias iglesias. Por ejemplo, las tiendas, así como los centros deportivos locales tienen una franja horaria más tranquila y con las luces más tenues y con personal entrenado para poder ayudar a personas que puedan tener problemas de memoria o que se desorienten. También hay un centro de educación de adultos que ofrece clases de tai-chi para personas con demencia, grupos de música y de percusión... Samantha Robinson resalta que lo principal es que las conversaciones estén teniendo lugar.

18. ¿Se ha previsto medir datos y resultados sobre los residentes que residan aquí? ¿Qué tipo de datos? ¿Se relacionarán con parámetros del entorno físico?

El consorcio del proyecto CASCADE está comprometido con medir el impacto de las diferentes innovaciones aplicadas en cada centro, como, por ejemplo, el bienestar de la persona, la calidad de los cuidados, la incorporación y eficacia de las tecnologías utilizadas, el impacto económico del modelo, etc.

19. ¿Cuáles son –bajo su punto de vista- los principales retos para la integración efectiva de las personas con demencia en la comunidad?

Para Samantha Robinson el mayor problema existente es la estigmatización de la persona con demencia. De la misma forma que tener un diagnóstico de cáncer hace años era un tabú, la demencia a día de hoy no está tan normalizada y una vez se diagnostica, mucha gente piensa que su vida termina ahí y ya no pueden hacer nada. Durante muchos años se ha tratado como una enfermedad mental, pero en realidad es una enfermedad terminal, las personas mueren de demencia, pero al mismo tiempo pueden tener una vida activa y productiva y plena hasta el momento en el que no pueden recordar nada.

20. ¿Cómo se imagina una ciudad amigable con la demencia?

Para Samantha Robinson, un tema de gran interés es centrarse en actividades y servicios inclusivos que permitan a las personas con demencia realizar actividades que deseen, sobre todo en los primeros momentos del diagnóstico, para disfrutar de aquellas cosas que en algún momento van a necesitar dejar de hacer. Para ella, probablemente una ciudad grande como Londres puede albergar mucha más diversidad y ser más inclusiva que una ciudad mediana como Rochester. Sin embargo, ve mucho más factible realizar cambios y generar un mayor impacto en comunidades más pequeñas que en otras de mayor escala.

Tabla 20. Resumen de las respuestas a la entrevista semiestructurada a Samantha Robinson. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

El proyecto *Harmony House* dentro del consorcio del proyecto internacional CASCADE es un centro de respiro innovador cuyo principal objetivo es crear un nuevo modelo de servicios inclusivos para personas con demencia y sus cuidadores, centrándose en las capacidades remanentes de la persona y en fomentar que siga manteniendo una vida activa y con significado. Al igual que el proyecto *Harmonia Village*, se trata de una experiencia internacional para la innovación e investigación de la sostenibilidad de los programas de cuidados para la atención centrada en la persona, para la promoción de la autonomía y calidad de vida de las personas.

La generación de vínculos y redes de apoyo con la comunidad local es la esencia del concepto *Harmony House*. Su principal reto es trabajar en la inclusión de las personas con demencia y en fomentar su calidad de vida gracias a su participación en las actividades de la comunidad.

El centro de respiro se ha construido en un terreno abandonado, próximo a un centro de día existente, con el que ha generado sinergias para ofrecer servicios adicionales.

La tecnología en *Harmony House* está integrada para la promoción de la autonomía e independencia de la persona. De esta forma, se han incorporado sensores y cámaras para monitorizar las entradas y salidas, así como dispositivos que puedan utilizar las personas para poder salir solo del centro, pero evitando el riesgo de que se pierdan o se caigan, por ejemplo.

Harmony House se sitúa en una zona urbana, es un centro anejo a otro centro sociosanitario existente. Ambos están ubicados en una zona principalmente residencial, aunque existen servicios y equipamientos en las proximidades, donde se destacan los grandes centros educativos. El acceso principal y la parcela dan prioridad al vehículo privado, aunque no existen barreras físicas para que las personas puedan entrar y salir cuando quieran. Curiosamente, el jardín sensorial está dentro del edificio *ourZone* en vez de aprovechar el espacio exterior existente para incorporar algún programa funcional con zonas verdes. También se destaca que la calle principal tiene aceras poco accesibles y está bastante transitada por coches, sobre todo en las horas punta de entrada y salida de los colegios. Durante la visita no se identificó ningún elemento de señalética o hitos paisajísticos relevantes para poder orientarse hasta la llegada al centro.

4.5.4. Great Sankey Neighbourhood Hub (Warrington)

El centro *Great Sankey Neighbourhood Hub*⁷⁹ es un edificio con un programa multifuncional en Warrington, un pueblo 203.700 habitantes. Este nuevo equipamiento consiste en la renovación de un antiguo centro de ocio construido en los años 70, situado al oeste de la localidad, en un área marcada principalmente por equipamientos educativos y viviendas unifamiliares. El nuevo centro incluye una biblioteca, zonas de estudio y aulas tranquilas, una sala para conferencias y un centro de fitness, con un spa y piscinas. En el exterior también se incluyen dos campos de fútbol y cuatro de tenis.

⁷⁹ *Gold Award for Great Sankey Neighbourhood Hub* (thedesignconcept Ltd., 2020). Disponible en: <https://thedesignconcept.co.uk/news/gold-award-for-great-sankey-neighbourhood-hub/>. Último acceso: 28/10/2022.

Los inversores vieron una oportunidad de gran interés para fomentar la cohesión social y la identidad de esta zona de Warrington, creando así un equipamiento abierto a la comunidad para la promoción de la actividad física, la salud y el bienestar. El diseño del edificio ha sido el primer edificio público en el mundo que ha recibido la medalla de oro de la certificación DSDC por el diseño amigable con las personas con demencia. Esto significa que ha sido diseñado con los principios de accesibilidad universal, sobre todo, aquellos elementos relacionados con la orientación y señalética, e incorporando zonas más recogidas para poder estar más en calma. Otros elementos específicos sobre los que se ha trabajado han sido la iluminación natural y artificial, evitar la generación de sombras directas o brillos y reflejos, así como una selección de colores y tonos para asegurar un buen contraste de materiales, los acabados de las superficies, la accesibilidad en los baños y la selección del mobiliario. El centro también incorpora tecnología innovadora, como parte de los servicios asociada a cada programa.

El personal ha recibido formación específica para apoyar y ayudar a personas con demencia y familiares o amistades, así como sensibilizar a otros visitantes. Existen programas y actividades específicas para personas con demencia, como clases de fitness, horas sin música ni ruido y control de la iluminación en el gimnasio o en las sesiones de natación. El centro de spa también ofrece servicios específicos, tratamientos por especialistas y productos que pueden ser más adecuados para personas con demencia o pacientes con tratamientos concretos, como tratamientos oncológicos. Los servicios incluyen terapias sensoriales, programas de rehabilitación para ayudar a moverse, a comer o tragar, incluso cuidados paliativos.

Selección de fotografías



Fotografía 1. El centro *Great Sankey Community Hub* es un equipamiento multifuncional para la promoción de la salud y del bienestar. Se trata de un proyecto de regeneración urbana, en sustitución de un antiguo equipamiento de ocio obsoleto.

Fuente imagen: *LiveWire*.



Fotografía 2. Vista del hall principal de la zona de información, zonas estanciales y distribuidores principales. Fuente imagen: *LiveWire*.



Fotografía 3. A lo largo del edificio se pueden identificar varias zonas recogidas de mayor calma adaptadas para las personas con demencia. Se han seleccionado los colores y los contrastes para que cumplan con los estándares *dementia-friendly* del certificado del DSDC (Universidad de Stirling). Fuente imagen: *LiveWire*.

Tabla 21. Fotografías de distintos puntos del centro Great Hankey Neighbourhood Hub. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

Si bien este proyecto no se ha visitado debido a la declaración de pandemia durante la estancia en Reino Unido, se tuvo la posibilidad de asistir a una presentación de éste por el promotor principal y el equipo de arquitectura. Es un centro que resulta de especial interés en la presente investigación, ya que es un equipamiento multifuncional público que promueve el bienestar y la salud abriendo sus puertas a programas específicos de pacientes y personas que sufren enfermedades con un impacto normalmente muy negativo en la salud.

El centro tiene servicios públicos abiertos a todo el mundo y otros servicios de pago, según las distintas tarifas. Se incluyen dentro de la oferta programas específicos como tratamientos oncológicos o terapias para personas con demencia, lo cual normaliza los equipamientos a los que este tipo de perfiles con necesidades específicas pueden asistir.

El equipo de gestión ha desarrollado numerosas alianzas con agentes locales, como el *Borough Council*, el NHS, *Sports England*, fundaciones y asociaciones deportivas, la lotería nacional, la federación de vivienda y *LiveWire* (el gestor de la operación del centro).

A pesar de ser un centro multifuncional, su ubicación es una zona bastante monofuncional todavía en desarrollo en algunos sectores, caracterizada por viviendas unifamiliares típicas de los suburbios de las ciudades británicas, así como grandes equipamientos especializados como un centro educativo de gran escala. Hankey es un barrio a las afueras de Warrington, a 6 km de su centro urbano.

4.6. BÉLGICA

Los casos de estudio seleccionados recogidos en los principales repositorios de comunidades amigables con la demencia fueron *Woonzorgcentrum De Weister*, *Foton* y *Huis Perrekes*. Además de estas visitas, se pudo visitar el *Woonzorgcentrum De Zon*, por su proximidad al centro De Weister, y entrevistar a dos agentes clave en Gante:

- *Woonzorgcentrum De Weister* (Aalbeke, Kortrijk)
- *Woonzorgcentrum De Zon* (Bellegem, Kortrijk)
- *Foton* - Centro de Expertos de Demencia de Flandes (Brujas)
- Ciudad amigable con la demencia (Gante)
- *Huis Perrekes* (Osterloo)

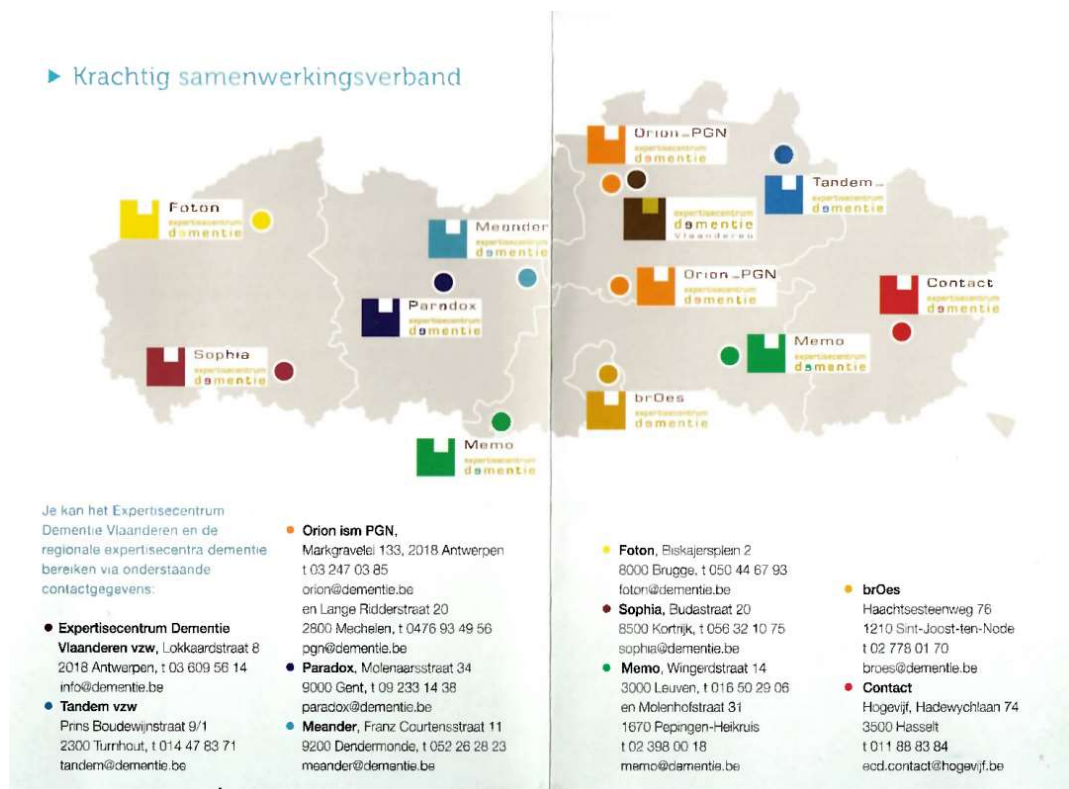


Figura 41. Plano de la región de Flandes con los Centros de Expertos de Demencia. Fuente: Expertisecentrum Dementie Vlaanderen.

4.6.1. Woonzorgcentrum De Weister (Aalbeke, Kortrijk)

Introducción

El *Woonzorgcentrum (WZC) De Weister*⁸⁰ es una residencia de mayores en Aalbeke, en el municipio de Kortrijk construida en 2012 y puesta en marcha por el Centro Público de Bienestar Social⁸¹ y el Ayuntamiento de Kortrijk. Aalbeke es una pequeña localidad de 2.914 habitantes⁸² al sur de Kortrijk, ubicada en la región de Flandes, cerca de la frontera con Francia. El WZC De Weister está organizada en unidades de convivencia siguiendo los principios del modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) y la vida normalizada de pequeña escala⁸³. El resultado es un centro organizado en 3 unidades de convivencia, las cuales se organizan alrededor de un salón principal con una cocina accesible, lo cual hace que las personas residentes puedan participar de las rutinas diarias. Todas las habitaciones tienen vistas al exterior y vistas a los jardines y terrazas comunes, donde también hay distintos programas, como huerto o un corral con gallinas o conejos.

La conectividad y la inclusión con la comunidad es parte del día a día en el *WZC De Weister*. Las familias tienen un rol activo en la toma de decisiones y programación de las actividades del centro, así como la comunidad. Al menos una vez al mes se organiza un comité para proponer cambios, actividades o sugerencias, donde pueden participar tanto los familiares, como los residentes y los cuidadores informales.

⁸⁰ *Woonzorgcentrum De Weister (WZC De Weister, 2012)*. Disponible en: <https://www.kortrijk.be/zorg/adressen/woonzorgcentrum-de-weister> Último acceso: 28/10/2022.

⁸¹ Centro Público de Bienestar Social (OCMW Kortrijk, n.d.). Disponible en: <https://www.kortrijk.be/ocmw/adressen/ocmw-kortrijk-sociale-dienst> Último acceso: 28/10/2022.

⁸² *CityPopulation*. Disponible en: https://www.citypopulation.de/en/belgium/places/westvlaanderen/kortrijk/34022E_aalbeke/ Último acceso: 28/10/2022.

⁸³ El término flamenco es *Kleinschalig Genormaliseerd Wonen (KGW)*. En 2007, se completó una investigación de 3 años por la Universidad de Lovaina sobre el modelo de vida normalizada a pequeña escala para personas con demencia, por encargo del Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte en Flandes. Más información en: <https://www.dementie.be/themas/wonen/kleinschalig-genormaliseerd-wonen/over-kgw/zo-gewoon-mogelijk-kunnen-blijven-wonen/> Último acceso: 28/10/2022.

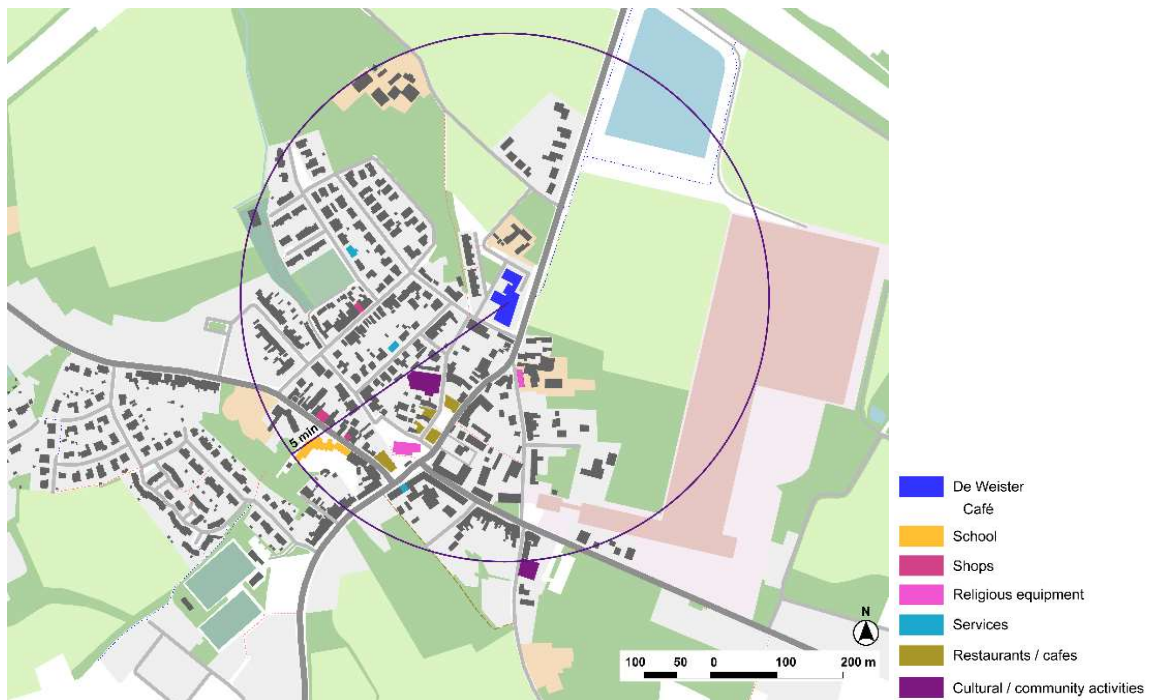


Figura 42. Ubicación del centro WZC De Weister y su entorno próximo en Aalbeke. Fuente: Elaboración propia.

El centro también trabaja con voluntarios y asociaciones que suelen dinamizar y organizar muchas actividades, funcionando como nexo de distintos grupos sociales.

Contexto y entorno inmediato de WZC De Weister

El WZC De Weister está integrado dentro de la vida de Aalbeke⁸⁴. Justo en la entrada principal existe una zona verde con un parque y equipamiento tanto para personas mayores con demencia como para niños pequeños. Los elementos elegidos como parque son instrumentos musicales, así como alguno para realizar ejercicios de mantenimiento. Justo al lado de este espacio de convivencia, hay un poste con varias indicaciones para iniciar 4 rutas distintas, es el punto de encuentro y el punto de llegada de los recorridos de reminiscencia de Aalbeke, desarrollados por el equipo de enfermeras de WZC De Weister. Los recorridos están abiertos a todas las personas que quieran participar, lo cual genera también oportunidades para sensibilizar sobre la demencia e interactuar con las personas de la residencia y los cuidadores. Los itinerarios parten de la residencia y cada

⁸⁴ Aalbeke es un pequeño pueblo que forma parte del municipio de Kortrijk, situándose a 6 km del centro del mismo.

uno de los cuatro discurren por caminos accesibles con áreas de descanso y distintos edificios y monumentos típicos de Aalbeke, lo cual promueve que las personas mayores puedan interactuar y contar historias de su pasado relacionadas con la historia del patrimonio y de la zona.

Este proyecto de los recorridos ha sido elaborado en torno a cuatro principios: ejercicios y terapia de reminiscencia, trabajo intergeneracional, la mejora de la movilidad, y la accesibilidad y la integración dentro de la vida del pueblo. La señalética fue realizada por personas en el paro, en un curso formativo y como contribución a formar parte de la comunidad. Este proyecto ha sido premiado por la *European Foundations' Initiative on Dementia* en 2014⁸⁵.

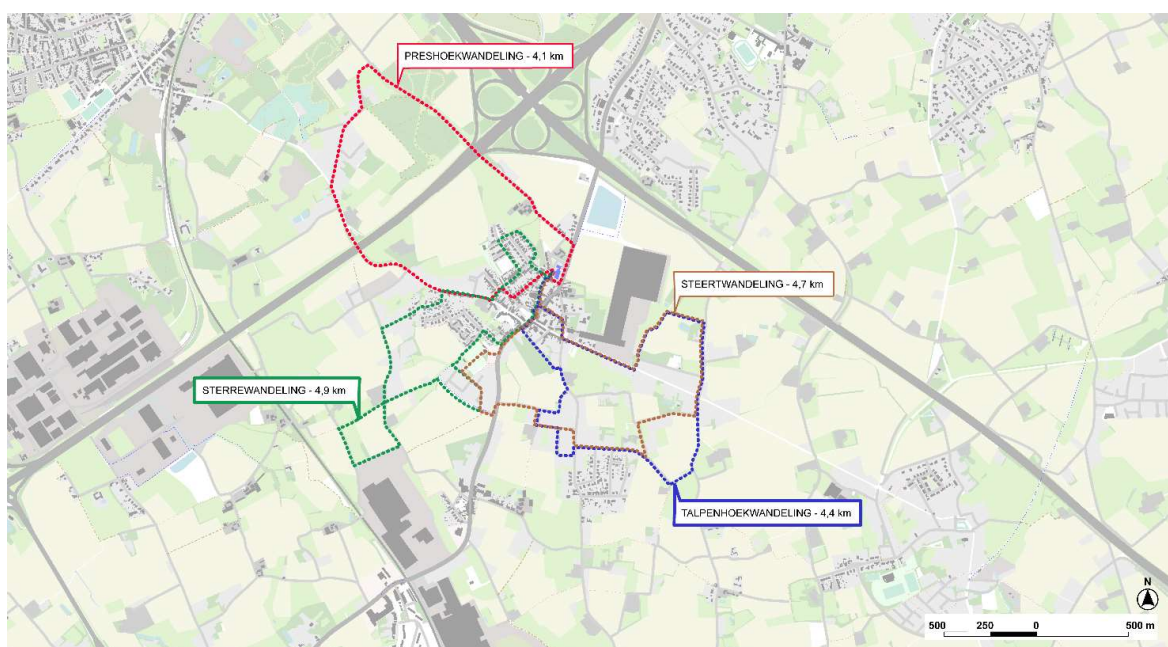


Figura 43. Paseos de reminiscencia creados por el equipo WZC De Weister. Fuente: Elaboración propia.

⁸⁵ A reminiscence promenade in Aalbeke, Belgium (EFID, n.d.). Disponible en: <https://efid.info/casestudy/31-a-reminiscence-promenade-in-aalbeke-belgium/> Último acceso: 28/10/2022.



LES QUATRE RANDONNEES

Vous avez le choix entre quatre randonnées.

La première randonnée, la **STEERTWANDELING**, est d'environ 4,7 km de long. Les routes et les chemins ruraux sont bien praticables. La randonnée commence dans la Bergstraat, qui monte légèrement. Nous parlons de STEERTWANDELING parce que le parcours traverse partiellement le hameau 'Markesteert'.

La deuxième randonnée, la **TALPENHOEKWANDELING**, est d'environ 4,4 km de long. Au début, vous devez prendre une pente ferme mais très agréable dans la Allaertbosweg. Il en est de même à la fin de la Talpenhoekstraat. A partir de là, le reste de la randonnée va principalement en descendant.

La troisième randonnée, la **STERREWANDELING**, est d'environ 4,9 km de long. Hormis des routes tranquilles et rurales, une partie du trajet se compose de beaux sentiers étroits praticables. Il y a une possibilité de prendre un raccourci d'environ 750 mètres.

La quatrième randonnée, la **PRESHOEKWANDELING**, est d'environ 4,1 km de long. Il s'agit du sentier de promenade le moins compliqué des quatre. Contrairement aux trois randonnées précédentes, celle-ci ne démarre pas dans le sens de l'église, mais par la nouvelle Weisterstraat. Vous aurez à traverser à deux reprises un pont au-dessus d'une autoroute, mais pour le reste il n'y a pas d'obstacles particuliers à signaler.

Tout au long des parcours, vous trouverez des panneaux d'infos qui réfèrent à un bâtiment, un monument ou un événement historique qui est typique ou reconnaissable pour les habitants de Aalbeke.

Figura 44. Publicación con la descripción de los cuatro paseos de reminiscencia. Fuente: Mémoire Vivante. Quatre itinéraires permanents à Aalbeke. Commune Alzheimer admis. (Stad Kortrijk & OCMW Kortrijk, 2014, pg.13).

Centro de mayores Woonzorgcentrum De Weister	
Ubicación	
Ciudad	Aalbeke (Kortrijk, Flandes)
Año de construcción del centro	2012
Distancia al centro urbano (al centro de Aalbeke)	450 m (7 mins a pie)
Tipo de equipamiento	Residencia de mayores de pequeña escala y vida normalizada
Gestión	
Nombre de la institución	Zorg Kortrijk, Public Centre for Social Welfare (OCMW)
Tipo de organización	Pública, municipio de Kortrijk
Perfil de los residentes	Gran dependencia: personas con demencia y personas con discapacidad
Número de residentes	46; 32 viviendo con demencia y 14 con un alto grado de dependencia
Edificio	
Área del sitio	3.700 m ² (aprox.)
Viviendas	3 viviendas (unidades de convivencia), 2 unidades de 16 residentes y 1 de 14 residentes, todas en un mismo edificio de dos plantas (planta baja + planta primera).
Área de la Vivienda	515 m ² (aprox., de cada unidad de convivencia)
Servicios que ofrece el centro	Servicios básicos y cocina integrada en cada una de las unidades de convivencia, peluquería, podólogo, cafetería/restaurante abierto a toda la comunidad, salas comunes de talleres y reuniones.

Tabla 22. Resumen de características del caso de estudio WZC De Weister. Fuente: elaboración propia.

Visita – análisis ambiental

La visita se desarrolló durante la mañana del 5 de febrero de 2020 y la entrevista a Jan Goddaer se realizó en su despacho, aunque después se realizó la visita guiada al WZC De Weister y al WZC De Zon, completando la información restante. A continuación, se recogen los elementos y aspectos más relevantes en el diseño del entorno físico y las principales observaciones⁸⁶.

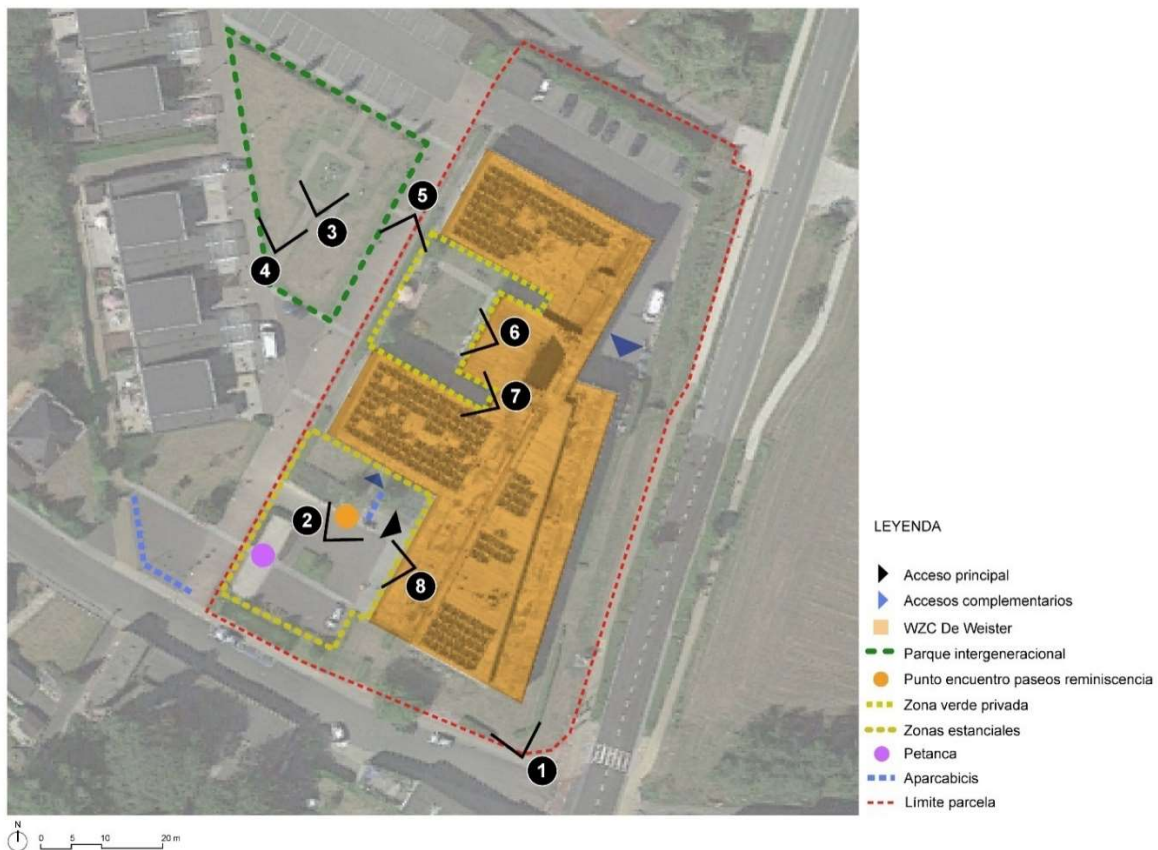


Figura 45. Plano general de la parcela de WZC De Weister. Fuente: elaboración propia.

⁸⁶ Se puede realizar una visita virtual al centro, así como consultar los servicios y listado de precios diarios en el siguiente enlace: <https://virtualtours.the360experience.be/Woonzorgcentra-Kortrijk/index.html> Último acceso: 28/10/2022.

Selección de fotografías



Fotografía 1. La imagen exterior del centro WZC De Weister resulta bastante moderna y poco integrada con el entorno en cuestión de escala. Sin embargo, no existen barreras alrededor del centro y las conexiones visuales del interior y el exterior son directas. El centro se encuentra próximo al centro urbano y es fácilmente accesible a pie y en bicicleta.
Fuente: WZC De Weister.



Fotografía 2. Los paseos de reminiscencia de Kortrijk comienzan en la entrada principal del centro WZC De Weister, en el parque existente. Las rutas van enlazando los distintos elementos del patrimonio del pueblo a través de un itinerario completamente accesible.
Fuente: autora, 2020.



Fotografía 3. El parque incorpora mobiliario accesible para hacer distintos estiramientos y ejercicios de mantenimiento.
Fuente: autora, 2020.



Fotografía 4. Parque intergeneracional inclusivo con instrumentos musicales para fomentar la interacción social.
Fuente: autora, 2020.



Fotografía 5. El espacio público alrededor del centro es un área de prioridad peatonal con tráfico limitado o restringido. El diseño del espacio público da prioridad al peatón y a la bicicleta, siendo una zona segura, tranquila y sin aparcamientos de automóviles visibles.
Fuente: autora, 2020.



Fotografía 6. Vistas al espacio exterior privado de la residencia desde la zona estancial de una de las unidades de convivencia. El jardín tiene un pequeño corral, huertos, invernadero, mesas... para poder desarrollar distintas actividades con las personas residentes.
Fuente: autora, 2020.



Fotografía 7. Antes de llegar al salón principal, hay zonas estanciales más recogidas y tranquilas, con elementos estimulantes, como aves u objetos personales y decorativos, según los residentes que vivan en un momento u otro y sus gustos y preferencias. Las vistas al exterior se perciben en todos los espacios.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 8. La cafetería está abierta a todo el mundo en Kortrijk. Tiene conexión visual directa con el entorno circundante.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 9. La rutina diaria se desarrolla principalmente en el salón. Tanto las habitaciones como las comunes de cada unidad de convivencia pueden personalizarse con mobiliario y elementos elegidos por las personas que viven en ella. En el centro hay un total de 45 trabajadores, incluyendo enfermeras, cuidadores y personal de gestión. Los equipos trabajan y se organizan por unidad de convivencia, hay una sala de gestión conectada con el salón principal.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 10. El diseño del interior es sobrio y minimalista, pero existen detalles incorporados en distintos lugares donde se quiere llamar la atención. Por ejemplo, tanto en las entradas de cada unidad de convivencia como en las habitaciones, hay estanterías y/o vitrinas donde la persona puede incluir objetos que signifiquen algo para ellas y así ayudarles en la orientación.

Fuente: autora, 2020.

Tabla 23. Selección de imágenes de la visita a WZC De Weister. Fuente: elaboración propia.

La visita se realizó a principios de febrero, en invierno, por lo que las actividades se estaban desarrollando en el salón principal de cada vivienda. Durante la visita, se coincidió e interactuó con un par de personas que comenzaron a hablar sobre sus familiares residentes en una ciudad de España.

Análisis de legibilidad urbana

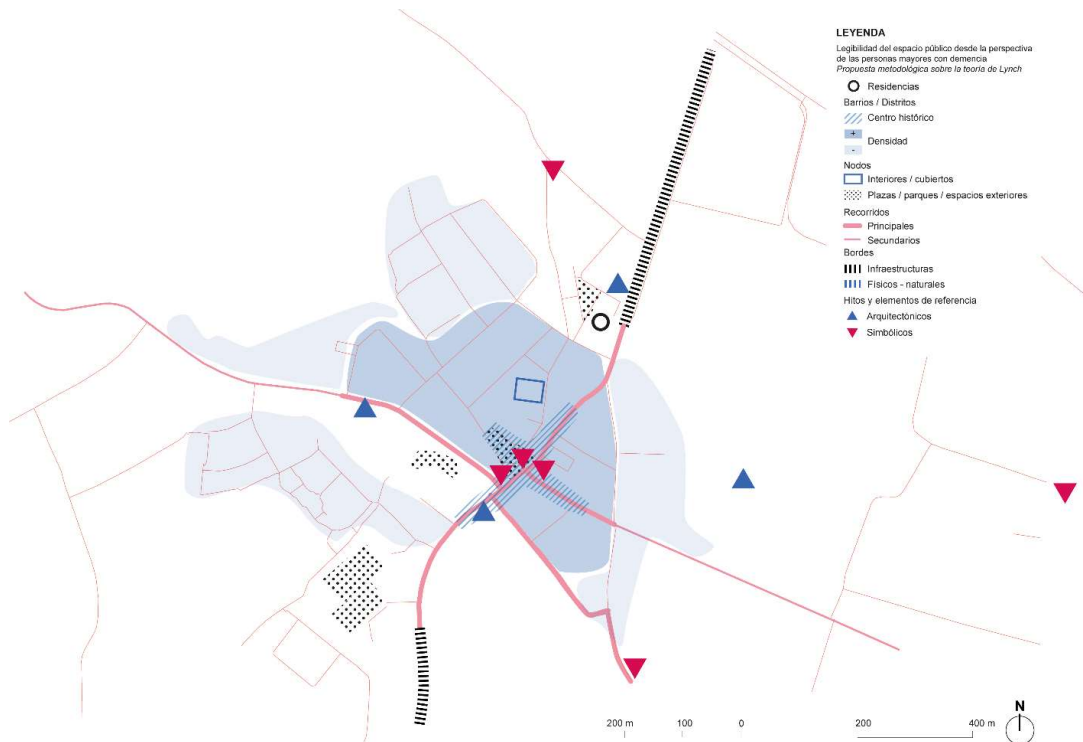


Figura 46. Esquema del entorno inmediato de WZC De Weister, a partir de la teoría de Lynch. Fuente: Elaboración propia.

En el análisis del entorno alrededor de la residencia *WZC De Weister* se identifica una gran variedad de elementos e hitos históricos en el entorno del centro urbano, próximo a la ubicación de De Weister. A pesar de que existe una infraestructura viaria que podría constituir una barrera, en cuanto ésta penetra en la ciudad se convierte en una senda de fácil recorrido a pie, con un diseño del espacio público que permite un paseo seguro y con elementos icónicos y simbólicos que acompañan los itinerarios. La densidad de actividades se concentra sobre todo en el casco histórico de la localidad.

Análisis de la entrevista a Jan Goddaer (parte I)

A continuación, se presenta un resumen de las respuestas de la entrevista a Jan Goddaer. En el Anexo II se incluye la transcripción completa de la entrevista original en inglés.

1. ¿Cómo se seleccionaron los itinerarios del proyecto *Reminiscence Walks*? ¿Cómo surgió la idea?

El proyecto *Reminiscence Walks* es una iniciativa del centro residencial de pequeña escala *De Weister* para promover la relación con el entorno donde está ubicado. El objetivo original de los cuatro recorridos que se propusieron fue romper con el estigma y que las personas pudieran hablar y conocer de la demencia, pero otro objetivo prioritario era para las propias personas con demencia. En cada uno de los recorridos se crearon distintos puntos de interés, generando un recorrido a partir de hitos históricos que son típicos de Aalbeke, así que si las personas dan un paseo pueden interactuar y hablar de la demencia... independientemente o no que tengan la enfermedad o tengan a un familiar o persona próxima con ella. Los itinerarios se crearon en 2012, el proyecto estuvo nominado en la Fundación King Baudouin⁸⁷ como pueblo amigable con la demencia y también ganó una mención de los premios EFID.

2. ¿Cuál es la distancia de las rutas? ¿Cuánto se tarda en recorrerlas? ¿Los participantes suelen acabarlas?

Al principio del proyecto, Jan Goddaer preguntó a varias personas de Aalbeke si podrían crear cuatro recorridos de menos de 5 km que fueran interesantes y bellos y que pudieran recorrerse en silla de ruedas, también se implicó a un grupo especialista en historia de Aalbeke para que incluyesen hitos paisajísticos y elementos típicos de la localidad, un monumento llamado *De Sjouwer*, que es parte de la historia de Aalbeke, cuando la población migró a Francia; la fábrica de madera; molinos... referencias que fueron compartidas por la comunidad. Los recorridos varían en función de los grupos que las realizan, son recorridos circulares que empiezan y terminan en el

⁸⁷ Fundación King Baudouin (King Baudouin Foundation, n.d.) Disponible en: <https://www.kbs-frb.be/en> Último acceso: 28/10/2022.

centro *De Weister*, para fomentar también que la residencia sea el punto de encuentro, abierto a la comunidad.

3. ¿Cómo viven las personas de la residencia WZC De Weister? ¿Qué tipo de perfiles viven en ella y su nivel de dependencia? ¿Cuántas personas suelen visitar el centro y cuántas personas suelen salir a interactuar en la comunidad?

De Weister es una residencia con 2 viviendas de 16 personas cada una y 1 vivienda de 14 personas con discapacidad física. La media de edad suele ser 85 años y suelen vivir hasta 3 años de media en el centro. Utilizan el término vivienda en vez de unidad, ya que el concepto está basado en los principios de residencias de pequeña escala y vida normalizada y el lenguaje es la herramienta básica para poder transformar la percepción de la sociedad sobre la demencia. Para Jan Goddaer, el lenguaje es parte de la integración. “De Weister” es un concepto local que significa literalmente “espacio libre en donde pues moverte”. También cuando estás en un lugar donde te sientes como en tu casa dirías “Este es mi *Weister*”, significa “en mi salsa”⁸⁸. Quién soy y cómo soy. Para Jan Goddaer y todo el equipo que trabaja en De Weister, lo principal es que la persona pueda tomar sus propias decisiones, que tenga voz y que pueda formar parte de la comunidad. Se basan en los principios de Tom Kitwood y Martha Rogers, que describen cinco o seis necesidades psicológicas que todas las personas compartimos. En primer lugar, cada persona es única, por lo que en De Weister, cada persona se viste como quiere, comen lo que quieren y tienen posibilidad de elegir si quieren participar o no. Pero en el centro se ha creado un entorno facilitador para poder tener un espacio de encuentro, los salones, que están conectados con la cocina, una cocina abierta. La cocina permite así la interacción y compartir el proceso de la comida con las personas residentes. No por estar en una residencia las personas han de vivir aisladas en su habitación, viven juntos, y eso es lo que se promueve, la convivencia, aunque luego es la decisión individual de cada uno. Lo mismo aplica con otras muchas rutinas del día a día.

Jan Goddaer identifica tres tipos de procesos: los primarios, que corresponde a la interacción entre el cuidador y el receptor de cuidados (dar la comida, asear a una persona, realizar una actividad conjunta...); un proceso secundario sería la logística (la cocina central, la lavandería...), son procesos donde las personas residentes no están involucradas; por último, un tercer proceso sería la gestión. Cómo se consiguen y se desempeñan las tareas y esto es la innovación de la organización. El objetivo es transformar los procesos secundarios en primarios y así cocinar con las personas, lavar la ropa en las viviendas, etc. Todo esto también tiene un “sentido terapéutico”. Pero son siempre los residentes quienes determinan el ritmo de la organización, no la organización.

⁸⁸ Traducción de la autora.

El número de visitas no lo tienen registrado, pero existe un gran compromiso y relación con la comunidad. En Aalbeke, cuando se inauguró la residencia en 2010, la población *se sentía orgullosa* de tener su propia residencia. Desde el principio hubo una colaboración muy estrecha con toda la población, Jan Goddaer destaca que “les acogieron con los brazos abiertos”.

4. ¿Cómo mejoran la calidad de vida los paseos? ¿Cuántas personas normalmente se apuntan a la actividad? ¿Los residentes puede escoger qué ruta realizan? ¿Hay también personas de la comunidad que se unen a las rutas? ¿Qué tipo de perfiles? ¿El centro *De Weister* colabora con alguna otra entidad o asociación en Kortrijk (colegios, universidad, otros servicios...)? ¿Cuántos voluntarios suelen apuntarse a las actividades que hay?

En el Plan Nacional de Demencia se habla de la prevención. Caminar es importante y también el sentimiento de pertenencia a la sociedad. Así, las personas salen, pueden encontrarse con personas con demencia y a través de estas rutas se ha ido trabajando en eliminar el estigma asociado a la demencia a nivel local. También se trabaja mucho con otras entidades a nivel local y estas rutas son una de las actividades que la residencia *WZC De Weister* organiza y comparte. Tienen un pequeño dossier en francés y holandés para abrirlo a la mayor parte de la población. Estas rutas también han permitido trabajar con la oficina de turismo de Aalbeke, con el departamento de deporte... Es un proyecto con una visión global para la inclusión en la comunidad.

Todos los viernes se organizan una o varias rutas por una asociación de personas adultas jóvenes con demencia. Normalmente desde *De Weister* participan más cuando hace buen tiempo. También se han organizado visitas guiadas en autobús hasta el punto de encuentro en la residencia para comenzar las rutas desde ahí.

No hay estadística o un seguimiento de las personas que se apuntan a la actividad, pero hay bastante sensibilización. Existen también unas señales a lo largo de la ruta que se denominan “memoria viviente” (*living memory*), algo así como “la ruta de viaje en el tiempo”. Así que es muy fácil pararse a mirar las señales y preguntar por estas rutas, y es cuando desde el centro se ofrece más información y se compare el dossier.

5. ¿La residencia es de gestión pública o privada?

De Weister es una residencia de la ciudad de Kortrijk, lo que se conoce como *Zorg Kortrijk* (cuidados de Kortrijk). Es parte de los servicios municipales. Sin embargo, si no hay suficientes personas de Kortrijk en la solicitud de plazas de la residencia, puede ampliarse a otros términos municipales colindantes, aunque es un debate a veces.

6. ¿Son los paseos accesibles en términos de movilidad? ¿Existe algún punto o zona donde haya molestias o riesgos como ruido de tráfico, pasos de peatones, escaleras...?

La accesibilidad fue uno de los retos principales. Para Jan Goddaer, cuando se quiere crear una comunidad amigable con la demencia, la accesibilidad es el problema principal, pero es un requisito

obligatorio. Si no existen recorridos accesibles, el resto no funciona. Así que la accesibilidad fue el primer objetivo, se seleccionaron las rutas a partir de varios reconocimientos de accesibilidad física, visual y auditiva, lo cual son necesidades específicas muy distintas. Si se quiere implementar una comunidad amigable con personas con demencia, lo primero es asegurar la accesibilidad universal, lo cual ayuda a promover la actividad física.

7. ¿La residencia de mayores está diseñada siguiendo los principios o recomendaciones del diseño amigable con las personas con demencia? ¿Qué parámetros se han tenido en cuenta? ¿Cómo puede contribuir el diseño a generar entornos más inclusivos en el interior y en el exterior?

La arquitectura y el diseño de los espacios tiene un papel fundamental. En la escala pequeña de vida normalizada es muy importante generar la sensación de hogar, por eso se creó el salón, la cocina... las personas tienen su propia habitación individual con su baño y pueden adaptarla y decorarla a su gusto, con los muebles que prefieran.

También la relación entre el interior y el exterior es fundamental, el contacto con la naturaleza, tener acceso visual a la naturaleza y a espacios exteriores, contacto con el mundo externo. Otro aspecto fundamental es el contraste, por ejemplo, el mobiliario que seleccionamos, las paredes, los colores, el suelo... han sido elegidos de forma que siempre exista contraste. El suelo ha de ser distinto de las paredes, para poder apreciar correctamente las diferencias. También evitar colores o alfombras negras en el suelo, ya que se pueden confundir con agujeros debido a las alucinaciones y tener luego miedo a caerse o a salir. También las visuales entre espacios son importantes, una cuidadora o enfermera ha de poder sentarse en un punto y tener control de todo el espacio.

También en su momento se planteó tener una "habitación de reminiscencia" pero sin mucho éxito. En la cafetería se incluyeron varios elementos de mobiliario de hace varios años, mesas, sillas... pero cuando se invitaba a las personas a sentarse allí, la respuesta era que "eran muebles muy antiguos y que no se sentarían ahí". Así que, de alguna forma, se percibe que lo mejor es elegir lo *natural* y *normalizado*.

Pero la esencia es el sentimiento de hogar y un entorno hogareño, y los otros tres ejes mencionados previamente.

8. Respecto a los elementos de diseño del espacio público, ¿hay algún criterio específico sobre accesibilidad, pavimento, material, bancos u otros elementos? Y respecto de los jardines o espacios verdes, ¿se ha realizado algún trabajo específico en este sentido? ¿Hay jardines terapéuticos o actividades de jardinería?

Otro proyecto realizado en 2015 fue el jardín de movimiento intergeneracional. Es un parque de juegos, pero desde *De Weister* pensaron en un diseño intergeneracional para jóvenes y personas mayores adultas. A un lado está la residencia *De Weister*, en otro sitio los apartamentos sociales o viviendas, el centro de servicios locales y en medio se quería realizar un espacio público para niños y

jóvenes, cuando se propuso al Ayuntamiento poder generar un espacio donde las personas con demencia pudieran también participar. Así que se generó un 'parque de movimiento' enfrente del centro *De Weister*. En este espacio no solo se promociona la actividad física, también se promueven los contactos e interacciones intergeneracionales y también a través de la música. La música también es muy importante para las personas con demencia, por lo que se han creado distintos elementos musicales integrados en el parque y en ellos se puede fácilmente generar música. Y en este espacio sí que se identifica una mayor interacción intergeneracional, a veces las personas jóvenes tocan, otras veces son las mayores... es una actividad intergeneracional.

9. ¿Cuáles son los principales elementos de interés para una persona con demencia en el entorno? ¿Hay alguna relación con otros edificios o equipamientos en las proximidades?

Desde *De Weister* invirtieron también esfuerzos en generar una mayor amigabilidad en el sector turismo. Para Jan Goddaer, es fundamental el unir a las personas a partir de intereses comunes, independientemente de que sea la cultura, los deportes, los viajes... las personas se juntarán siempre que haya un interés común y ahí es donde las personas con demencia pueden participar. No hace falta crear nuevas actividades específicas para ellas. Por ejemplo, en la residencia hay un coro abierto a todo el mundo, pero también las personas con demencia pueden participar. El hecho es que cuando las personas se juntan para cantar, la demencia desaparece, porque las personas con demencia también pueden cantar muy bien. Es en ese momento cuando miras a la persona como una persona normal, no como a una persona con demencia.

10. ¿Se han tenido en cuenta elementos como el confort de temperatura, iluminación o vientos para seleccionar los itinerarios?

Sí, sobre todo la iluminación. Para las personas mayores con demencia, las horas de exposición de luz solar es muy importante, lo cual se traduce en ventanas más grandes y más fuentes de luz. Tener más iluminación contribuye a tener menos depresión, también para los trabajadores, para que tengan más energía.

11. ¿Cuáles son las iniciativas de amigabilidad con la demencia más relevantes en Kortrijk? Según su opinión, ¿qué es lo mejor que ofrece el centro *De Weister* a sus residentes?

Para Jan Goddaer lo más importante para la inclusión de las personas con demencia y la amigabilidad de los entornos urbanos es la normalización, lo cual es el pilar principal en la pequeña escala y vida normalizada. Esto quiere decir '*actuar lo más normal posible*', '*la vida tal y como es*'. Y esa es la primera cuestión que hay que resolver y la que hay que plantarse: '*¿harías esto en tu casa o no?*'. Esto aplica para todas las escalas, sobre todo en una residencia de cuidados de atención centrada en la persona. Si la respuesta se responde con un '*sí, pero...*', entonces es cuando deben tomarse decisiones a nivel de organización y tomar decisiones. Existe un tipo de cuidado que es "*proveedor de cuidados*" (*supply-driven*) y ahí es la organización la que decide lo que pasa. Hay otro tipo de cuidado que es "*cuidados a la demanda*" (*demand-driven*) y es el residente quien decide, que es a lo que principalmente se tendía previamente. Pero estos dos modelos no funcionan correctamente, porque la comunicación es unidireccional, hay que trabajar en lo que se denomina

“cuidado orientado a la relación”, porque los cuidados y las necesidades son bidireccionales y es importante que las personas residentes sean conscientes de sus responsabilidades y las asuman, sobre todo en algunas alternativas y elecciones. Por ejemplo, si todo el mundo quiere hacer las cosas a la hora que quieran y ésta coincide, puede ser que todas las personas hagan todo a la misma hora, y la atención y los cuidados no serían de la máxima calidad. Es importante que la persona decida siendo consciente de las consecuencias de su elección. En *De Weister*, todo es posible, pero hay que trabajar de forma colaborativa. Ese es el mensaje con el que trabajan en la actualidad. También con las familias. Y también la calidad de las relaciones es muy importante, es necesario mantener una distancia al mismo tiempo que se favorece la intimidad y complicidad. El equipo trabaja en dar ayuda solo cuando es necesaria, intentando dar la mayor autonomía posible a las personas residentes. Los principios son esos, lo que se reduce a bienestar y vida, solo eso.

12. ¿Cuáles serían los elementos más significativos en el espacio público para las personas con demencia?

Según el Gobierno de Flandes, el Ministerio de Servicios Sociales, Salud y Cuidados creó en 2010 el primer Plan de la Demencia. En la actualidad ya se está trabajando en el plan 2.0, aunque a nivel local también hay Planes de Demencia, con sus correspondientes programas y actividades. Los fundamentos son los mismos, pero con mayor evidencia y seguimiento. Así que el primer punto que se intenta crear es la ciudadanía, hacer sentir a las personas parte de una comunidad. Esto es uno de los principales objetivos en los que se trabaja desde *De Weister*. El segundo punto es eliminar el estigma social. Y por último, una mente sana en un cuerpo sano, por eso se promueve el caminar, una actividad que se promociona para prevenir la diabetes, las enfermedades cardiovasculares... y también la demencia. Todo tiene que ver con estar en movimiento y hacer deporte para prevenir. Como no había suficiente presupuesto y a nivel político interesa tener resultados en períodos cortos de tiempo, a pesar de que la investigación científica también era un pilar principal, finalmente se optó por trabajar más en la prevención y en estos tres ejes comentados principalmente. Se han creado distintos programas para mejorar la autonomía de las personas con demencia y de sus cuidadores, se ha invertido en identificar los diagnósticos de forma precoz, sobre todo para la detección de casos de demencia de adultos jóvenes. Así que desde *De Weister* se ha trabajado en esos tres ejes en todos los espacios que se han creado, desde el centro hasta el espacio público.

Tabla 24. Resumen de las respuestas a la entrevista semiestructurada a Jan Goddaer. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

El proyecto *WZC De Weister* destaca por el trabajo realizado para que el centro esté en conexión física y social con la comunidad. El trabajo del equipo de *WCZ De Weister* demuestra una proactividad y creatividad para abrir el centro a la comunidad, integrar e incluir a las personas con demencia en el día a día de Aalbeke y generar vínculos

emocionales entre las personas del centro con la comunidad, a través de un trabajo continuo y la participación de las personas residentes, sus familias, los cuidadores informales, los trabajadores y resto de agentes sociales.

De esta voluntad y del trabajo en equipo de todo el centro, así como diversos agentes locales, entre ellos el propio Ayuntamiento de Kortrijk, el resultado es un entorno físico que se ha ido configurando respetando estos principios, con un área urbana de prioridad peatonal, espacios verdes inclusivos, elementos urbanos que promueven la interacción social intergeneracional y paseos que vinculan la memoria de Aalbeke con las personas con demencia en recorridos accesibles y abiertos a la comunidad.

El edificio es un centro de grandes dimensiones que llama la atención en el contexto urbano donde está ubicado, pero su altura limitada a 2 plantas, como el resto de los edificios de alrededor, hace que esté integrado en el entorno, además de que el perímetro y los jardines son entornos inclusivos y abiertos, proveyendo de espacios de juego y estanciales seguros y sin tráfico.

La existencia de un patrimonio histórico preservado da un soporte físico para la creación y desarrollo de un proyecto comunitario de promoción de la salud a través de itinerarios peatonales con hitos simbólicos que ayudan a la orientación, así como a generar oportunidades de interacción con las personas mayores con demencia.

4.6.2. *Woonzorgcentrum De Zon* (Bellegem, Kortrijk)

Introducción

El *Woonzorgcentrum* (WZC) *De Zon* es una residencia de mayores integrada en un desarrollo urbano que incorporaba también 24 apartamentos de vivienda social y un centro comunitario en el pueblo de Bellegem⁸⁹ en Kortrijk. Todo el proyecto incorpora los principios de proximidad, compacidad e inclusión, con un enfoque intergeneracional, en continuidad con el tejido urbano existente. El *WZC De Zon* consiste en una residencia de 96 plazas distribuidas en 6 unidades de convivencia (viviendas) de 16 residentes cada una. Los perfiles son personas con demencia y grandes dependientes.

⁸⁹ Bellegem es un pequeño pueblo que forma parte del municipio de Kortrijk, situándose a 7 km del centro del mismo.

El proyecto se articula siguiendo los principios de sostenibilidad y eficiencia energética. A escala urbana, destaca la integración de un aljibe para captación de aguas pluviales y gestión de la escorrentía para su almacenamiento y drenaje y la construcción de un basamento que incorpora todo el aparcamiento y la logística a cada uno de los bloques de viviendas, así como al *WZC De Zon*. De esta forma, el espacio urbano queda libre de vehículos, pudiendo desarrollar un área peatonal segura e inclusiva. Cada edificio también cumple con altas prestaciones en términos de eficiencia energética y aislamiento térmico y todos incorporan paneles fotovoltaicos para la producción de energía eléctrica (Gobierno Flamenco, 2017)⁹⁰.

Contexto y entorno inmediato de WZC De Zon

El *WZC De Zon* se articula alrededor de un espacio público exclusivo para peatones y ciclistas, creando una nueva conexión entre uno de los colegios municipales con el resto del pueblo. Esta plaza se llama *Zomerplein* y es el espacio de encuentro entre *WZC De Zon* y las viviendas sociales. Hay elementos para el juego tanto para niños como para personas mayores, como mobiliario de ejercicios de mantenimiento, petanca, columpios y una mesa con ajedrez.

El centro WZC está orientado principalmente hacia el sur, para abrir los espacios estanciales principales a esta orientación. Todas las terrazas tienen vistas a *Zomerplein*, para tener contacto visual con lo que pasa en la calle a lo largo del día. Las viviendas sociales construidas han seguido los principios de “viviendas para toda la vida”, resultado en apartamentos accesibles adaptados para las necesidades progresivas que pueden ir surgiendo a lo largo de la vida de una persona.

⁹⁰ A partir de varias entrevistas se identificó la normativa que establece las recomendaciones de diseño de las residencias de pequeña escala en Bélgica, el Decreto de Atención Residencial de 13 de marzo de 2009, propuesto por el Ministerio de Bienestar Social, Salud Pública y Familia del Gobierno Flamenco. Este Decreto recoge las características que deben cumplir los centros de atención residencial o partes de éstos para proyectos de reforma, ampliación o renovación, para poder homologarse y recibir un subsidio. De su revisión resulta interesante destacar que se establece la obligatoriedad de disponer de un área de 3 m² en el espacio exterior para residentes, visitantes y personal; así como un cobertizo protegido de bicicletas disponible para visitantes y personal. Fuente: Gobierno Flamenco. Decreto del Gobierno flamenco del 16 de diciembre de 2016 publicado el 03 de febrero de 2017. Artículo 47/1. Disponible en: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2016/12/16/2017010304/staatsblad> Último acceso: 28/10/2022.

Este proyecto fue terminado en 2019 por iniciativa del Centro Público de Bienestar Social de Kortrijk. El *WZC De Zon* fue diseñada siguiendo los principios del modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) y la vida normalizada de pequeña escala, y de la experiencia previa del diseño del *WZC De Weister*.

Centro de mayores <i>Woonzorgcentrum De Zon</i>	
Ubicación	
Ciudad	Bellegem (Kortrijk, Flandes)
Año de construcción del centro	2019
Distancia al centro urbano (al centro de Bellegem)	400 m (5 mins. a pie)
Tipo de equipamiento	Residencia de mayores de pequeña escala y vida normalizada
Gestión	
Nombre de la institución	Zorg Kortrijk, Public Centre for Social Welfare (OCMW)
Tipo de organización	Pública, municipio de Kortrijk
Perfil de los residentes	Gran dependencia: personas con demencia y personas con discapacidad
Número de residentes	96, 64 viviendo con demencia y 32 con un alto grado de dependencia
Edificio	
Estudio arquitectura	B2Ai architects
Área del sitio	3.000 m ² (aprox., la parcela del centro)
Viviendas	6 viviendas (unidades de convivencia) de 16 residentes, todas en un mismo edificio de tres plantas (planta baja + plantas primera y segunda)
Área de la Vivienda	845 m ² (aprox., de cada unidad de convivencia)
Servicios que ofrece el centro	Servicios básicos y cocina integrada en cada una de las unidades de convivencia, peluquería, podólogo, cafetería/restaurante abierto a toda la comunidad, salas comunes de talleres y reuniones.

Tabla 25. Resumen de características del caso de estudio *WZC De Zon*. Fuente: elaboración propia.

Visita – análisis ambiental

La visita se desarrolló durante la mañana del 5 de febrero de 2020, a continuación de la visita del *WZC De Weister* y de la entrevista a Jan Goddaer en su despacho. A

continuación, se recogen los elementos y aspectos más relevantes en el diseño del entorno físico y las principales observaciones⁹¹.

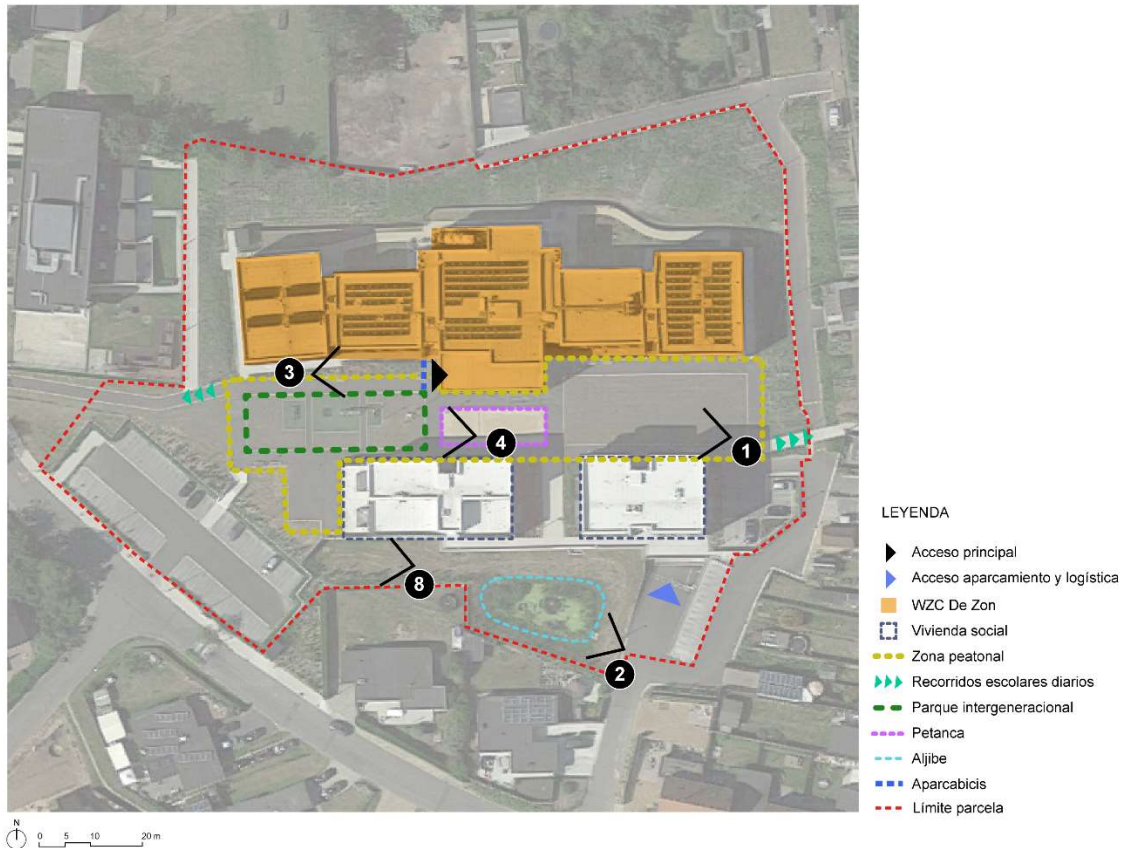


Figura 47. Plano general del área Zomerplein y el centro WZC De Zon Fuente: elaboración propia.

⁹¹ Se puede realizar una visita virtual al centro, así como consultar los servicios y listado de precios diarios en el siguiente enlace: <https://virtualtours.the360experience.be/Woonzorgcentra-Kortrijk/index.html> Último acceso: 28/10/2022.

Selección de fotografías



Fotografía 1. Fachada principal del centro *WZC De Zon*. El espacio público entre los edificios de apartamentos sociales y la residencia *WZC De Zon* es un espacio de encuentro y de conexión con la escuela infantil de Bellegem. Todos los días, los niños pasean a través de este espacio en un camino escolar seguro.
Fuente: autora, 2020.



Fotografía 2. Aljibe en superficie para la captación y gestión de aguas pluviales.
Fuente: autora, 2020.



Fotografía 3. El acceso principal a *WZC De Zon* cuenta con varios aparcabicis para fomentar la movilidad activa de los trabajadores y visitantes.
Fuente: autora, 2020.



Fotografía 4. Parque intergeneracional inclusivo con petanca, mesa de ajedrez y mobiliario de ejercicios e instrumentos musicales para fomentar la interacción social.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 5. La sala de estar está dividida en distintos ambientes, con una cocina integrada, zona de comedor, espacio de sillones y salita, vistas al exterior y espacios naturales y rincones más apartados para buscar mayor tranquilidad. Los techos incluyen elementos para mejorar la acústica de la sala. A pesar de que la visita se realizó al poco tiempo de inaugurar el centro, se identifica el progresivo trabajo para generar un entorno hogareño con elementos personales.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 6. Las conexiones visuales entre las distintas estancias ayudan a la orientación. La cafetería es un espacio abierto a toda la comunidad en la fachada principal que da a la plaza. En todo el centro se pueden observar distintos elementos decorativos en aquellos lugares donde se quiere fomentar la actividad y la interacción social.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 7. La rutina diaria se desarrolla principalmente en el salón. Cada una de las unidades de convivencia incorpora una sala de estar con cocina incorporada para favorecer la participación según la autonomía de cada residente. Cada unidad de convivencia trabaja como un equipo o familia, con una relación de proximidad entre cuidadores y personas residentes. Fuente: autora, 2020.



Fotografía 8. La encimera tiene un diseño accesible y es una de las piezas principales que articulan las actividades diarias para la preparación de las comidas en equipo. Fuente: WZC De Zon.



Fotografía 9. En los pasillos, entre las habitaciones y el salón principal, se identifican pequeñas zonas más tranquilas con vistas al exterior y un proyecto innovador de arte en movimiento de paisajes naturales. Estos rincones son zonas estanciales de calma para relajarse cuando es necesario. Fuente: autora, 2020.



Fotografía 10. El equipo del centro desarrolla distintos proyectos culturales y artísticos. Este ejemplo es la selección de varias imágenes de elementos naturales y paisajes que las personas residentes eligieron. Son piezas móviles que se pueden colocar en las habitaciones o en distintos espacios de la vivienda.

Fuente: autora, 2020.

Tabla 26. Selección de imágenes de la visita a WZC De Weister. Fuente: elaboración propia.

Es importante mencionar que la visita se realizó a principios de febrero, en invierno, por lo que las actividades se estaban desarrollando en el salón principal de cada vivienda. El centro había sido inaugurado recientemente a finales de 2019, por lo que aún se identifican en las imágenes falta de decoración o de crecimiento de la vegetación del espacio exterior.

Análisis de la entrevista a Jan Goddaer (parte II)

En la siguiente tabla se completa la entrevista a Jan Goddaer, completando la información con el proyecto *WZC De Zon*. En el Anexo II se incluye la transcripción completa de la entrevista original en inglés.

1. ¿Cuál es el planteamiento del proyecto *De Zon*?

El proyecto *De Zon* ha supuesto no solo la construcción de la residencia de mayores, sino que es un nuevo desarrollo urbano de pequeña escala, donde se ha construido un edificio de viviendas enfrente de la residencia, así como un espacio público sin vehículos y con espacios de encuentro intergeneracionales. A pesar de ser un gran edificio, desde la calle principal no se aprecia su escala, debido a la topografía del terreno, pareciendo mucho más integrado con el entorno. La parcela cuenta con un aljibe de agua para reducir la escorrentía en períodos de lluvia intensos.

El espacio intermedio, que ha generado una gran plaza, es recorrido a diario por los niños que van al colegio de educación primaria. Es un recorrido seguro para muchos niños que van al colegio cada mañana, sin presencia de ningún vehículo, que acceden al centro *De Zon* y a las viviendas por un sótano que se traduce en la base de los edificios y donde se gestiona toda la logística de mercancías necesaria. En la plaza intermedia

2. ¿Qué tipo de personas viven en la residencia *WZC De Zon*? ¿Qué tipo de perfiles viven en ella y su nivel de dependencia?

Se trata de una residencia de personas mayores con demencia y grandes dependientes. La media de edad son los 82 años y suelen vivir una media de 3 años en el centro. La residencia tiene un total de 64 plazas distribuidas en 6 viviendas (unidades de convivencia) de 16 habitaciones cada una.

3. ¿Cuál es la relación con la comunidad?

Jan Goddaer identifica un mayor reto para generar interacción con la comunidad en la residencia *De Zon* que en *De Weister*. Comenta que es un proyecto relativamente reciente y que, por lo tanto, todavía es necesario generar el sentimiento de hogar dentro y fuera del centro.

4. ¿Existe alguna normativa específica que se tenga que cumplir para el diseño de los espacios?

Sí, en el caso de la residencia *WZC De Weister*, el equipo de arquitectura estuvo muy implicado en el proyecto. Pero ha sido en el *WZC De Zon* cuando ha habido una mayor interacción entre el equipo de *Zorg Kortrijk* y el estudio de arquitectura. Además, el Centro de Expertos de Demencia tenían que aprobar este proyecto, por lo que ha pasado los criterios de 'amigabilidad de la demencia', así como por la Agencia Federal de Suministro de Alimentos y por otra organización llamada *Enter* que trabaja en accesibilidad. Y por supuesto, la aprobación de los planos frente al riesgo de incendios, pero eso es lo habitual.

5. ¿Existe alguna iniciativa o proyecto más que se haya desarrollado en alguna de las residencias que pueda ser objeto de interés?

Hace años se realizó un intercambio con una residencia en Italia, en Torre Pellice⁹². Ambas residencias realizaron un intercambio con las personas residentes. El objetivo era crear una comunidad de turismo amigable con las personas con demencia, un punto muy importante, porque tiene que ver con el ocio y viajar. Además, cuando una persona con demencia que vive en su casa, por ejemplo, o personas con estadios leves de demencia, quieren viajar, se encuentran con bastantes retos, no solo es que el hotel esté adaptado. Se necesita ir al aeropuerto, coger un taxi, tomar un café, ir a la farmacia, ir al médico si pasa algo... y más aún, en el caso de personas con demencia, también es ir al supermercado, coger un autobús, ir a un bar, comprar un recuerdo... es en parte llevar consigo a rutina diaria, es todo. Por lo que se buscaron apoyos de múltiples agentes y socios.

El poder salir de vacaciones supone un reto para las competencias de la persona con demencia, resultando en un estímulo positivo para reforzar las capacidades remanentes. Jan Goddaer comparte que además ocurren anécdotas siempre de gran impacto, como una señora que vivía en la residencia y que siempre necesitaba que le dieran de comer y que le hicieran todos los

⁹² Más información: <https://xsone.org/> Último acceso: 28/10/2022.

servicios... hasta que, en un viaje de vacaciones, nada más llegar, durante la cena, al ver la copa de champán y el salmón... cogió el vaso y lo bebió y comentó que “era la primera vez que ha sentido ser una persona de nuevo”. Por eso son tan importantes las comunidades amigables con la demencia, museos, hoteles, apartamentos, la señalética de la ciudad... no solo para las personas con demencia, se trata de accesibilidad universal.

6. Respecto a los elementos de diseño del espacio público en la residencia *De Zon*, ¿hay algún criterio específico sobre accesibilidad, pavimento, material, bancos u otros elementos? Y respecto de los jardines o espacios verdes, ¿se ha realizado algún trabajo específico en este sentido? ¿Hay jardines terapéuticos o actividades de jardinería?

Dentro de la residencia también se ha trabajado con la relación entre el interior y el exterior. Por ejemplo, se ha desarrollado un proyecto artístico con fotografías de la naturaleza en distintas zonas del centro para tener un paisaje “vivo” en el interior. El proyecto fue desarrollado con el Centro de Expertos en Demencia y se denominó “arte integrado en una residencia de personas mayores” y la temática elegida era introducir la naturaleza en la residencia para crear tranquilidad y también mejorar la orientación. Así que el proyecto está todavía vivo, las imágenes son de la naturaleza y han sido elegidas por las personas residentes, que además se lo pueden llevar a sus habitaciones. Hay más de 100 imágenes elegidas, por lo que también pueden realizarse variaciones y cambiar las imágenes según la época del año...

Sin embargo, el tener pájaros dentro de las viviendas o gallinas en el exterior todavía no ha sido posible – sí en *De Weister*, que ya está en funcionamiento – en *De Zon* es demasiado pronto, pero se dará la oportunidad con el paso del tiempo. En la actualidad, por ejemplo, se permite que una de las personas pueda estar acompañada por su perro y que el perro también tenga su propio espacio en el centro.

7. ¿Cuál ha sido la articulación del proyecto a nivel de financiación?

Esta promoción ha sido financiada por dos agentes, por una parte, la Empresa Flamenca de la Vivienda Social (*Flemish Company for Social Housing, FCSH*) y la Fundación de Infraestructuras para Asuntos Relacionados con las Personas (*Infrastructure Fund for Person-Related Matters, VIPA*). Ha sido complejo de gestionar para poder articular la financiación de ambas entidades.

Las viviendas sociales están en régimen de alquiler, es vivienda social, se podía incluir el criterio de “fragilidad”. Pero la situación en Bellegem es bastante acomodada, las personas no necesitan viviendas sociales, así que lo que se ha hecho con los 24 apartamentos es ser más flexible con el criterio de “fragilidad”. El suelo es propiedad del municipio de Kortrijk y luego hay zonas abiertas que gestiona el equipo del centro *De Zon*.

Tabla 27. Resumen de las respuestas a la entrevista semiestructurada a Jan Goddaer. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

El proyecto WZC De Zon como parte del complejo *Woonzorgcampus* es una promoción pública de viviendas sociales, centro residencial de personas mayores con alta dependencia y centro comunitario, marcado por la innovación en sostenibilidad desde distintos enfoques: consideración de la movilidad, promoción de los desplazamientos activos, gestión del agua, generación de energía eléctrica y alta eficiencia energética; creación de un entorno peatonal seguro para favorecer las conexiones a pie en el entorno de proximidad del centro, espacios altamente utilizados por niños, personas mayores y personas con discapacidad sobre todo y creación de espacios de convivencia intergeneracionales incorporando actividades y elementos urbanos que integren a distintos agentes de la comunidad en el día a día de un centro de mayores.

Los principios del modelo de Atención Centrada en la Persona y la escala pequeña de vida normalizada (KGW) se aplican en el centro *WZC De Zon* tanto en su integración con el resto de los edificios y contexto urbano, como en el interior, con la organización en unidades de convivencia independientes entre sí.

4.6.3. Gante, ciudad amigable con la demencia

Introducción

Gante es una ciudad localizada en la región flamenca de Bélgica. Tiene una población de 263.703 habitantes, siendo el segundo municipio más poblado del país. Recientemente, Gante se ha comprometido con una red de más de 28 agentes con ser una ciudad amigable con las personas mayores y con las personas con demencia. Más allá del sector de los cuidados, ofrecer información y apoyo, Gante ha comenzado a desarrollar programas propios a nivel municipal para promover la participación y la inclusión de las personas mayores con demencia a partir de las ocho áreas de trabajo definidas en el documento “Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía” publicado por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2007).

Visita

La visita se desarrolló durante la mañana del 6 de febrero de 2020 y la entrevista a Veerle Baert y a Jakob Decavel se realizó en distintos momentos a lo largo del día. A continuación, se recogen los proyectos principales mencionados en las entrevistas y

algunas imágenes que ilustran y hacen referencia a aspectos comentados en las conversaciones.

Selección de fotografías



Fotografía 1. Hall principal de la mediateca De Krook (RCR Architectes, Coussée & Goris architecten). La señalética integrada en el techo con un diseño minimalista no es percibida por las personas usuarias como accesible. La orientación en el edificio tampoco resulta evidente, ya que la entrada y salida es por la planta sótano en vez de la planta baja.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 2. Calle adoquinada en Gante. El diseño del espacio urbano, aunque da preferencia a las personas – reforzado por la nueva Zona de Bajas Emisiones que restringe el acceso a los vehículos en la ciudad – se identifica como poco accesible en cuanto al pavimento y mantenimiento del adoquinado.

Fuente: autora, 2020.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS



Fotografía 3. Gante ciudad amigable con la demencia. Oficina central en el Ayuntamiento.
Fuente: autora, 2020.

A flyer for "Inloophuis Dementie" with text in Dutch and a photo of an elderly couple. The flyer includes contact information, a map, and a list of services. The photo shows an elderly man and woman walking outdoors, with the man pointing towards something off-camera. The flyer has a red and white color scheme and the "gent:" logo.

Fotografía 4. *Inloophuis Dementie* es un centro abierto en Gante para poder informarse sobre todas las posibilidades de alojamientos, servicios y actividades disponibles para las personas mayores con demencia.
Fuente: Ayuntamiento de Gante, 2020.



Fotografía 5. Proyecto piloto de contenedor móvil de vivienda con cuidados. Se trata de un contenedor para ser instalado de forma temporal en las parcelas de las viviendas de personas mayores, de forma que los cuidadores puedan mudarse y prestar cuidados y apoyos a la persona, pero manteniendo su independencia en un pequeño apartamento. En un día este módulo puede estar equipado y listo para su uso.
Fuente: Ayuntamiento de Gante, 2020.



Fotografía 6. Maleta con contenido audiovisual de préstamo gratuito para tener más información sobre la demencia en distintos formatos. La maleta está disponible en todas las bibliotecas municipales, Fuente: Ayuntamiento de Gante, 2020.



Fotografía 7. Juego de *escape room* sobre la demencia⁹³. Se trata de una instalación móvil que puede instalarse en distintos centros y espacios. El objetivo es aprender, a través de una serie de pruebas y juegos, en qué consiste la demencia y tener un espacio de diálogo abierto para el intercambio y aprendizaje. Fuente: Proyecto del colectivo #ANT y el Centro de Expertos de Demencia Paradox, con apoyo del Gobierno Flamenco, Fundación King Baudouin, la Lotería Nacional y la Ciudad de Gante.

Tabla 28. Selección de imágenes de la visita a Gante. Fuente: elaboración propia.

Al no haber un proyecto concreto, sino distintos proyectos de promoción y sensibilización a nivel municipal, no se analizó ningún espacio específico de la ciudad.

Análisis de la entrevista a Veerle Baert

En la siguiente tabla, se presenta un resumen de las respuestas de la entrevista a Veerle Baert. En el Anexo II se incluye la transcripción completa de la entrevista original en inglés.

1. ¿Cuáles son los objetivos y a qué se dedica la institución VVGS? ¿Es una institución pública, privada...? ¿Cuál ha sido su rol dentro de esta entidad?

La VVSG⁹⁴ es la Asociación Flamenca de Municipios y Ciudades, entidad que agrupa todos los municipios flamencos de Bélgica, existe una asociación o entidad similar en todos los países europeos. En concreto, en el proyecto de amigabilidad con las personas mayores con demencia, fue en un encuentro internacional cuando la Fundación King Baudouin decidió empezar a hacer convocatorias de proyectos y buenas prácticas para la integración de las personas con demencia. Se seleccionaron 10 proyectos en Flandes tras una convocatoria para participar en la que se

⁹³ Juego *escape room* sobre la demencia. (Paradox expertisecentrum dementie, 2021). Disponible en: <https://www.dementie.be/paradox/escape-game-dementie/> Último acceso: 28/10/2022.

⁹⁴ Asociación Flamenca de Ciudades y Municipios (VVSG, 2021). Disponible en: <https://www.agefriendlyeurope.org/content/vvsg-association-flemish-cities-and-municipalities-why-we-joined-afe-innovnet>

involucraron numerosos municipios. Uno de los proyectos fue el que ganó la VVSG, ya que era una entidad sin ánimo de lucro y neutra, lo cual era importante para no seleccionar proyectos vinculados a nivel político con ninguna decisión, si no que fuesen orientados a consolidar una red de ciudades y municipios amigables con la demencia.

El rol de Veerle en la VVSG fue sobre todo la comunicación y difusión de qué es una ciudad amigable con la demencia, cómo crearla y cómo hacer la transición y continuación hacia el modelo. Así que, en primer lugar, se plantearon qué era un municipio amigable con la demencia y Veerle creó un libro para recoger buenas prácticas sobre entornos accesibles e inclusivos.

2. ¿Cuáles son los proyectos o iniciativas más interesantes de comunidades amigables con la demencia en Bélgica?

Veerle Baert ha trabajado en numerosas ciudades de Bélgica y conocido de primera mano las iniciativas y proyectos desarrollados para hacer más amigables las ciudades y las comunidades. Uno de los proyectos que se desarrollaron en Gante, por ejemplo, fue crear una especie de “kit de primeros auxilios” en una maleta en las bibliotecas municipales, para facilitar el material más reciente e innovador a las personas interesadas en conocer más sobre la demencia, qué hacer, cómo adaptar la vivienda, cómo sensibilizarse con la enfermedad en el caso de familiares o cuidadores... La maleta contiene libros, folletos dvds, música... y permite a las personas acceder a material actualizado rápidamente.

También se ha trabajado en generar una red de agentes sensibilizados con el tema de la demencia, y, por ejemplo, conductores de autobús o la policía municipal, están más atentos a personas perdidas o desorientadas o personas desaparecidas, que muchas veces acaban apareciendo en algún autobús. Se hizo un reportaje en vídeo para generar mayor sensibilización sobre este tema. Para Veerle Baert es importante que los proyectos de amigabilidad trasciendan a toda la sociedad para que haya una mayor comprensión por la ciudadanía de los retos que supone vivir con demencia y que los entornos sean más inclusivos.

Otro proyecto en Brujas, por ejemplo, de crear tiendas locales amigables con las personas con demencia, tiene el gran reto de que, si en las ciudades hay grandes franquicias, es muy difícil implicar a los agentes, porque el empleado te responderá “habla con las oficinas centrales”. Es un gran reto en las ciudades generar transformaciones con entornos tan impersonales. Por eso, en el proyecto de Brujas se centraron en las tiendas de pequeños comerciantes. En Gante también se intentó implementar, pero solo lo consiguieron en algunas tiendas y restaurantes, a excepción del hotel Ibis, que, a pesar de ser una cadena internacional, el responsable del hotel aceptó a involucrarse en el movimiento de “amigabilidad con las personas mayores y personas con demencia”. Durante las tardes el hotel ofrece un entorno tranquilo y puede acoger sin problema a personas que quieran descansar, tomar un café o tener un espacio de encuentro agradable.

3. ¿Ha participado en alguno de estos proyectos con personas con demencia?

Sí, en muchos de ellos. Por ejemplo, en Gante, cada 3 meses se realizaban talleres con personas y entidades que trabajaban con personas con demencia, pero al final, la inclusión de las personas con

demencia y la interacción con ellas requiere de entornos y grupos más pequeños, porque les resulta difícil tener esa interacción. También la coordinación de los encuentros y la participación está supeditada muchas veces a la persona cuidadora y quizá no pueden participar porque el horario les va mal o cualquier otro motivo. Por otra parte, ir recogiendo información uno a uno es más laborioso, pero ofrece más información.

También es necesario muchas veces salirse de los representantes y las entidades que representan a un colectivo, porque se puede caer en el error de que solo se da el punto de vista de ese colectivo y no se tienen en cuenta el resto de las voces y opiniones.

4. ¿Qué posibilidades ofrece el sistema belga para los cuidados de las personas mayores con demencia? ¿Dónde suelen vivir? ¿Cómo funciona el sistema belga, está apoyado en el sector público o en el privado?

Bélgica tiene una de las mayores tasas de suicidio en Europa, después de Finlandia, y suelen ser hombres adultos mayores. La tasa de suicidios de hombres de más de 80 años es muy elevada. En parte, es porque si se quedan viudos, no saben continuar con su vida porque eran realmente dependientes de sus parejas. Mueren solos y es tras dos o tres meses cuando les encuentran en sus viviendas, aunque en España es parecido, según ha leído Veerle Baert. Hay mucha población mayor que viven en entornos rurales con viviendas no adaptadas y alejados de todos los servicios; y por otra parte, hay muchos estudiantes que no tienen capacidad económica para comprar viviendas en la ciudad o quieren viviendas más amplias y no las encuentran. Existe toda una cadena de problemas de planificación relacionada con las preferencias de las personas.

5. ¿Diría que Bélgica es un país amigable con las personas mayores? ¿Y con las personas con demencia? ¿Qué elementos o factores en su opinión son los más importantes respecto a las guías de la OMS?

Lo más difícil es siempre convencer a los responsables de políticas públicas de la necesidad de promocionar comunidades y ciudades amigables con las personas mayores y amigables con las personas con demencia, ya que todavía existe mucho edadismo en Bélgica y no se percibe a la población adulta como un público atractivo para los votos... Pero para Veerle Baert, en realidad pensar en las personas mayores es mucho más atractivo, porque suele haber dos o tres personas más implicadas en sus cuidados. Así que algo que comenzó a poner en marcha fue la visibilizarían del número de personas con demencia en Bélgica.

También hay mucha diferencia entre las zonas rurales y las urbanas. Bélgica es un país con municipios demasiado pequeños, entre 3.000 y 5.000 habitantes, lo cual hace que tengan muy pocos recursos. Por eso, el gobierno está actualmente trabajando en alianzas territoriales para aunar y optimizar los recursos. En Dinamarca, por el contrario, con eso han sido muy tajantes y los municipios han de tener por lo menos 20.000 o 25.000 habitantes.

Para Veerle Baert, es fundamental que haya unos requisitos mínimos para hacer que las ciudades y comunidades sean amigables con las personas con demencia, no solo puede depender de la decisión de una persona que gobierna y decide. Y que no es posible que por vivir en una ciudad o municipio o

región tengas distintos derechos y recursos que por vivir en otra.

Por otra parte, también se destaca la necesidad actual de poner etiquetas a todas las iniciativas, como amigable con las personas mayores, amigable con la infancia, con las personas en riesgo de exclusión social, etc.

6. ¿Cómo cree que este tipo de iniciativas apoya a las personas con demencia y a las comunidades? ¿Este tipo de iniciativas reciben financiación?

Veerle Baert destaca la necesidad de cooperación entre distintas entidades en varios niveles. Por ejemplo, la organización de Alzheimer suele querer liderar este tipo de iniciativas, pero desde el municipio hay mucho que se puede hacer y además tienen más presupuesto para colaborar y que el impacto sea mayor. Por ello, considera fundamental las alianzas entre distintos agentes y que el trabajo pueda abordarse desde distintos sectores.

7. ¿Existe alguna de las iniciativas que considere el diseño del espacio público?

Desde la experiencia de Veerle Baert, la inclusión de las personas con demencia no está todavía integrada del todo en cuestión de accesibilidad. Por ejemplo, destaca que en Gante existe un técnico municipal arquitecto y sensible a la accesibilidad y a la supresión de barreras arquitectónicas, pero no siempre tiene en cuenta las necesidades específicas de las personas mayores. La accesibilidad universal y la inclusión son dos objetivos principales que todas las personas que trabajen en una organización o un municipio deberían tener en mente. Pensar para el usuario final, no solo para los adultos blancos entre 30 y 40 años de edad. Las personas tienden a pensar para su propio grupo de edad, con su propia visión, y es difícil aprender a empatizar. Además, hay muchas discapacidades que no se perciben a simple vista. Y precisamente la demencia es eso, no tienes por qué identificar que alguien tiene demencia.

Veerle Baert destaca la importancia de los entornos seguros en la ciudad para asegurar la integración de las personas con demencia. Por ejemplo, los recorridos de tranvía muchas veces pueden ser peligrosos para una persona con demencia si están integrados en la calle, se requiere señalizarlos de alguna forma más evidente y accesible. También el generar espacios públicos accesibles, como parques o plazas, pero además señalizar que lo son, porque para los cuidadores o acompañantes de personas en silla de ruedas puede suponer un reto salir sin tener claro qué espacios son accesibles y cuáles no, y eso puede limitar mucho el uso de un espacio u otro de la ciudad. De la misma forma, también es importante incorporar aseos públicos, lugares para beber algo e hidratarse...

8. ¿Cuáles son los principales elementos y principios incluidos en la herramienta de evaluación de amigabilidad de demencia de Flandes para asesorar a municipios y otros agentes?

En Gante, cada 3 meses se realizaban talleres con personas y entidades que trabajaban con personas con demencia, pero al final, la inclusión de las personas con demencia y la interacción con ellas requiere de entornos y grupos más pequeños, porque les resulta difícil tener esa interacción. También la coordinación de los encuentros y la participación está supeditada muchas veces a la persona cuidadora y quizá no pueden participar porque el horario les va mal o cualquier otro motivo.

Por otra parte, ir recogiendo información uno a uno es más laborioso, pero ofrece más información. También es necesario muchas veces salirse de los representantes y las entidades que representan a un colectivo, porque se puede caer en el error de que solo se da el punto de vista de ese colectivo y no se tienen en cuenta el resto de las voces y opiniones.

9. ¿Qué impacto puede tener el entorno físico en la autonomía de las personas mayores?

Veerle Baert comenta que, en su opinión, el diseño para personas con demencia y personas con autismo puede guardar bastante relación. Pone el ejemplo de un edificio recién construido, una gran biblioteca, The Krook, en el centro de Gante, diseñada por un estudio famoso de arquitectura, probablemente un edificio que haya hasta ganado un premio de arquitectura. Pero sostiene que el interior y su utilización son horribles y nada funcionales. Tras la inauguración y las fotos desde fuera, se han encontrado un espacio interior que no funciona y nadie entiende cómo manejarse y orientarse por el edificio, por ejemplo, para ir al baño. La señalética de diseño era muy poco funcional y nada clara... La disposición del edificio también, la entrada y salida del edificio se realiza por la planta sótano -1 pero, sin embargo, no aparece indicado en el ascensor o cualquier otro sitio, por lo que las personas por instinto iban a la planta cero. El mostrador solo tenía un nivel a una altura no accesible en silla de ruedas, bancos no accesibles para las personas mayores... Para Veerle Baert es preciso que los arquitectos también sean capaces de empatizar y diseñar para las personas y servicios que van a utilizar el edificio y entender las necesidades reales. Resalta la importancia de la accesibilidad universal cuando se diseña un edificio o espacio público, porque es para todas las personas. Esta sería una forma de optimizar presupuesto, porque al final son millones que se invierten en edificios y proyectos para que no puedan ser utilizados y disfrutados por la población.

Su tesis la desarrolló sobre la actividad física de personas mayores de más de 85 años y el miedo de salir a la calle. Echa en falta un diseño más cuidado de los pavimentos en Gante. Comenta que el mantenimiento es muy deficiente, con agujeros y adoquines sueltos. Ella misma ha tenido accidentes en la calle con la silla de ruedas y se imagina el miedo que puede sentir una persona mayor que tropiece o se caiga un día. Desde hace poco, Gante cuenta con una política de Zona de Bajas Emisiones y se ha restringido el acceso a los vehículos. Pero el espacio público para caminar y pasear no está adaptado, para las personas mayores, para los cuidadores, personas que van en sillas de ruedas... no es nada fácil. Comenta la dificultad adicional que puede resultar para personas mayores de 70 años.

10. ¿Cuáles son los principales retos en el espacio urbano para las personas con demencia? ¿Cuáles serían los elementos más significativos en el espacio público para las personas con demencia?

Uno de los principales retos es sin duda la accesibilidad universal, tanto en las viviendas privadas como en los edificios y espacios públicos. Veerle Baert destaca la deficiente accesibilidad que existe en los sistemas de transporte público en Bélgica, donde es imposible manejarse de forma autónoma en el tren o el autobús.

Tabla 29. Resumen de las respuestas a la entrevista semiestructurada a Veerle Baert. Fuente: elaboración propia.

Análisis de la entrevista a Jakob Decavel

A continuación, se presenta un resumen de las respuestas de la entrevista a Jakob Decavel. En el Anexo II se incluye la transcripción completa de la entrevista original en inglés.

1. ¿Cuánto tiempo lleva Gante comprometida con ser una ciudad amigable con las personas mayores? ¿Y con la demencia? ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este tipo de programas? ¿Cuáles son los principales ejes de trabajo?

Jakob Decavel lleva trabajando en el departamento de amigabilidad de personas mayores de Gante desde 2018. El proyecto de 'Gante, ciudad amigable con las personas mayores' se inició en 2016 con 28 socios y colaboradores externos. Se trata de un gran proyecto compartido por numerosos agentes. Hay cuatro hospitales en Gante, la policía, el Centro de Expertos en demencia, organizaciones de cuidados informales, la asociación *Alzheimer Disease International* (ADI) como representante de las personas con demencia, organizaciones de enfermeras, farmacéuticos, médicos, algo así como los colegios profesionales. Desde el ayuntamiento colaboran con todos ellos de forma muy directa.

El equipo de Jakob es un grupo de trabajo pequeño dentro del departamento municipal de cuidados de mayores que se enfoca en la amigabilidad de la ciudad y promoviendo la participación de agentes externos para que puedan también trabajar en la amigabilidad de los servicios y de la ciudad para las personas mayores. En total son 9 personas, de los cuales 3 o 4 trabajan sobre el tema de la demencia y los cuidados informales. El resto de los compañeros trabajan en los otros temas identificados por la Organización Mundial de la Salud en cuanto a las ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. Sobre el tema de los espacios públicos, tienen poco recorrido, identifican que tienen muy poco escrito e investigado en Bélgica y que las principales publicaciones se centran en entornos residenciales, a veces algo en el exterior, pero no mucho más. Por el momento se centran en diseñar y organizar algunos itinerarios alrededor de los barrios identificando los principales problemas que las personas se encuentran en sus barrios. También tienen un equipo trabajando en la inclusión y la participación de las personas mayores y cómo incluirlas como agentes con voz a nivel municipal en el ayuntamiento. Han creado un programa específico con el equipo de fútbol de Gante a nivel de barrios, para promocionar el salir de casa, la actividad física, la interacción social... cuando llueve, simplemente se reúnen a charlar sobre temas que les pueden preocupar, como los cuidados informales. Otro eje de trabajo es la movilidad y el transporte público, aunque es un tema más complejo, ya que el servicio de transportes es metropolitano, no solo municipal, pero es un eje de trabajo de gran importancia. Pone el ejemplo de las multas, que muchas personas mayores con demencia olvidan pasar su billete y luego tienen problemas con las multas, que tampoco pagan ni gestionan, además de la

ansiedad que la persona puede sufrir cuando un revisor le multa en un viaje. El equipo municipal ha empezado recientemente, por lo que durante 5 ó 6 años se trabajará en ese programa.

2. ¿Cuáles son los proyectos más interesantes en Gante como ciudad amigable con las personas con demencia?

Uno de los proyectos que se ha desarrollado es el de las maletas con material sobre la demencia en las bibliotecas municipales de Gante; otro que ha tenido muy buena acogida fue la organización de un *escape room* sobre la demencia. Fue una colaboración con un grupo de personas en Gante que tenían un *escape room* y varios de los Centros de Expertos en Demencia de Flandes. La filosofía del *escape room* es aprender a través del juego como forma más natural de aprendizaje, por lo que se pensó que podía ser interesante generar un *escape room* sobre la demencia para generar mayor sensibilización. Realizaron una convocatoria a varios agentes y tuvieron mucha participación de los servicios sociales de demencia, así como de residencias de mayores. En total, más de 40 personas contribuyeron al desarrollo del juego. Fue un proyecto con mucha repercusión a nivel mediático y se han organizado distintos *escape rooms* con esta temática, ya que era un dispositivo móvil en un camión y adaptado, no en una sala donde estás bloqueado hasta que des con la respuesta a las pruebas. Se desarrollaron un total de 10 puzzles, todos ellos con algo que ver con la demencia, algo sobre los olores, sobre las pastillas... después de la actividad hay un momento de discusión y de compartir la experiencia vivida, para trabajar todos los temas que van surgiendo en las pruebas. Hay un total de 5 residencias de mayores municipales en Gante, y el resto son privadas, y se compartió la actividad con todas ellas, así como en otros eventos o actividades organizadas.

Otro proyecto reciente ha sido la creación de un contenedor adaptado para que las personas cuidadoras puedan vivir en las parcelas de las personas con demencia, pero todavía es necesario que se adapte la ley para permitirlo. Por el momento, hay un piloto al lado de una de las residencias municipales para que la gente pueda ir a visitarlo y ver en qué consiste, incluso dormir una noche para probarlo. La siguiente fase será encontrar a alguien que quiera instalarlo en su parcela y así dará comienzo al proceso y trámites para conseguir hacerlo realidad. Este proyecto tiene mucho que ver con la cultura y los territorios belgas, donde la población vive normalmente en viviendas unifamiliares con jardín, pero con poca accesibilidad, en vez de en apartamentos en las ciudades. Este es uno de los proyectos desarrollados por el departamento de vivienda y personas mayores. También tienen un servicio de apartamentos con cuidados para personas que tienen distintas necesidades, un proyecto piloto de 9 viviendas colaborativas para personas mayores con servicios incluidos a nivel de barrio, pero no solo cuidados adicionales, también actividades de ocio, talleres, etc. Desde el centro también se organizan redes de voluntariado, organizan actividades educativas para más de 10.000 personas y otras actividades de ocio.

Otros proyectos en los que colaboran con el departamento de deporte en Gante están organizados a partir de recorridos en la ciudad donde poder hablar sobre los cuidados, la demencia, los distintos servicios que hay, la prevención... También se organizan visitas a museos y diversas actividades con voluntarios, como coros, ciclos formativos sobre la demencia, etc.

Otro proyecto que se quiere poner en marcha es a nivel de barrio, para favorecer redes de apoyos y cuidados a nivel local. Han tenido ya una experiencia en un barrio a través de paseos y rutas con personas del barrio para generar conversaciones en torno al tema y también colaboran mucho con colegios y niños pequeños, que también colaboran en organizar todo eso. Es importante la educación y sensibilización a los niños pequeños y jóvenes. El siguiente paso es escalarlo a 4 ó 5 barrios más.

3. ¿Cómo favorecen y apoyan este tipo de iniciativas a las personas con demencia? ¿Y a las comunidades?

Gante es una ciudad con una población bastante joven, aunque también hay un creciente porcentaje de personas con demencia. Aproximadamente hay unas 4.700 personas con demencia en Gante, y se espera próximamente que sobrepasen las 5.000, de las cuales el 70% vive en su casa, lo cual es un dato positivo porque es el mejor sitio para ellas, al menos en las primeras fases, pero eso genera mucha presión en el sector de los cuidados informales, porque se requiere una organización en las viviendas y so no siempre es la situación habitual. Jakob Decavel identifica una fuerte reticencia a la planificación de la vida una vez aparece la demencia, con dificultad para organizar los cuidados a medida que la enfermedad va progresando.

Para Jakob Decavel, una ciudad o comunidad amigable con la demencia es un movimiento, principalmente social, donde las personas buscan que haya una comunidad donde sus familiares y amistades con demencia puedan participar y ser respetadas. Desde el Ayuntamiento de Gante se promueve la creación de una red de colaboradores para conseguir este objetivo.

4. ¿Podría decirse que Gante es un entorno amigable con las personas con demencia?

Normalmente Gante es una ciudad más centrada en la infancia y en la juventud más que en las personas mayores. Hay algunas necesidades que son las mismas y otras que pueden reforzarse con una mirada intergeneracional. Resulta de gran interés involucrar a las distintas edades en actividades en museos, artistas, la comunidad creativa... para interactuar a partir de elementos y actividades comunes que ayuden a generar una sociedad más inclusiva. Jakob Decavel admite que hay todavía mucho trabajo por hacer.

Tabla 30. Resumen de las respuestas a la entrevista semiestructurada a Jakob Decavel. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

Gante ciudad amigable con las personas con demencia es una iniciativa del equipo municipal para facilitar la vida en la ciudad a las personas con demencia, así como promocionar su inclusión en la sociedad. El objetivo de que los Ayuntamientos en Gante o en cualquier otra ciudad en Bélgica incorporen programas específicos para la inclusión de este colectivo es porque es un reto demográfico importante: el envejecimiento de la población, la cantidad de personas mayores que viven solas en sus viviendas y el gran

número de personas que tienen demencia que va en aumento, por el propio envejecimiento de la población y porque la demencia en adultos jóvenes también está aumentando.

Existe conocimiento específico sobre los centros residenciales y el diseño de los espacios interiores para que sean amigables y accesibles para las personas con demencia, pero a nivel urbano se identifican muchas carencias para que la ciudad sea más amigable.

Se resalta la necesidad de una mayor sensibilización sobre accesibilidad universal en los equipos de arquitectura y diseño. Recientemente en Gante se ha inaugurado una gran biblioteca en el centro de la ciudad diseñada por un equipo de arquitectura internacional famoso que no había considerado la accesibilidad y la navegabilidad del edificio en el diseño. Se resalta la necesidad de incorporar estos criterios para poder optimizar los recursos y presupuestos públicos.

Destaca la preocupación y la voluntad de adaptar los servicios de transporte en la ciudad para que sean más accesibles y amigables con las personas con demencia. En concreto, de la experiencia de una de las personas entrevistadas, se destacan las barreras existentes todavía en la actualidad para desplazarse en igualdad de condiciones en transporte público en Bélgica, donde es necesario reservar con antelación la plaza con silla de ruedas si se quiere viajar. Por otra parte, también se percibe un problema con las personas mayores con demencia que se olvidan de pasar su tarjeta o comprar su billete, ya que, además, en numerosas ocasiones se desorientan y pierden en sus recorridos en autobús. Los esfuerzos por que los servicios de transporte estén adaptados a nivel de accesibilidad y comprensión de los conductores o controladores es otro de los objetivos prioritarios del equipo municipal de Gante.

Las iniciativas de promoción y sensibilización de la demencia son innovadoras e intergeneracionales. El *escape room*, la maleta con material audiovisual en bibliotecas o el contenedor para adaptar las viviendas con un espacio para cuidadores son algunos de los proyectos más recientes que se destacan.

4.6.4. Foton, Centro de Expertos de Demencia (Brujas)

Introducción

A partir del dossier publicado por *Alzheimer Scotland* en 2001, "Creating dementia-friendly communities: a guide" (Alzheimer Scotland Action on Dementia, 2001), el Centro

de Expertos de Demencia Foton comenzó en 2010 a desarrollar la iniciativa “Together for a dementia-friendly Bruges!”^{95,96}. Brujas es una ciudad al noroeste de Flandes y tiene una población de 118.509 habitantes⁹⁷. El objetivo principal era mejorar la calidad de vida de las personas con demencia en su entorno habitual generando una mayor conciencia social en la ciudadanía, asociaciones, entidades, comercios, negocios, instituciones y servicios públicos. El impacto generado en la comunidad fue reconocido a nivel europeo como uno de los proyectos más innovadores de ciudad amigable con la demencia a nivel comunitario.

Foton, Centro de Expertos de Demencia, proyectos principales

Brujas es una ciudad con más de 118.000 habitantes, de los cuales, 25.000 tienen 65 años o más (21%). El número de personas que viven con demencia es de unas 2.600, de las cuales alrededor de un 70% viven en sus domicilios. El Centro de Expertos de Demencia y Asesoramiento a Domicilio Foton (*Dementia Expertise Centre Bruges and Dementia Counselling at home*) es una iniciativa de la organización sin ánimo de lucro *Familiezorg West-Vlaanderen*⁹⁸ (VZW). Foton es uno de los primeros Centros Expertos de Demencia en Bélgica, con una trayectoria de más de 15 años. *Familiezorg West-Vlaanderen* es una entidad independiente de cuidados familiares que trabaja en la región oeste de Flandes. Cuenta con 2.200 personas trabajadoras, de las cuales 500 son voluntarias, y su trabajo principal es el apoyo y cuidados a más de 10.000 familias con necesidades. En concreto, los objetivos del proyecto Foton son:

⁹⁵ Brujas, ciudad amigable con la demencia. Disponible en: <http://www.dementievriendelijkbrugge.be/> Último acceso: 28/10/2022.

⁹⁶ Selección del proyecto “Brujas, ciudad amigable con la demencia” en los premios EFID. Más información en: <https://efid.info/casestudy/38-together-for-a-dementia-friendly-bruges-belgium/> Último acceso: 28/10/2022.

⁹⁷ *CityPopulation*. Disponible en: https://www.citypopulation.de/en/belgium/westvlaanderen/brugge/31005_brugge/ Último acceso: 28/10/2022.

⁹⁸ *Familiezorg West-Vlaanderen (VZW, n.d.)*. Disponible en: <https://www.familiezorg-wvl.be/> Último acceso: 28/10/2022.

- Eliminar los tabús existentes sobre la demencia organizando distintas actividades de sensibilización que den a conocer la demencia, a las personas que tienen demencia y a sus familiares desde una nueva perspectiva.
- Dar una imagen más completa de la enfermedad, poniendo en valor las capacidades remanentes de las personas y establecer una comunicación más respetuosa, dando una información más completa a través de talleres, proyectos artísticos y culturales, material educativo y folletos informativos.
- Crear un clima de solidaridad y responsabilidad compartida a partir de varias acciones que involucren distintos sectores y edades de la comunidad de una ciudad, con una cobertura de prensa específica y un apoyo visible institucional a nivel del ayuntamiento, el municipio y organizaciones locales y otros agentes relevantes.
- Mejorar el acceso y la información sobre los servicios existentes relacionados con la demencia.
- Identificar los problemas y necesidades de las personas con demencia y sus familiares, de su interacción social en el día a día, y buscar soluciones sostenibles para ellos (proyectos de movilidad, búsqueda más eficiente de personas desaparecidas, etc).
- Motivar, inspirar, aconsejar y apoyar tanto a organizaciones como a individuos para empezar o continuar sus propias acciones “amigables con la demencia”, con un foco especial en alianzas intersectoriales e iniciativas intergeneracionales.
- Proveer de un apoyo y atención estructurales a largo plazo para satisfacer las necesidades de las personas con demencia y sus cuidados informales a través del desarrollo e implementación de conceptos como “comercio/empresa amigable con la demencia”, “organización sociocultural amigable con la demencia” o “vecindario/barrio amigable con la demencia”.
- Generar mayor información y sensibilización sobre la percepción de la demencia.
- Dar a conocer y reforzar las habilidades y capacidades de las personas con demencia.

- Promover la (re)integración social de las personas con demencia en sus entornos inmediatos y sus comunidades.
- Contribuir a la calidad de vida de las personas con demencia y en sus entornos.
- Crear una atmósfera de solidaridad y apoyo mutuo entre generaciones y promover la cooperación entre distintos sectores de la comunidad urbana, así como promover la responsabilidad comunitaria y cívica desde la comunidad urbana para un grupo vulnerable.
- Contribuir a una atención y un cuidado centrado en la persona y en la calidad para personas con demencia y su entorno, dentro de la comunidad urbana, aumentando la resiliencia de las personas con demencia y sus familias y previniendo o retrasando el ingreso en instituciones residenciales.



Together for a dementia-friendly Bruges!



Atención sociosanitaria y cuidados amigables



Foton es una iniciativa de Familiezorg West-Vlaanderen, especializada en:

- Cuidados y atención (profesionales)
- Voluntariado (CAMINO)
- Terapia ocupacional
- Formación para familias y cuidadores
- Espacio 'Taza de confort'

Centro de Expertos en Demencia

- Casa de encuentro accesible y abierta.
 - Centro documental
 - Grupo de encuentro
 - Tardes musicales, literarias, testimonios...
 - Coro Foton
 - Celebraciones tradicionales a lo largo del año
- Apoyo y asesoramiento de expertos a domicilio.

Comunidad amigable

- Página web y logos específicos.
- Guía sobre la demencia.
- Formación a entidades socioculturales, servicios municipales y comunitarios y a agentes diversos.
- Proyecto de personas desaparecidas en colaboración con la policía local.
- Proyectos con los colegios y escuelas, por ejemplo, conciertos de la Escuela de Arte.
- Sector cultural: exposiciones, teatro, películas, museos, conciertos...
- Economía local: documental 'El cliente sigue siendo el rey' y formación a dependientes de tiendas y comercios locales.
- Proyectos: Día Mundial del Alzheimer 2012, Bruges for Life, trabajo comunitario con farmacias.

Fuerte cultura de la cooperación y colaboración abierta

- Código de honor.
- La plataforma de demencia: para agrupar a profesionales de los cuidados y del sector sociosanitario desde distintas organizaciones.
- Proyecto: cuidados integrales para personas con demencia temprana con distintos colaboradores.
- Rehabilitación cognitiva junto con unidades de memoria en sesiones en la sede de Foton (no en el hospital).

Figura 48. Principales líneas de trabajo y proyectos de Foton. Fuente: elaboración propia a partir de Foton.

Casa de encuentro, accesible y abierta

Desde 2005, Fotonhouse, en el centro de Brujas, es una casa de encuentro de la demencia ofrece gran variedad de actividades accesibles para generar oportunidades de encontrarse con otras personas. Un total de 10 voluntarios expertos facilitan y median en estos encuentros para asegurar que la comunicación interpersonal uno a uno es posible.

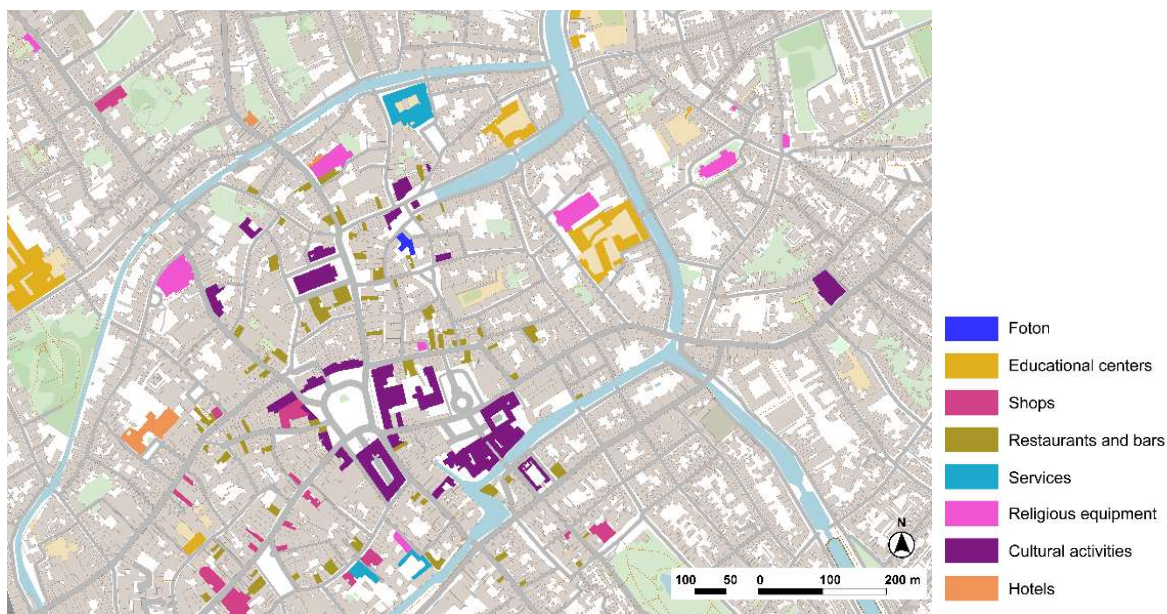


Figura 49. Plano del centro urbano de Brujas y localización del Centro de Expertos en Demencia Foton.
Fuente: elaboración propia.

Entre los distintos servicios que ofrece este equipamiento están:

- Centro documental. Una biblioteca de recursos variados con más de 3.500 documentos en formato audiovisual y publicaciones en papel.
- Grupo de encuentro para las personas con demencia desde 2005. Foton es un punto de encuentro para las personas con demencia y familiares para poder hablar de su enfermedad. El grupo se constituye con un máximo de 8 personas y se facilita un libro y un DVD con contenido de interés. Además, se ha llevado un seguimiento del contenido de estas conversaciones por el centro de investigación Lucas.
- Tardes musicales. La música es relajante y ayuda a conectar a las personas, además de generar distintos sentimientos. Todos los primeros miércoles de mes se organiza un concierto en Foton con músicos de distintas edades. Es un encuentro cultural que se ha vuelto muy popular y utilizado también por otros recursos y servicios locales (psicogeriátricos, centros de día, etc.) para disfrutar de la música, conocer otras personas, tomar algo...
- Tardes literarias, testimonios y música. Presentación de un libro por su autor/a o testimonio de un cuidador/a. A estas actividades se les da una gran difusión para

favorecer que el público sea mixto y agrupe tanto a personas con demencia, cuidadores, familiares, profesionales, público general interesado, etc.

- Coro Foton. Los voluntarios de la casa Foton participan también en un coro (comúnmente conocido como “memory choirs” o coros de la memoria, aunque se decidió mantener el nombre Foton para asociarlo a una visión no estigmatizada). Esta actividad se reconoce por su gran valor a la hora de generar vínculos interpersonales y reforzar las relaciones sociales, además de los propios beneficios de la música y el canto. En esta actividad participan tanto personas con demencia, sus familiares y cuidadores, como voluntarios y personal de Foton.
- Celebraciones tradicionales a lo largo del año. Foton organiza celebraciones y eventos correspondientes con las distintas fechas señaladas del año (Navidades, Todos los Santos, Pascua, etc.). Estas celebraciones se desarrollan en la antigua cripta de la casa Foton.
- *Kopje Troost* ("Taza de confort"). Es un espacio de encuentro en la casa Foton, en una nueva zona habilitada para generar un espacio tranquilo donde tomar un café, disfrutar del silencio y del confort, abierto y accesible para personas con demencia y sus familiares.

Servicios de cuidados en casa con asesoría específica en demencia a domicilio

- El asesoramiento especializado en demencia es un profesional que acompaña y apoya a las personas con demencia y a sus familias. Comienza a trabajar con las familias en temas de salud y cuidados en el momento en el que aparecen los primeros problemas o diagnóstico. El asesor en demencia trabaja bajo demanda y está especializado en:
 - Todos los temas relacionados con la demencia y los aspectos psicosociales de la enfermedad, así como las relaciones y dinámicas familiares.

- Estos asesores especializados en demencia tienen una formación específica en la *psicología contextual*⁹⁹ y ofrecen asesoría específica, más que información y recomendaciones. Tienen experiencia en observación e identificación de las dinámicas y relaciones interfamiliares y ajustan sus intervenciones de forma acorde a cada una de las situaciones, desde un punto de vista preventivo.
- Los asesores en demencia pueden requerir trabajar con una o varias personas cada semana en situaciones de crisis. Las intervenciones que pueden llevar a cabo pueden ser:
 - Dar información apropiada y actualizada sobre la enfermedad y sobre los principios básicos de la comunicación y del contacto.
 - Dar información apropiada y actualizada para dar apoyo a las iniciativas de los centros residenciales (por ejemplo, cuidados en el domicilio, coordinación de voluntariado, centros de día, servicios de respiro, enfermería, etc.)
 - Dar una atención especial para incrementar la resiliencia, así como consejos respecto a los problemas de comportamiento o problemas interpersonales, como, por ejemplo, reacción a posibles agresiones, depresión, insomnio o falta de descanso por las noches y distintos tipos de comportamientos.
 - Dar apoyo emocional ofreciendo un espacio de escucha con una atención especial para los procesos de pérdida y los problemas interfamiliares sin resolver.
 - Preocuparse por los aspectos familiares de las relaciones y gestión de conflictos que se dan a nivel interpersonal, que se identifican como los principales conflictos que surgen.
- La media de intervenciones es de 1.500 y se involucran a unas 350 familias.

⁹⁹ La teoría de la terapia contextual fue desarrollada por Ivan Boszormenyi-Nagy (1920-2007). Tiene su origen en una perspectiva ética relacional de las relaciones humanas y cambia el enfoque de la terapia de la patología, planteando que las relaciones interhumanas y el cuidado recíproco son recursos para el desarrollo y la salud individuales (Meiden, Noordegraaf, & Ewijk, 2018).

Cuidado familiar especializado en demencia

- Existen 120 trabajadores y cuidadores a domicilio que han recibido una formación específica intensiva en cuidados en demencia. Estos profesionales han ayudado a 525 familias en 2016. Foton realiza un trabajo de formación y apoyo para incrementar y actualizar el conocimiento de los trabajadores y cuidadores en temas específicos.
- Camino: voluntarios especializados en demencia a domicilio
- Foton también realiza un programa similar ofrecido a voluntarios. En 2016 Foton dio formación a más de 400 voluntarios para que pudieran asistir a un total de 187 personas con demencia. El número total de intervenciones (6.120) consistieron en 743 intervenciones de cuidados nocturnos y 5.733 intervenciones de cuidados durante el día.
- Terapeuta ocupacional especializado en demencia.
- Entrenamientos a cuidadores, trabajadores profesionales y al público en general.

Comunidad amigable con la demencia

Algunas de las acciones realizadas desde la puesta en marcha del proyecto en 2010 han sido:

- Primer encuentro “Together for a dementia-friendly Bruges!” con asistencia de un centenar de personas interesadas, profesionales, cuidadores, voluntaries, personas representantes de organizaciones socio-culturales etc.
- El resto de los encuentros se organizaron centrándose en los siguientes grupos y sectores:
 - o Colegios y centros de educación
 - o Sociedad en general
 - o Hoteles, industrial del cáterin y empresas
 - o Sector cultural.

Los resultados de estos encuentros fueron un plan estratégico de 5 años, al mismo tiempo que se desarrollaron varias iniciativas y proyectos en paralelo:

- Sitio web “Brujas amigable con las personas con demencia” como repositorio para dar a conocer el plan estratégico y todas las iniciativas y proyectos¹⁰⁰.
- Logo diseñado para la asociación y escogido por los participantes. El pañuelo rojo es el distintivo seleccionado, porque no se identifica con una imagen estigmatizada de la demencia.
- *Dementiewijzer*: se diseñó una guía en formato de paleta de colores con información básica sobre la demencia, un mapa social y estrategias de comunicación con la persona con demencia.
- Formación a organizaciones socio-culturales, con centros de servicios locales y otros. Foton ofrece a todas las organizaciones en Brujas una formación básica de 2 horas. De cara a atender las solicitudes de todos los agentes interesados, cooperan con otros profesionales que trabajan en Brujas para dar formación específica.
- Proyecto de ‘personas perdidas’ en Brujas, que consiste en un protocolo homogéneo y archivo para la identificación de las personas perdidas. El proyecto se dio a conocer en la prensa local y se implementó en los centros residenciales, con el objetivo de implementarlo también en los cuidados de familiares.
- Economía local: en 2013 se comenzó el proyecto “Klant blijft Koning”¹⁰¹ donde se desarrollaron varias sesiones de sensibilización a los comerciantes y dependientes de los comercios y tiendas locales. Los comercios ponen su pegatina en el escaparate o la puerta y son espacios donde si una persona con demencia entra, pueden ofrecer una acogida y una atención más especializada.

¹⁰⁰ Sitio web Brujas amigable con las personas con demencia: www.dementievriendelijkbrugge.be.
Último acceso: 28/10/2022.

¹⁰¹ Expresión holandesa “el cliente es el rey”.

- Guías formados en demencia en los museos de Brujas, en un proyecto llamado “Memorable”.
- Barrios amigables con la demencia: promoción de las comunidades amigables en entornos de barrio, con un proyecto piloto de investigación en Sint-Kruis.
- *Brugge for Life*: el coro de Foton participa en el evento “Music for Life”, un festival con eventos diferentes que se organizan para recaudar dinero para entidades y organizaciones sin ánimo de lucro con proyectos de impacto social.
- Otras acciones: exposiciones, proyectos culturales, proyectos intergeneracionales, coloquios, conciertos, etc.

Selección de fotografías



Fotografía 1. La sala en la sede de Foton ofrece un espacio de encuentro tranquilo en el centro de Brujas, un lugar para favorecer encuentros informales para personas con demencia, familias y cuidadores, así como eventos y actividades culturales, de formación y de sensibilización.

Fuente: Foton.



Fotografía 2. Biblioteca comunitaria para informarse y obtener distintos materiales sobre la demencia: dossieres, libros, documentales, juegos de mesa, etc.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 3. Fotonhouse ofrece espacios comunitarios para socializar e interactuar con otras personas y colectivos. Se organizan actividades culturales diversas, como conciertos, teatro, encuentros literarios, recitales y celebraciones tradicionales a lo largo del año.
Fuente: Foton/Lander Loeckx.



Fotografía 4. Coro Foton, voluntarios reconocidos con el premio *Golden Ear*.
Source: Foton.



Fotografía 5. Las actividades de Foton en Brujas han tenido mucha difusión y han generado un mayor conocimiento de la demencia en múltiples sectores de la comunidad.
Source: Foton.

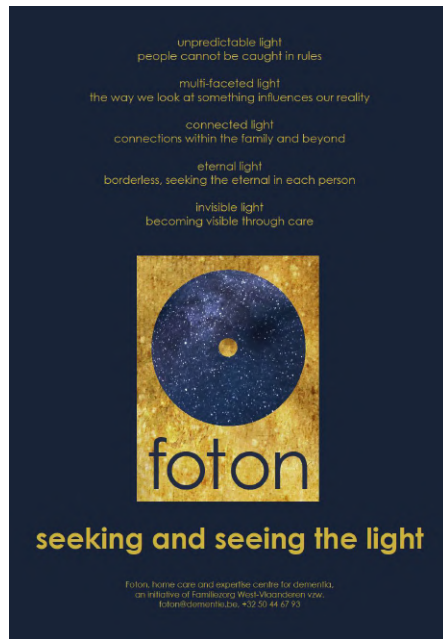


Imagen 6. Centro de Expertos en Demencia en Brujas: Foton. El nombre ha sido elegido por su significado y metáforas sobre la luz y la iluminación. Fuente: Foton.



Imagen 7. Visita a Fotonhouse. Acceso principal al salón *Kopje Troost*, donde poder tomar una taza de café e informarse sobre la demencia. El centro está en una plaza en el centro urbano de Brujas. Fuente: Pozo Menéndez, 2020.



Imagen 8. Ejemplo de comercio amigable con la demencia. En el escaparate o puerta principal se ha pegado el pañuelo rojo, lo cual quiere decir que ha recibido la formación específica para poder atender y reaccionar correctamente a las personas con demencia que entren en el establecimiento.

Fuente: Pozo Menéndez, 2020.

Tabla 31. Selección de imágenes de la visita a Gante. Fuente: elaboración propia.

Al no haber un proyecto sobre un entorno físico específico, sino distintos proyectos de promoción y sensibilización a nivel municipal, no se analizó ningún espacio de la ciudad, aunque se visitó el centro Fotonhouse.

Análisis de legibilidad urbana

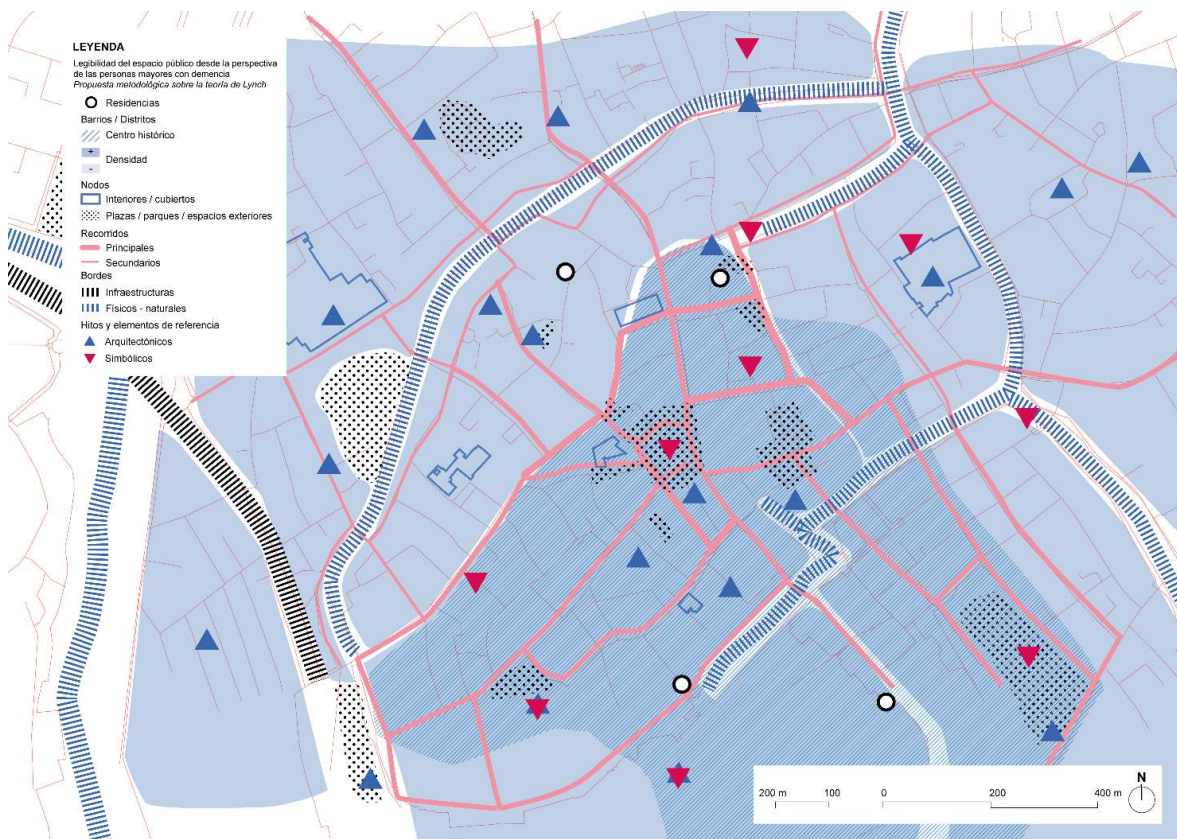


Figura 50. Esquema del entorno inmediato al centro Foton, a partir de la teoría de Lynch. Fuente: Elaboración propia.

En el análisis del entorno circundante del centro Foton se identifica una gran variedad y diversidad de nodos urbanos y elementos simbólicos e icónicos. La baja altura de los edificios del tejido urbano hace perceptible los hitos visuales de las distintas torres y edificios históricos de la ciudad. Se aprecia también una trama continua e irregular de sendas en la ciudad que conectan distintos espacios de interacción, si bien son espacios de prioridad peatonal, la accesibilidad no siempre está garantizada por los materiales, mobiliario urbano o apoyos visuales que ayuden a orientarse.

Análisis de la entrevista a Bart Deltour y Hilde Delameilleure

La visita se desarrolló durante la mañana del 6 de febrero de 2020. A continuación, se presenta un resumen de las respuestas de la entrevista a Bart Deltour y Hilde Delameilleure. En el Anexo II se incluye la transcripción de la entrevista original en inglés.

1. ¿Qué tipo de institución es Foton? ¿Qué tipo de equipamiento/servicio ofrece en la ciudad de Brujas?

Foton es un Centro de Experiencia sobre la demencia. En el centro de Brujas se ha creado un centro de acogida a personas con demencia, una especie de salón de té para que las personas que viven solas puedan ir a tomar algo y sentirse también acompañados en un espacio tranquilo y agradable. Hay varios Centros de Expertos en demencia en todo Flandes, todos ellos son programas de actividades financiados por el gobierno. En concreto, en Brujas se llama Foton.

2. ¿Qué tipo de instituciones están implicadas para la implementación del proyecto “Brujas, ciudad amigable con la demencia”?

El proyecto de “Brujas, ciudad amigable con la demencia” se ha desarrollado a nivel de toda la ciudad desde distintos enfoques. Hay tres museos en la ciudad que ofrecen guías especiales para las personas con demencia, van más despacio y adaptan la visita viendo solo algunos cuadros y paseando, intentando captar la atención de las personas con demencia. Lo primero que intentan es crear pequeños grupos de 3 ó 4 personas y sus cuidadores. Pero probablemente el trabajo principal es alrededor de la actividad de los coros. Progresivamente, a pesar de que la mente a veces no recuerda quién eres, hay comunicación cuando la música llega al alma, eso es lo que atrae y hace conectar a todo el mundo y lo que ayuda a generar también el vínculo con los distintos voluntarios.

3. ¿Cómo ha sido el proceso para involucrar a los distintos agentes y al sector privado?

El proyecto más conocido es la implicación de los comerciantes en el centro de Brujas. Durante unos 5 años se realizaron varios talleres y formaciones a distintos colectivos: colegios, estudiantes, profesores, tiendas, espacios públicos... Finalmente se decidió trabajar con el sector de comerciantes, se rodó una película “The customer remains the King” y a partir de ahí se realizaron varias sesiones de formación con los comerciantes para enseñarles cómo tratar a una persona con demencia que entra en una tienda, como por ejemplo, tratarle con respeto, ser paciente, no sacarle nunca el dinero de la tarjeta, no reírse de la persona... una formación básica para reconocer a una persona con deterioro cognitivo y demencia y ser más amable con ellos. Se organizaron varios grupos de voluntarios que recorrieron varias tiendas haciendo la formación y a quienes se comprometían con la iniciativa se les regalaba la pegatina del nudo rojo para pegar en la fachada. También se realizó específicamente con las farmacias, ya que es un sitio al que suelen ir las personas mayores a por medicamentos.

Sin embargo, el primer proyecto se realizó hace unos 10 años y después de 3 ó 4 años, al volver a las tiendas, algunos de los dependientes no sabían lo que significaba la pegatina. Este tipo de iniciativas requieren continuidad, a no ser que tengas un compromiso o una sensibilidad personal hacia el tema.

Tabla 32. Resumen de las respuestas a la entrevista semiestructurada a Bart Deltour y Hilde Delameilleure. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

El trabajo del Centro de Expertos de Demencia Foton se desarrolla en el ámbito de los cuidados sociosanitarios, la integración e interacción social y la generación de un mayor conocimiento sobre la demencia y generación de actividades inclusivas donde las personas con demencia puedan participar.

Tras una larga experiencia en el ámbito sociosanitario, Foton comienza a trabajar en el entorno urbano, interesándose sobre todo por las relaciones sociales y comunitarias para que pueda generarse una red de apoyo para las personas con demencia. En este contexto, se identifica la necesidad de tener un tejido social variado y heterogéneo, pero con la importancia del sector servicios y comercios. Se destaca la presencia de pequeños comercios locales, ya que las grandes corporativas no llegan a generar un vínculo social en los entornos donde se ubican (los dependientes cambiar rápidamente, el diseño cambia constantemente, son espacios impersonales, los ambientes suelen ser ruidosos y poco amigables). Igualmente, los museos locales son espacios amigables que, a través de la cultura, pueden promover actividades inclusivas para las personas con demencia y sus cuidadores.

La trayectoria de Foton se centra en la cultura como motor del cambio, facilitando una conexión entre las personas con demencia y sus familiares y cuidadores, así como con la comunidad.

Se destaca la dificultad de mantener este tipo de iniciativas basadas en el compromiso voluntario con el paso del tiempo, cuando las personas y los lugares van cambiando con el paso de los años.

4.6.5. Huis Perrekes (Osterloo, Geel)

Introducción

Huis Perrekes¹⁰² es un proyecto único en el ámbito de los cuidados. Toda la teoría sobre los beneficios de la salud, la cultura y el arte, la interacción intergeneracional, la vida con significado y sentido, actividad física y contacto con animales se plasman en un proyecto

¹⁰² Huis Perrekes (Huis Perrekes, n.d.). Disponible en: <https://perrekes.be/home/> Último acceso: 28/10/2022.

de pequeña escala y vida normalizada en Osterloo, donde las personas mayores con demencia pueden continuar su vida en la comunidad con distintas alternativas de cuidados y servicios. El proyecto promueve la salud bienestar a todas las escalas, no solo para las personas con demencia, también para la comunidad. A través de actividades culturales, educativas, talleres, eventos y celebraciones a lo largo del año, se facilitan espacios para el intercambio intergeneracional y el crecimiento en comunidad. El entorno construido facilita esta forma de trabajar: las viviendas están integradas en el pueblo, con varios espacios al exterior, un centro de día y un pequeño centro cultural para eventos. Los pequeños detalles del diseño facilitan los cuidados y la normalización de la vida en Huis Perrekes.

Contexto y entorno inmediato de Huis Perrekes

Huis Perrekes se fundó en 1986, originalmente consistía en unas viviendas integradas en el tejido urbano del pueblo Osterloo, perteneciente al municipio belga de Geel. Geel es un municipio y localidad al sur de Amberes, que cuenta con una población de 35.189 habitantes¹⁰³. Históricamente, Geel ha sido una comunidad pionera en la integración de las personas con enfermedad mental en la vida diaria, con una historia de más de 700 años de antigüedad¹⁰⁴. Los residentes locales acogían en sus viviendas a los peregrinos, y muchos de ellos decidían permanecer. Se creó así la primera colonia de pacientes mentales en Geel, precursora de las comunidades terapéuticas actuales. En 1965, Ministerio de Sanidad de Bélgica encargó un estudio de 10 años para rescatar el conocimiento y experiencias de este sistema de cuidados, que estaba desapareciendo, por múltiples factores, entre ellos, el estigma hacia las personas con enfermedad mental (Bilsen, 2016; Goldstein & Godemont, 2003).

Volviendo al proyecto de Huis Perrekes, a medida que fueron pasando los años, se desarrolló un estudio social en Osterloo para identificar cuál era el proyecto a medio y largo plazo del centro y de la comunidad y se establecieron varias líneas estratégicas, recogidas en el libro “Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie”

¹⁰³ Population of Geel. Disponible en: <https://all-populations.com/en/be/population-of-geel.html>. Último acceso: 28/10/2022.

¹⁰⁴ El origen de la comunidad de cuidados en Geel se remonta al siglo XIV, momento en el que se comenzó la construcción de una iglesia en honor a Santa Dimpna, destino de múltiples peregrinaciones para tratamientos dedicados a personas con enfermedades psicológicas.

(Audenhove et al., 2003)¹⁰⁵. En las cuatro viviendas de Huis Perrekes el día a día se desarrolla como en una vivienda normal, con especial énfasis a la participación en las tareas y rutinas domésticas diarias, como hacer la comida, cuidar del jardín, hacer la colada, preparar el café y el pan, ayudarse unas personas a otras, así desarrollar distintas actividades abiertas a la comunidad, como costura, coro o manualidades. Mensualmente hay un taller de lectura en la biblioteca municipal en colaboración con el colegio local y una vez al año se celebra la Semana del Arte, durante la cual se desarrollan numerosas actividades artísticas y culturales. En los meses de verano los hijos de los trabajadores pasan el día en Huis Perrekes, ayudando y haciendo distintas actividades con las personas residentes. La esencia de Huis Perrekes es poner el foco en la vida interior que las personas con demencia siguen teniendo y sus capacidades remanentes. Recientemente, en 2017, una de las casas principales de Osterloo, próxima a las viviendas preexistentes, se puso a la venta, y tras su adquisición se amplió y convirtió en la actual “villa” de Huis Perrekes, incluyendo un centro de día con habitaciones para estancias diurnas, apartamentos para familiares, parejas, cuidadores, así como para residencia de artistas. Adicionalmente, se creó un pabellón para celebrar los coros, conciertos, recitales y cursos de formación.

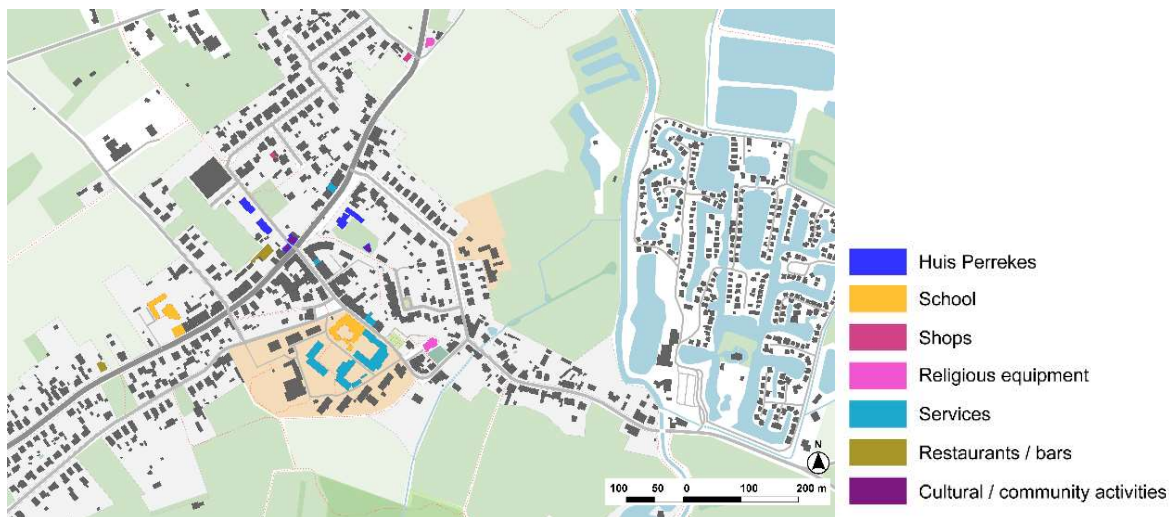


Figura 51. Principales viviendas y edificios que constituyen Huis Perrekes y otros servicios y equipamientos en Osterloo, Geel. Fuente: Elaboración propia.

¹⁰⁵ Traducción: vida normalizada a pequeña escala para personas con demencia.

Cada una de las viviendas está diseñada como un entorno normalizado, con un salón con comedor y cocina abierta para facilitar la integración de tareas. Todas las viviendas tienen vistas al exterior, normalmente a un pequeño jardín estancial. Los edificios que albergan los talleres o el centro de día se sitúan próximos a sendas áreas verdes, mucho más amplias, y donde se desarrollan distintas actividades, como la granja, cultivo de vegetales, festivales y mercadillos, comidas al aire libre durante los meses en los que hace buen tiempo.

Centro comunitario y residencia Huis Perrekes	
Ubicación	
Pueblo	Osterloo (Geel, Amberes)
Año de construcción del centro	1986 2017 ampliación de la 'villa'
Distancia al centro urbano	400 m (5 mins a pie)
Tipo de equipamiento	Centro comunitario para personas con demencia de pequeña escala y vida normalizada
Gestión	
Nombre de la institución	Huis Perrekes
Tipo de organización	Privada, entidad sin ánimo de lucro
Perfil de los residentes	Personas con demencia con distintos niveles de dependencia y deterioro cognitivo
Número de residentes	64 viviendo con demencia y 32 con un alto grado de dependencia
Edificios	
Estudios arquitectura	Gerard Cools NU architectuuratelier Ester Goris
Área del sitio	3.000 m ² (aprox., la parcela del centro)
Viviendas	4 viviendas de 16 residentes y un centro de día con 10 plazas
Área de la Vivienda	845 m ² (aprox.)
Servicios que ofrece el centro	Centro de día, cuidados en el domicilio, residencia de larga duración, apartamentos de estancias cortas o respiro.

Tabla 33. Resumen de características del caso de estudio Huis Perrekes. Fuente: elaboración propia.

Visita – análisis ambiental

La visita se desarrolló durante la mañana del 10 de febrero de 2020. La entrevista a Karen Lambrechts se realizó en la cocina del centro de día de la nueva 'villa'. Solo se han podido sacar fotografías del espacio exterior, ya que estaba prohibido en el interior.

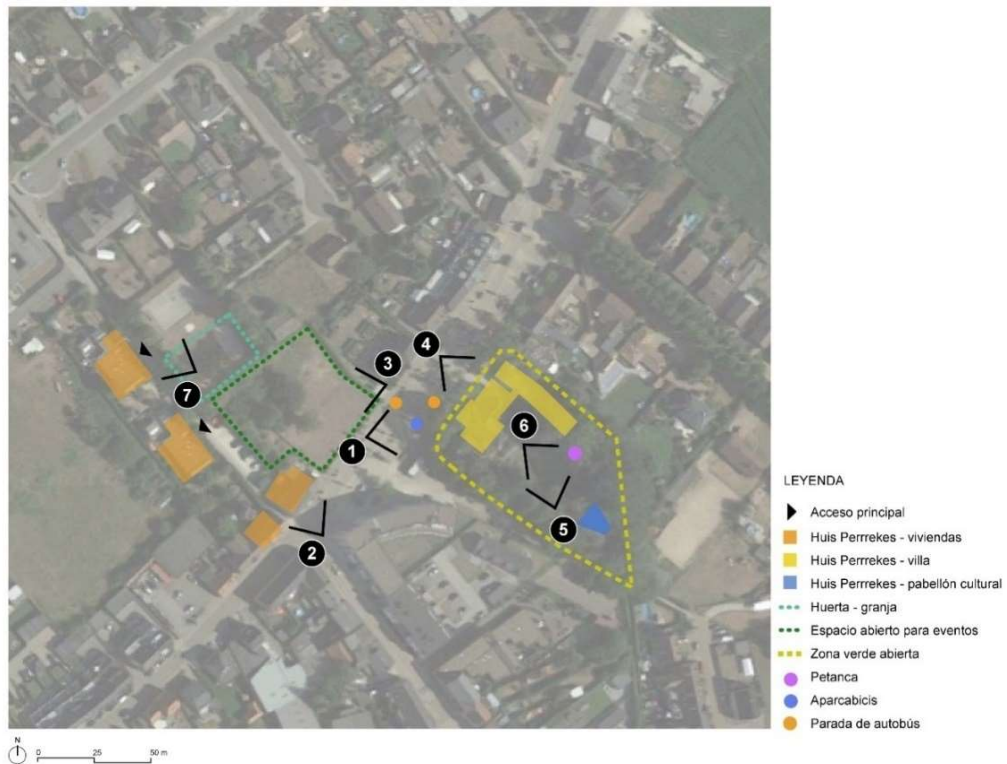


Figura 52. Plano general de Huis Perrekes en Osterloo. Fuente: elaboración propia.

Selección de fotografías



Fotografía 1. El centro de día de la 'villa' de Huis Perrekes se sitúa en la calle principal de Osterloo, con conexión directa a la parada de autobús y un aparcabicis próximo a la entrada principal. La calle tiene un diseño en plataforma única con prioridad peatonal, completamente adoquinado con distintos patrones. Los árboles y la vegetación están presentes en el entorno.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 2. Uno de los edificios de Huis Perrekes más llamativos en Osterloo, donde se realizan talleres de costura. El edificio ha sido forrado con distintos tejidos y telas realizadas por los habitantes.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 3. Al lado de las viviendas más al norte hay una gran explanada verde para la organización de eventos, festivales y mercadillos, sobre todo en los meses de verano. En la parte trasera también hay una pequeña granja con zonas estanciales para descansar y cuidar a los animales y trabajar en los huertos.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 4. Dos personas salen de la 'villa' de Huis Perrekes por la fachada principal. El entorno está completamente normalizado e integrado en el contexto local.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 5. El jardín trasero de la "Villa" tiene una zona de petanca, columpios y zonas estanciales. Los límites de la parcela se intuyen, pero no hay una sensación de estar encerrado.

Fuente: Pozo Menéndez, 2020.



Fotografía 6. Las actividades culturales son parte de la rutina de Huis Perrekes. Al sur del edificio principal del centro de día, se ha creado un nuevo pabellón para la celebración de coros, conciertos, conferencias, formaciones y talleres.

Source: Copyright Stijn Bollaert, NU architectuuratelier.



Fotografía 7. Las viviendas principales más antiguas están completamente integradas en el entorno, su diseño es de pequeña escala normalizada. En el interior, existen escaleras para conectar las plantas superiores con las inferiores, pero se considera un estímulo para favorecer la actividad física y promover la autonomía personal.

Fuente: autora, 2020.



Fotografía 8. Huis Perrekes ofrece espacios normalizados para la integración de las rutinas diarias, como cocinar, jardinería y múltiples talleres. Destaca el diseño cuidado con materiales naturales y trabajando con los oficios los detalles de distintos elementos, como las puertas de los armarios o las carpinterías.

Source: Copyright Stijn Bollaert, NU architectuuratelier.



Fotografía 9. Habitaciones dobles para parejas, visitas o artista residentes. Las camas han sido expresamente diseñadas para Huis Perrekes. En el caso de las camas individuales, incorporan un sistema para poder mecer a la persona y relajarla cuando están agitadas. Al contrario que en muchos otros proyectos de residencias para mayores, los baños están fuera de las habitaciones, para mantener al máximo el carácter hogareño.

Fuente: Copyright Stijn Bollaert, NU Architectuur.

Tabla 34. Selección de imágenes de la visita a Huis Perrekes en Osterloo. Fuente: elaboración propia.

Análisis de legibilidad urbana



Figura 53. Esquema de Osterloo, Geel, a partir de la teoría de Lynch. Fuente: Elaboración propia.

En el análisis del entorno de Huis Perrekes se identifica una variedad de elementos e hitos históricos conectados con las sendas principales, donde están ubicadas e integradas las viviendas y edificios de Huis Perrekes. Se identifica una infraestructura viaria que podría constituir una barrera, pero, en cuanto ésta penetra en la localidad adapta su diseño y se transforma en una senda accesible a pie, con un diseño que facilita un paseo seguro y con elementos simbólicos y nodos de actividad en la proximidad, correspondientes en parte al propio programa de Huis Perrekes.

Análisis de la entrevista a Karen Lambretchs

A continuación, se presenta un resumen de las respuestas de la entrevista a Karen Lambretchs. En el Anexo II se incluye la transcripción completa de la entrevista original en inglés.

1. ¿Qué tipo de entidad gestiona Huis Perrekes?

Huis Perrekes es una organización sin ánimo de lucro y es solo el centro en Osterloo, no pertenece a ninguna otra entidad ni colectivo, se decidió permanecer completamente neutro sin

pertenecer a ningún grupo religioso o ético concreto. Huis Perrekes lleva trabajando más de 33 años en el cuidado de las personas mayores con demencia, es una organización pequeña.

2. ¿Cuántas personas viven en la comunidad? ¿Cuántas personas visitan de forma regular la comunidad? ¿Cuál es el nivel de demencia y dependencia?

Hay unas 50 personas que viven en Huis Perrekes, luego tienen 10 plazas para estancias cortas, de las cuales muchas de ellas son para personas con demencia que van 3 ó 5 veces a la semana de forma regular. Huis Perrekes ofrece distintos servicios. Una vez que la persona tiene un diagnóstico de demencia, se le ofrecen todas las posibilidades de cuidados que pueda necesitar, con una gran diversidad y heterogeneidad de actividades, programas y servicios que ofrecen tanto a personas con un estado avanzado de demencia como a adultos jóvenes con demencia, pero es una mezcla porque para la organización, cada persona es única y tiene unas necesidades distintas, independientemente de la edad, todo está adaptado a la persona. Según el grado de autonomía o dependencia de las personas, éstas pueden salir o no, con o sin compañía. Solo hay una puerta principal, así que las personas que visitan Huis Perrekes tienen que tocar el timbre y la persona que está en ese momento trabajando tiene que abrir la puerta y tener una pequeña conversación, pero la persona responsable que trabaja en cada vivienda es quien controla y sabe quién está en la casa siempre.

3. ¿Cuál es el tiempo medio que una persona vive en la comunidad? ¿Cuál es el coste medio de los servicios y el alquiler para las personas?

En Bélgica el sistema está organizado de forma que parte de los costes son pagados por la comunidad y otra parte por los residentes o la familia. La parte correspondiente a la comunidad depende de la necesidad de cuidados media que se necesite, basada en escalas que se tienen que rellenar. Por ejemplo, hay muchas personas que precisan múltiples cuidados, pero al final es una media. Cuanto mayor es la escala de dependencia, más ayuda y servicios ofrecen, y como residencia o vivienda tienes más beneficios si no promueves la autonomía de los residentes, porque el deterioro cognitivo es mayor, necesitan un nivel de cuidados mayor y recibes más dinero de la comunidad. Es un sistema con el que Huis Perrekes no está de acuerdo y va en contra de sus principios. Para ellos, coordinar y apoyar a las personas para que mantengan su autonomía e independencia el máximo posible es la prioridad fundamental. Lo contrario no les parece un sistema respetuoso. Todos los precios pueden consultarse en su página web¹⁰⁶. De media, las personas que están en Huis Perrekes empiezan yendo a actividades o disfrutando de servicios desde sus casas, por lo que el tiempo de estancia es mucho más largo, aunque las personas tienden a acortar la estancia en el centro cuando necesitan más cuidados. Así que hay personas que son parte de Huis Perrekes durante más de 2 años y otras que solo viven en el centro unos

¹⁰⁶ Tarifas de los distintos servicios ofrecidos (Huis Perrekes, n.d.). Disponible en: <https://perrekes.be/info/tarieven/> Último acceso: 28/10/2022.

meses. La esperanza de vida media es de 1,7 años.

4. ¿Existen personas no diagnosticadas con demencia que visitan y forman parte de la comunidad? ¿Qué tipo de perfiles? ¿En qué tipo de actividades participan?

Normalmente las personas que van a Huis Perrekes son de la zona, alrededor de Osterloo en un círculo de unos 20 km de radio, pero algunas personas también viven más lejos, por ejemplo, en Amberes y les realizan el seguimiento desde Osterloo, otras llegan desde Bruselas, Lovaina... Realmente Huis Perrekes es un concepto único muy específico y atrae a personas conscientes que realmente están buscando una forma de vida para sus padres y familiares. Lo mismo aplica para las personas que trabajan en Huis Perrekes, llegan desde distintas partes porque es un concepto único. El equipo de Huis Perrekes valora el nivel de servicios y si es preciso mudarse o no a las viviendas, normalmente sobre criterios de soledad, o si hay un cuidador que no puede hacerse cargo. Pero es importante el trabajo con toda la comunidad. No solo es ofrecer cuidados, es la calidad de los cuidados. Para una persona con demencia que pierde muchas de sus posibilidades, sentir que sigue perteneciendo a una comunidad es importante.

5. ¿Qué tipologías de viviendas se ofertan? ¿Las viviendas son propiedad de Huis Perrekes? ¿Cómo se gestionan?

Todas las viviendas de Huis Perrekes están en propiedad. En cada vivienda viven entre 15 y 16 personas con demencia y cada uno de los grupos es heterogéneo, la persona permanece en la vivienda a medida que el deterioro cognitivo avanza. Pero no hay cambios de una vivienda a otra para que las personas puedan conocerse e intimar más, se ha diseñado así a propósito. Las personas que entran en estadios más leves de demencia pueden convivir con otras personas que tienen un deterioro cognitivo mayor. Entre ellas se ayudan, los que están más activos y son más autónomos pueden ayudar a servir el café o ayudar a levantarse a la otra persona, ese tipo de apoyos. Mientras que las personas con estadios más avanzados de la enfermedad ayudan a las que acaban de ser recientemente diagnosticadas a tranquilizarse y generar más tranquilidad si hay algún imprevisto '*todo está bien, puedes estar conmigo*'. De esta forma se genera un flujo continuo de dar y recibir entre las personas que viven juntas. Por eso los grupos son heterogéneos y las personas que vienen a vivir aquí pueden estar aquí hasta su muerte. Los acompañamos en todo el proceso.

Es el equipo de Huis Perrekes quien selecciona a los residentes. No existe una lista de espera por orden de llegada, si no que buscan perfiles que encajen en las plazas que quedan disponibles para que la convivencia sea lo mejor posible. Por eso, si hay un grupo con un alto nivel de autonomía, se buscarán personas que estén en estadios más avanzados de la enfermedad y viceversa. También se tiene en cuenta el entorno familiar, las situaciones de dependencia y de crisis. Normalmente ya conocen a las personas desde tiempo atrás y les realizan un seguimiento, ya cuando van a vivir a Huis Perrekes conocen el centro y a los trabajadores y a las personas con las que van a vivir. Es todo un continuo. Huis Perrekes ofrece servicios de día, pero también servicios puntuales.

No hay habitaciones dobles para parejas, pero hay un par de apartamentos disponibles más flexibles para acoger a parejas si se da el caso. También como residencia de artistas o para cuidadores y asistentes personales.

En cada vivienda hay una persona que coordina el día. Durante la semana también hay alguien que va a limpiar, otra persona que ayuda a coordinar el grupo... Pero se podría decir que no es una persona que coordina a 15, en total son 16. Todos cocinan, todos trabajan juntos, todos hacen todas las tareas de la casa. Por ejemplo, si los residentes pueden ayudar con las verduras, la persona que trabaja aquí tiene que coordinarlo y saber las capacidades que tiene cada persona para luego juntarlo y generar una comida agradable. O las toallas, que se lavan y secan en cada vivienda, hay que plancharlas y doblarlas, no tienen por qué hacerlo todo solos, pero sí que tienen que facilitar y promover que las personas participen. Si dejan la ropa encima de la mesa, alguien puede pensar 'oh, ahora hay que doblarlas' y levantarse a ayudar. Así se coordina en Huis Perrekes.

6. ¿Cuáles son las entidades que apoyan y colaboran con Huis Perrekes? ¿Existen voluntarios que participan? ¿Qué tipo de actividades se organizan? ¿Se requieren espacios adaptados específicos para la realización de estas actividades?

Desde Huis Perrekes se intenta generar actividades y buscar vínculos con la comunidad. Por ejemplo, en Huis Perrekes se organizan coros y talleres de tejer, organizan talleres de lecturas y recitales, exposiciones... un montón de cosas donde invitan a familias y a las personas del barrio.

Existen programas de intercambio con los colegios. Por ejemplo, los niños pequeños van a cantar a Huis Perrekes mientras que los residentes de Huis Perrekes participan en recitales y actividades de lecturas en los colegios. Siempre se favorecen y buscan ese tipo de relaciones. También hay otro tipo de organizaciones en Osterloo, con niños, adultos... otros colectivos con diversidad funcional, y con ellos se trabaja en el cuidado de la naturaleza, en granjas... se realizan muchos proyectos de forma conjunta. Hay un huerto, se cultivan productos orgánicos y una vez al año se organiza un mercadillo con toda la producción local; se organizan conciertos... También se destacan los campamentos de verano para los hijos/as de las trabajadoras del centro durante 5 semanas, donde los niños participan y ayudan en todas las tareas de la casa. Esto también hace que, a lo largo del año, los niños quieran también ir a Huis Perrekes a pasar el día o a ayudar.

7. ¿El diseño del espacio ha sido concebido siguiendo las guías de diseño amigable con las personas con demencia? ¿Se han incluido actividades y un diseño multisensorial? ¿Se han tenido en cuenta factores y parámetros para la accesibilidad de los entornos, como los pavimentos?

Lo que se dice guías no se han utilizado propiamente. Se ha trabajado mucho en definir la esencia y la base del trabajo que quieren desarrollar, y es después de varios años cuando se está trabajando también a nivel de la ciudad, en cuanto a recorridos en la ciudad, por ejemplo, para las personas con demencia es un aspecto que todavía está en desarrollo.

Se realizó un estudio social en Osterloo durante un año, identificando el contexto, la comunidad, las conexiones y contactos... y se identificó una visión completa de las necesidades. Este estudio sociológico también facilitó a los arquitectos las necesidades de Huis Perrekes y sus expectativas. Los arquitectos que diseñaron las viviendas anteriores y quienes han reformado el centro de día tenían ese estudio previo. También fueron varios días a vivir allí para entender el concepto y cómo vivían.

Sobre el master plan... esa es la base, crear espacios abiertos donde poder pasear, espacios verdes donde poder integrar a niños, también animales... y un jardín para personas en silla de

ruedas. La casa del centro de día al principio no estaba considerada porque no estaba a la venta, pero luego se compró y todo tuvo que adaptarse a la nueva situación. Pero la esencia y el trabajo más difícil estaba ya hecho “the years we met here and then, okay we built new houses here, and we integrate animals and play gardens, so to facilitate all the interactions through the architecture and the urban planning”. Fue un gran esfuerzo de todo el equipo, identificando las necesidades para nuevos edificios y cómo relacionar los distintos programas de cada vivienda.

El equipo de arquitectura conocía Huis Perrekes, hicieron una estancia para entender cómo era la vida allí. El primer equipo de arquitectura que desarrolló el estudio de concepto era distinto que los arquitectos que construyeron la casa. Éstos últimos leyeron el estudio, luego vivieron en Huis Perrekes unos días. También en 2003 con la universidad de Lovaina realizaron una publicación “walk out” sobre la vida normalizada en pequeña escala y cómo poder adaptarla para personas con demencia.

8. ¿Existen jardines o hay espacios verdes próximos al centro?

El espacio verde de detrás del centro de día se mantiene abierto siempre para que haya relación con la comunidad y los barrios. La puerta está cerrada, pero de una forma que no parece que esté cerrada y es difícil abrirla, así que si hay personas que quieren salir es difícil; sin embargo, las familias y las personas de la zona sí pueden entrar durante el día. Es importante no generar sensación de estar encerrado, psicológicamente, si hubiera una verja o un muro, se tendría la sensación de que se está encerrado y que hay que buscar una salida. Pero en Huis Perrekes no existe esa sensación por el diseño del paisaje. Los aseos también están abiertos a toda la comunidad durante el día. Durante el verano son muy prácticos, ya que se organizan numerosas actividades en el jardín. En las otras viviendas, por el contrario, los jardines son más recogidos y privados.

9. ¿Existe un Master Plan de Urbanismo? ¿Existe alguna consideración especial sobre las viviendas, espacios públicos, transportes y recomendaciones de diseño?

No exactamente, pero sí se realizó un estudio previo sobre las necesidades que podrían tener las personas con demencia en Osterloo para vivir con calidad de vida. Sobre ese trabajo es en lo que se ha ido desarrollando el concepto de Huis Perrekes y la creación de un entorno físico facilitador de los cuidados en la comunidad.

La organización del espacio en el pueblo es importante que sea abierto y acogedor, pero sucede de igual forma en la vivienda, para fomentar todas las relaciones posibles. Desde donde se estaba realizando la entrevista –apunta Karen Lambretchs– se puede ver la cocina, el salón y el jardín exterior. Tienes una visión completa, sin necesidad de controlar todo lo que ocurre.

Si eres cuidador, tienes la posibilidad de tener esta visión general y coordinar el día con todas las personas residentes. El resto de las viviendas han sido diseñadas siguiendo estos principios, pero si se crean las conexiones visuales y es acogedor... es más fácil la interacción, sin necesidad de hablar y expresarlo. Puedes ver lo que está pasando, puedes sentir curiosidad y echar un vistazo y decir ‘¿qué está haciendo esta persona aquí sola? Voy a ayudarla’. Esto resulta estimulante y fomenta que las personas con demencia puedan participar; si están solas en una habitación probablemente no tengan la iniciativa de hacer nada, pueden tener ganas pero no seguridad y confianza. Pero todo cambia si sienten que pueden ayudar y colaborar. Los cuidadores podemos dejarles hacer todo lo que puedan. Por eso el entorno es facilitador y no hacen falta tantas

palabras. La arquitectura es muy importante, cómo está organizado y cómo las cosas son lo que son y se reconocen con facilidad. Por ejemplo, en la cocina, el fregadero está a la vista y es visible desde todos los ángulos. Y no es automático, es un grifo normal. Para una persona con demencia todo tiene que utilizarse de una forma normalizada, como siempre lo has utilizado, la tecnología debe de incorporarse solo cuando es necesaria. Lo mismo sucede con los baños, si una persona entra y tiene un sensor de luz, igualmente va a buscar el interruptor de forma natural y a la salida del baño puede que se queden un rato buscando el interruptor sin saber que la luz se apagará sola. Hay que identificar qué cosas son comprensibles para las personas con demencia.

Existen algunas personas que tienen sensores en los casos que los cuidadores y ellas los utilizan, pero no se usan ni se promueven desde la organización, solo en los casos en los que eso brinda mayor seguridad y confianza a la persona y a los cuidadores.

En general, el concepto de Huis Perrekes es evitar utilizar las cosas por regla general. Disponen de sensores si alguien los necesita y si desde el equipo se identifica que hay una necesidad, riesgo de caídas, una persona que siempre deambula, etc.

10. Según su opinión, ¿qué ofrecen Huis Perrekes y la comunidad de Osterloo como comunidad amigable con la demencia? ¿Qué es lo más relevante para la inclusión de las personas con demencia en la comunidad?

El objetivo de Huis Perrekes es ser un lugar de encuentro de las personas de una comunidad, creando y recogiendo las distintas actividades en un calendario y así todo el mundo puede participar en las actividades que tienen lugar en la comunidad. Se ha generado una auténtica red de intercambio y cuidados en la comunidad.

La idea es que vivas en la zona común, igual que en tu casa, no vives en tu habitación todo el día, solo vas a dormir y descansar. Por eso el salón o el jardín tienen mayor protagonismo. Las habitaciones no son muy grandes, los metros cuadrados se centran en las zonas comunes donde se desarrolla la vida. Las habitaciones no son para pasar el día o recibir a los familiares, todo eso tiene que hacerse en el salón, para que las familias también puedan participar de la comunidad. Pero por supuesto, dentro de las habitaciones las personas también pueden decorarlas a su gusto. Las camas han sido especialmente diseñadas para Huis Perrekes, porque permiten generar un sentimiento de protección, acogida... para una persona con demencia el mundo cada vez se vuelve más pequeño, por eso las personas con demencia tampoco necesitan una habitación demasiado grande, lo que es importante es generar un espacio que envuelva y acoja, pero también hay un entorno inmaterial que tiene que acoger y acompañar y generar ese entorno protector.

Es un mecanismo muy sencillo y realmente representa la esencia de todo Huis Perrekes. No es solo que haya una cuna, tienes que buscar la conexión con la persona que está meciéndose, mirar, sentir... en realidad, el cobijo no es la cama, es lo que rodea a la cama. Todo forma parte de una misma escena.

Los baños no están en las habitaciones, es como en una casa, no todas las habitaciones tienen el baño integrado. Las duchas están separadas en otro baño específico.

También hay habitaciones en las plantas superiores, pero no son propiamente habitaciones oficiales. Son más habitaciones flexibles para casos en los que haya una crisis, por ejemplo, y no hay otras habitaciones disponibles. También hay una habitación para invitados, o para estancias de artistas o de personas interesadas en el concepto que quieren venir a pasar unos días e inspirarse, o para familias que vienen a despedirse de un familiar que está muriendo.

Esta es una habitación especialmente diseñada para alguien con demencia. En realidad, este centro era una antigua casa de un médico, grande y ostentosa, es muy bonita pero es demasiado grande, por ejemplo, el salón es demasiado amplio y hay mucho espacio. Se necesitan entornos más recogidos, como en las viviendas. Tienen el salón de estar en la planta de abajo, con la cocina, y en la planta de arriba están las habitaciones. Los baños siempre están identificados en verde, por lo que si alguien quiere ir al baño siempre se le puede decir '*es la puerta verde*' y pueden ir ellos solos, para eso sí es necesario un diseño diferenciador facilitador.

Es una habitación pequeña, con bastantes rincones distintos para que las personas puedan adaptarlo a su gusto. Pueden elegir si quieren estar o no con el resto de las personas, o si quieren estar con alguien más... necesitan tener la posibilidad de estar solos y elegir. Pero principalmente la vida se concentra en la planta baja y es ahí donde suelen estar todas las personas. Pero también se busca que haya elementos que tengan que ver con su estilo de vida y preferencia. Un tema interesante es que muchas veces tampoco es necesario tener andadores, sillas de ruedas y tecnologías por todas partes. Las personas se pueden apañar fácilmente para ir de un sitio a otro porque el entorno y el diseño es de pequeña escala, y hay otros elementos de apoyo. Si se requiere hacer una transferencia desde el sofá a la silla, luego inmediatamente se lleva la silla de ruedas a otro sitio. Si observas el entorno, verás que no hay elementos de apoyo. Todos esos aparatos psicológicamente se quedan en la mente. Cuanto más cuidados hay, más dependiente y frágil te vuelves y hay más inseguridad. Es todo un proceso psicológico, por lo que todo está como en una vivienda.

El proceso es entender a la persona desde la empatía, pero también ver el conjunto, una persona puede ayudar a otra persona y puede que una persona necesite ayuda, pero no siempre el cuidador tiene que hacerlo, entre las personas residentes pueden apoyarse y hacer algo la una por la otra. Hay años mejores y otras veces hay más dificultades.

11. ¿Cómo puede el diseño ser más inclusivo para las personas con demencia tanto en el interior como en el exterior?

Huis Perrekes está distribuido en el pueblo, son varios edificios. La idea de tener un único edificio más grande no estaba alineado con la filosofía y la esencia de la vida normalizada de pequeña escala. Se busca una vivienda normal, en un pueblo o una ciudad normal. Y aun así, no es normal porque hay muchas cosas que compensar... pero se ha conseguido un entorno normalizado y natural que no tendría ese carácter si hubiera una gran placa que dijera "Viviendas para personas con demencia Huis Perrekes". En las viviendas hay libertad, si una persona quiere salir al jardín, la puerta está siempre abierta, eso genera un sentimiento de libertad.

Tabla 35. Resumen de las respuestas a la entrevista semiestructurada a Karen Lambretchs. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

El proyecto Huis Perrekes es un concepto único, evolución de una larga tradición de cuidados integrados en la comunidad, donde la esencia de los cuidados se ha articulado en una visión a medio-largo plazo compartida.

El diseño se ha trabajado en todas las escalas, desde los detalles el mobiliario hasta la integración del centro en el entorno urbano, generando progresivamente nuevos programas para la inclusión e interacción social. La cultura, bien mediante conciertos, coros, talleres de lectura o talleres de costura; y la naturaleza, a través de la actividad en el huerto, o en la granja o en el jardín trasero, son parte del día a día en la comunidad.

El resultado es un equipo de cuidadores comprometido con el concepto de Huis Perrekes; un servicio continuado por el centro para adaptar las distintas opciones a las necesidades específicas de las personas que buscan este modelo de cuidados, ofreciendo desde servicios diurnos y centro de día, centro de respiro, apartamentos con servicios o residencia de larga duración; y una comunidad comprometida, participativa y proactiva en las actividades que se realizan en Huis Perrekes. En definitiva, un entorno normalizado de pequeña escala que cuida todos los detalles para asegurar el bienestar de las personas y de la comunidad hasta el fin de vida.

4.7. PAÍSES BAJOS

Se seleccionaron los siguientes casos de estudio por su carácter innovador, de los cuales se visitaron 2, con sus respectivas entrevistas:

- *De Hogeweyk* (Weesp)
- Kwiek Beweegroutte (Nuenen)
- Adicionalmente, se incluye una referencia al proyecto Buurtzorg en Almelo, por ser un servicio de asistencia domiciliaria a escala de barrio (no visitado).

4.7.1. *De Hogeweyk* (Weesp)

Introducción

Weesp es una ciudad y municipio en el norte de Holanda, Países Bajos, fundada en la Edad Media con origen defensivo. Es parte del área metropolitana de Ámsterdam y tiene una población de 19.334 habitantes (2019). Tras la Segunda Guerra Mundial, la ciudad se expandió con nuevas zonas residenciales hacia el oeste y una importante zona industrial, sobre todo a partir de los años 70, cuando la ciudad creció al sur y al norte.

El primer edificio correspondiente a *De Hogeweyk*¹⁰⁷ se inauguró en 1881, aunque el centro que se conoce en la actualidad se inauguró en 2001. Hoy en día, *De Hogeweyk* está dentro de una zona de oficinas y de grandes equipamientos deportivos llamada Hogewey.

¹⁰⁷ *De Hogeweyk* (DVA Dementia Village Associates, n.d.). Disponible en: <https://hogeweyk.dementiavillage.com/> Último acceso: 28/10/2022.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

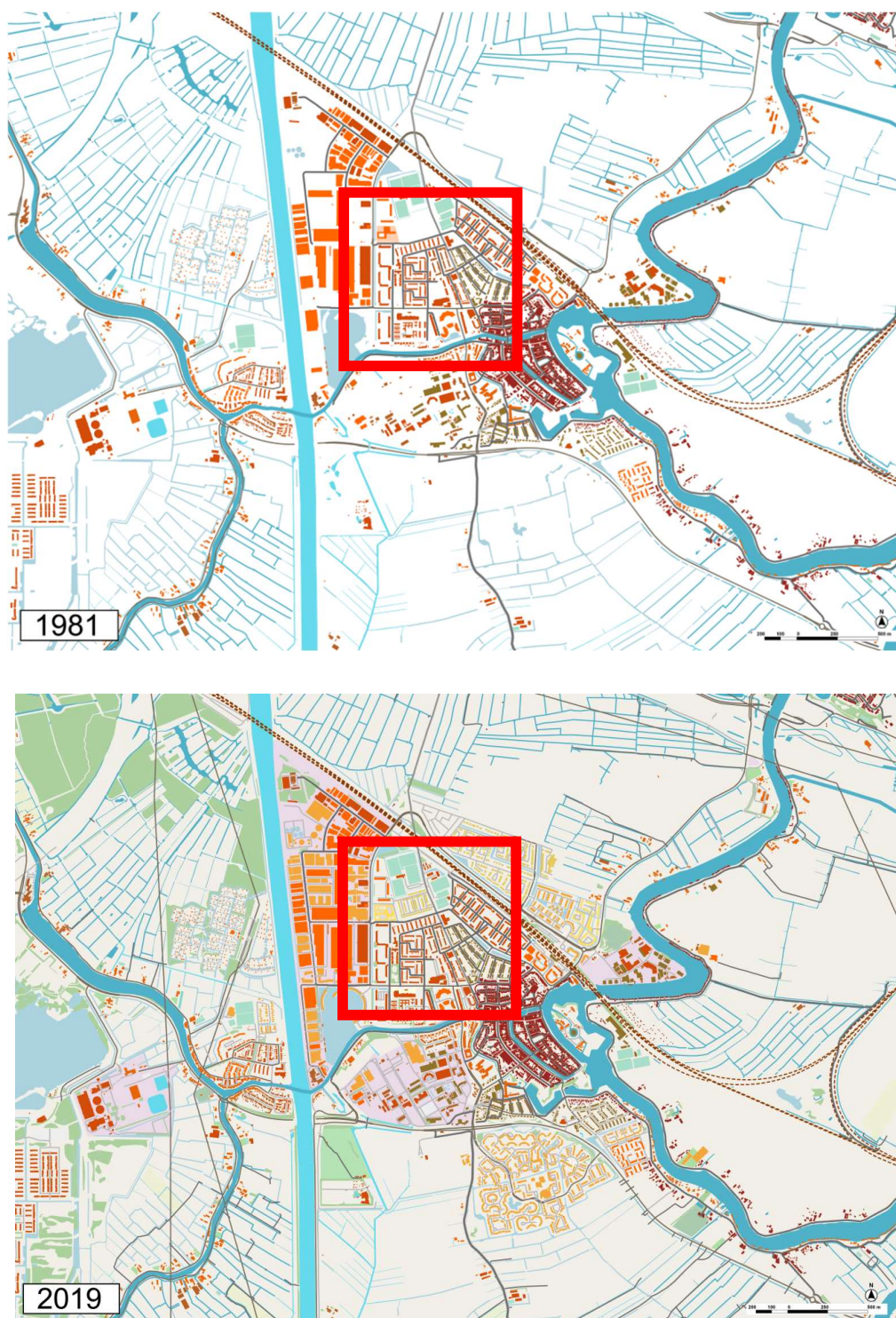


Figura 54. Evolución histórica del entorno urbano de De Hogeweyk. Fuente: Elaboración propia.

Contexto y planificación urbana

El documento “Visión estructural de Weesp 2013-2030”¹⁰⁸ desarrolla una visión estratégica de planificación, en cumplimiento a la legislación nacional “Spatial Planning Act” (Gobierno de Los Países Bajos, 2013), la cual debe ser la base para futuros desarrollos estableciendo una visión integral de las distintas políticas urbanas sectoriales para crear una coherencia en el territorio y reestructurarlo en función de las distintas necesidades con una visión global. Se trata de un documento que recoge recomendaciones de desarrollo y acciones concretas, aunque no imponga ningún tipo de ordenanza o proyecto concreto.

En concreto, el área de Hogewey tiene una densidad de 43 viviendas/ha y está estructurado en un área con distintas zonificaciones y tipologías, donde se mezclan edificios de bloque abierto de entre 7 y 9 plantas con viviendas unifamiliares o bloques de vivienda de 2 plantas. En ambos casos, la planta baja de los edificios suelen ser viviendas o espacios de almacenamiento, sin contacto con el espacio público.

Se trata de una zona con un alto porcentaje de vivienda en alquiler (60%). Hogewey es un barrio envejecido comparado con la media nacional, con un 23% de la población mayor de 65 años. Un 40% de la población en esta zona vive sola y un 30% vive en pareja. Aunque estas cifras podrían estar condicionadas por la presencia del centro *De Hogeweyk* en la zona. También se identifica un alto porcentaje de población migrante residiendo en el área.

Existen varios espacios verdes pero su estructura es fragmentada y son espacios residuales. Los espacios abiertos alrededor de los edificios se identifican como monofuncionales, con una gran cantidad de espacio dedicado al aparcamiento. Destacan las alineaciones de árboles en varias de las calles y principales ejes de circulación.

En cuanto a servicios y equipamientos en la zona, se identifica un centro comercial de 5,2 ha al sur del barrio, un equipamiento educativo (*Vechtstede College*) y el centro *De Hogeweyk*, una residencia de personas mayores y cuidados (12 ha). También existen un par de escuelas infantiles y al noreste del barrio existen unas instalaciones deportivas de

¹⁰⁸ Traducción del original “Structuurvisie Weesp 2013-2030” (Gemeente Weesp & LOS stadomland, 2013).

63,6 ha. Existen algunos servicios dispersos, como restaurantes de comida rápida o un gimnasio en la zona terciaria. En cuanto a espacios culturales, se identifica algún espacio comunitario, pero destaca sobre todo el teatro que hay dentro del propio centro *De Hogeweyk*.

La estación de tren de Weesp está hacia el suroeste del barrio, conectando el municipio con Amsterdam y el aeropuerto, principalmente, con una frecuencia de más de 16 viajes por hora con destinos a nivel nacional. La estación se conecta con los distintos barrios y pueblos colindantes a través de redes de autobuses interurbanos.

Existen dos calles con mayor densidad de tráfico que generan importantes barreras físicas en la zona. El barrio igualmente permanece aislado del resto de la ciudad debido a las vías ferroviarias y la escala del parque de oficinas.

El entorno inmediato de *De Hogeweyk*

La residencia *De Hogeweyk* limita al norte y al sur con los bloques aislados de vivienda, al oeste con uno de los principales viarios y el parque de oficinas y al este con un área residencial de baja densidad y el gran parque deportivo.

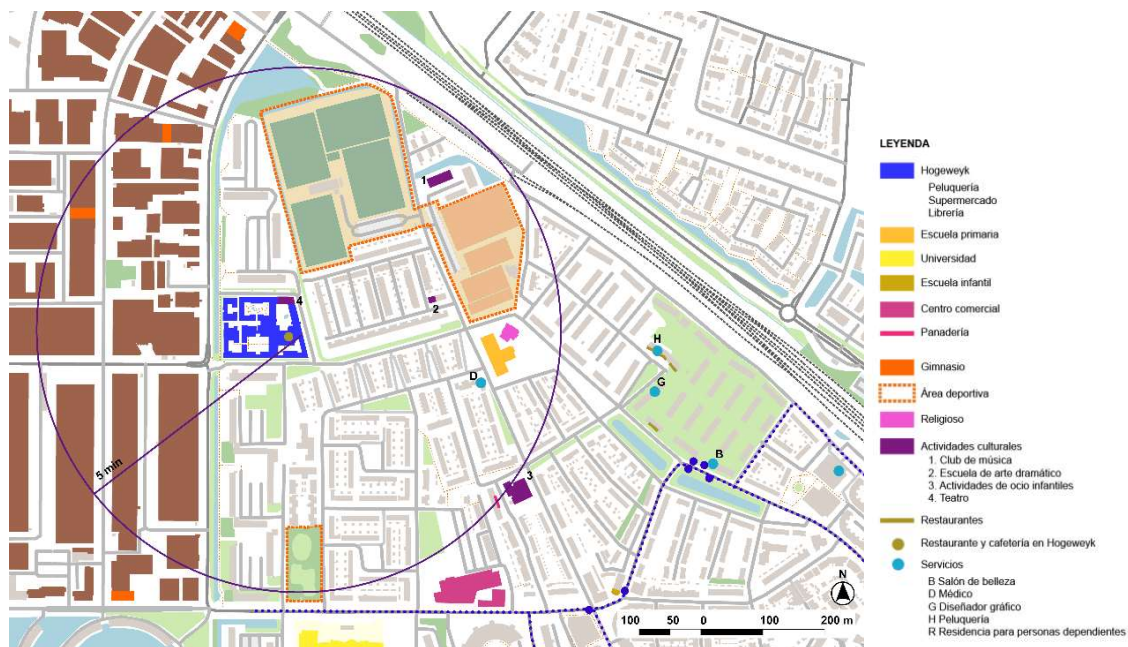


Figura 55. Análisis del entorno urbano inmediato a *De Hogeweyk*. Fuente: *Elaboración propia*.

El centro comercial es uno de los nodos de interés identificados dentro del barrio con una función social de encuentro, especialmente para las personas mayores. Sin embargo, se

identifica la escala de este centro como sobredimensionada en relación con los alrededores, además de ser un servicio mono funcional con una oferta exclusivamente comercial. La visión estratégica del documento de Weesp contempla la posible reubicación de este centro comercial y la reestructuración de los bloques residenciales colindantes con un nuevo programa de viviendas sociales en el barrio cambiando la imagen urbana de la zona para que se integre con el entorno.

Las propuestas estratégicas recogidas en el documento identifican:

- La creación de espacios de convivencia a partir de las zonas de aparcamiento y los espacios verdes residuales existentes.
- La creación de una ruta que unifique el diseño urbano para generar una identidad y una coherencia paisajística y territorial.
- Una reestructuración de las viviendas, pudiendo unir viviendas para ofrecer nuevas tipologías.
- Creación de espacios de convivencia en las plantas bajas generando un contacto directo con la calle.
- Reducir la presencia del vehículo privado en el espacio público, desplazando las plazas de aparcamiento a las zonas perimetrales del ámbito.
- Creación de más áreas verdes en el espacio público para crear más conexiones entre distintos puntos de interés o equipamientos, como el colegio y el centro comercial.
- Mejorar la calidad de las zonas verdes en zonas residenciales.

En este contexto se ubica *De Hogeweyk*, la residencia de personas con demencia y situación de dependencia. Este complejo tiene la estructura de una pequeña villa, recreando una plaza central y calles con un paisaje urbano similar a cualquier otro entorno urbano de la zona. Dentro de la planificación urbana, se identifica la necesidad de que *De Hogeweyk* se convierta en un nodo de interés en el ámbito donde se ubica generando mayor relación con el entorno para generar mayores beneficios e impacto positivo. El documento identifica el potencial que tiene *De Hogeweyk* para ofrecer servicios de atención a domicilio que pueda beneficiar a las personas mayores que

habitan en la zona, al mismo tiempo que se plantea la rehabilitación o reestructuración de sus viviendas para adaptarlas a sus necesidades.

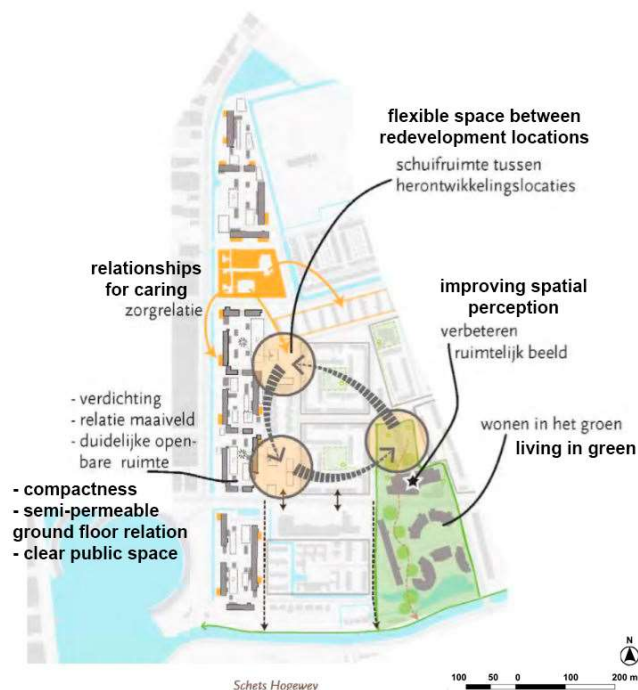


Figura 56. Propuesta para reforzar las conexiones de la residencia De Hogeweyk con el resto de las estrategias del barrio. Fuente: Municipio de Weesp (2014) Structuurvisie Weesp 2013-2030. pg. 92.

Residencia De Hogeweyk	
Ubicación	
Ciudad	Weesp (Ámsterdam)
Año de construcción de la residencia actual	2001, inauguración en 2009
Distancia al centro urbano	1,5 km (20 mins a pie)
Tipo de equipamiento	Residencia de larga duración para personas con demencia con alto nivel de dependencia
Gestión	
Nombre de la institución	Vivium Zorggroep
Tipo de organización	Organización sin ánimo de lucro
Perfil de los residentes	Personas con demencia en estadios avanzados
Número de residentes	6 ó 7/ unidad, 169 residentes
Coste	Se trata de un servicio residencial incluido en la pensión de la persona, con servicios adicionales por separado.
Edificio	
Área del sitio	12.000 m ²
Viviendas	23 uds (16 viviendas en planta baja + 7 viviendas en primera planta)

Área de la Vivienda	320 m ²
Servicios que ofrece el centro	Teatro, restaurante, centro comunitario, supermercado, cafetería, tienda de hardware, sala snoezelen, sala de música, fisioterapia, peluquería, librería, salas de visitas y centro de actividades y talleres, entre otros.

Tabla 36. Resumen de características del estudio de caso The Hogeweyk. Fuente: elaboración propia.

Visita – análisis ambiental

La visita se desarrolló durante la mañana del 27 de enero de 2020, consistió en una visita guiada comentada por el director del centro, Eloy van Hal. A continuación, se recogen los elementos y aspectos más relevantes en el diseño del entorno físico y las principales percepciones.

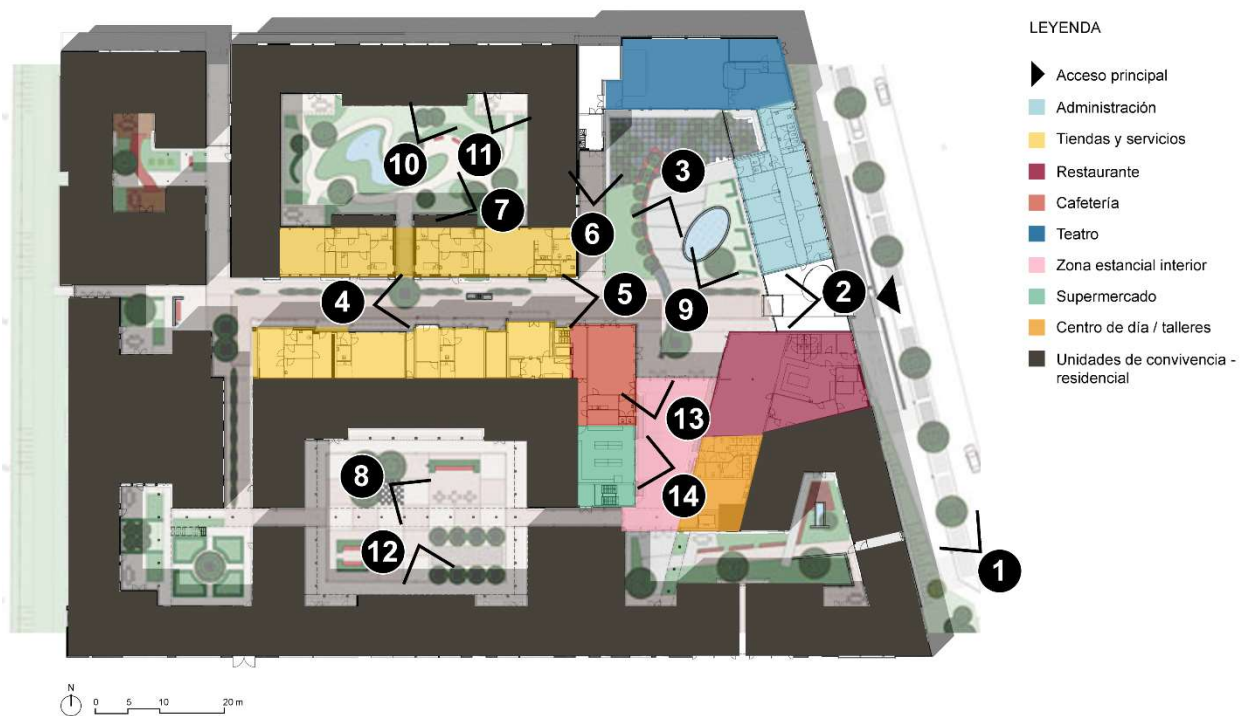


Figura 57. Planta baja de De Hogeweyk, usos principales y leyenda fotográfica. Fuente: elaboración propia a partir de imágenes de archivo de De Hogeweyk.

Selección de fotografías



Fotografía 1. El acceso principal es una calle tranquila en fondo de saco, donde está prohibido estacionar. Destaca el aparcabicis a la entrada del centro y la falta de límites de la parcela con el exterior. La escala del edificio está integrada con el entorno, siendo de menor altura que el resto de los edificios.

Fuente: autora.



Fotografía 2. Existe un único acceso público al edificio, debido a las necesidades de seguridad del centro. Por normativa de este tipo de equipamiento, las personas residentes no tienen la posibilidad de salir a la calle de forma independiente. El personal de recepción se encarga de acompañar y reconducir a las personas residentes que puedan desorientarse e intenten salir, al igual que recibe a los visitantes, logística o trabajadores del centro.

Fuente: autora.



Fotografía 3. El espacio exterior contiguo a la entrada principal consiste en una plazoleta con distintas zonas ajardinadas, una fuente, una zona de ajedrez en el pavimento y distintos espacios estanciales. En esta fuente anidan patos y la biodiversidad permite que haya pájaros e insectos a lo largo del año. Este espacio articula el acceso a usos comunes, como el teatro, la cafetería, el supermercado, el centro de día, y la calle principal de la residencia.

Fuente: fotografía de archivo, De Hogeweyk.



Fotografía 4. La calle principal recrea un ambiente urbano normalizado. La planta baja de los edificios son distintos servicios (peluquería, librería, taller de música, etc.) con escaparates con distintos objetos, como cerámicas, maquetas o cámaras de fotografía. El espacio es completamente accesible, con un pavimento al mismo nivel que diferencia el patrón de adoquines según los distintos ámbitos de la calle, idéntico al tratamiento de los pavimentos en las ciudades holandesas. Los distintos elementos y mobiliario, como maceteros, bancos y cartelería configuran un ambiente de calle normalizado.

Fuente: fotografía de archivo, The Hogeweyk.



Fotografía 5. La residencia tiene dos plantas, donde la planta primera es exclusivamente residencial y la planta baja combina algunas unidades residenciales y los servicios comunes y públicos del centro. Las terrazas y pasarelas tienen la misma protección frente al riesgo de caídas que cualquier otro desnivel en el entorno urbano. La cartelería y los adornos en la calle se van actualizando en función de las épocas del año y los distintos eventos, como, por ejemplo, las luces de Navidad.

Fuente: autora.



Fotografía 6. Los accesos de servidumbre o secundarios, tanto al exterior como a los distintos programas del edificio, se encuentran camuflados con un tratamiento de los umbrales y las puertas similar al resto de la fachada. Estos itinerarios no tienen ningún tipo de elemento de interés para evitar la deambulación por ellos. Los distintos espacios abiertos del edificio están nombrados como cualquier calle o plaza de la ciudad.

Fuente: autora.



Fotografía 7. Las unidades de convivencia se organizan en torno a distintos espacios exteriores ajardinados con diseños diferenciados. Existen bancos, farolas y zonas ajardinadas recreando un parque de cualquier espacio público de la ciudad concebidas como zonas estanciales de calma.

Fuente: autora.



Fotografía 8. Otros espacios exteriores tienen mobiliario y programas funcionales para realizar otro tipo de actividades más dinámicas, como bancales para huertos urbanos.

Fuente: autora.



Fotografía 9. La fuente es un elemento ornamental que funciona a lo largo de todo el año, permite la existencia de aves como patos o pájaros y genera un microclima durante los meses de verano. No existe una preocupación por el riesgo de que no haya una barrera protectora para evitar que una persona se caiga, por ejemplo.

Fuente: autora.



Fotografía 10. El acceso a las viviendas cuenta con un espacio de actividades y estancia en el exterior, con contacto visual directo al salón comedor del interior, y rodeado de vegetación para favorecer la intimidad respecto al resto del espacio común.

Fuente: autora.



Fotografía 11. Las viviendas de la planta superior también cuentan con sus espacios exteriores directos, tanto las terrazas como las pasarelas de paso. Las habitaciones y zonas comunes tienen vistas a los espacios ajardinados del centro.

Fuente: autora.



Fotografía 12. El espacio abierto se utiliza para todo tipo de actividades de las rutinas diarias, como jardinería, tender la ropa o comedor al aire libre. Las habitaciones tienen vistas a estos espacios.

Fuente: autora.



Fotografía 13. Existen espacios de estancia comunes cubiertos para posibilitar el encuentro en zonas cubiertas resguardadas de condiciones climáticas adversas, como lluvia, pero también para favorecer entornos más tranquilos y calmados. Estos espacios tienen relación con la cafetería y el restaurante. Fuente: autora.



Fotografía 14. El supermercado es otro de los programas del centro para que las personas residentes puedan realizar sus rutinas diarias y participar en hacer la compra. Existen cubos para reciclar a la salida, así como una zona estancial de calma con una pantalla donde se proyectan imágenes terapéuticas. Fuente: autora.

Tabla 37. Selección de imágenes y elementos de diseño incorporados en De Hogeweyk. Fuente: elaboración propia.

Es importante mencionar que la visita se realizó durante el mes de enero, en invierno, por lo que la vegetación y las actividades que se han observado responden a esta época del año. A lo largo de la mañana se encontraron varias personas paseando por los espacios públicos, así como sentados en las zonas comunes de las unidades de convivencia. Una persona desorientada preguntó al director del centro por indicaciones para poder llevar a su vivienda. También se pudo observar el funcionamiento del centro a lo largo de la mañana, con visitas de familiares en el centro, trabajadores comiendo en el restaurante, personas viendo la televisión en las zonas comunes y otras participando en la elaboración de comidas. Estas situaciones no se han fotografiado por respeto a las personas residentes y por el cumplimiento de la protección de datos.

Análisis de legibilidad urbana

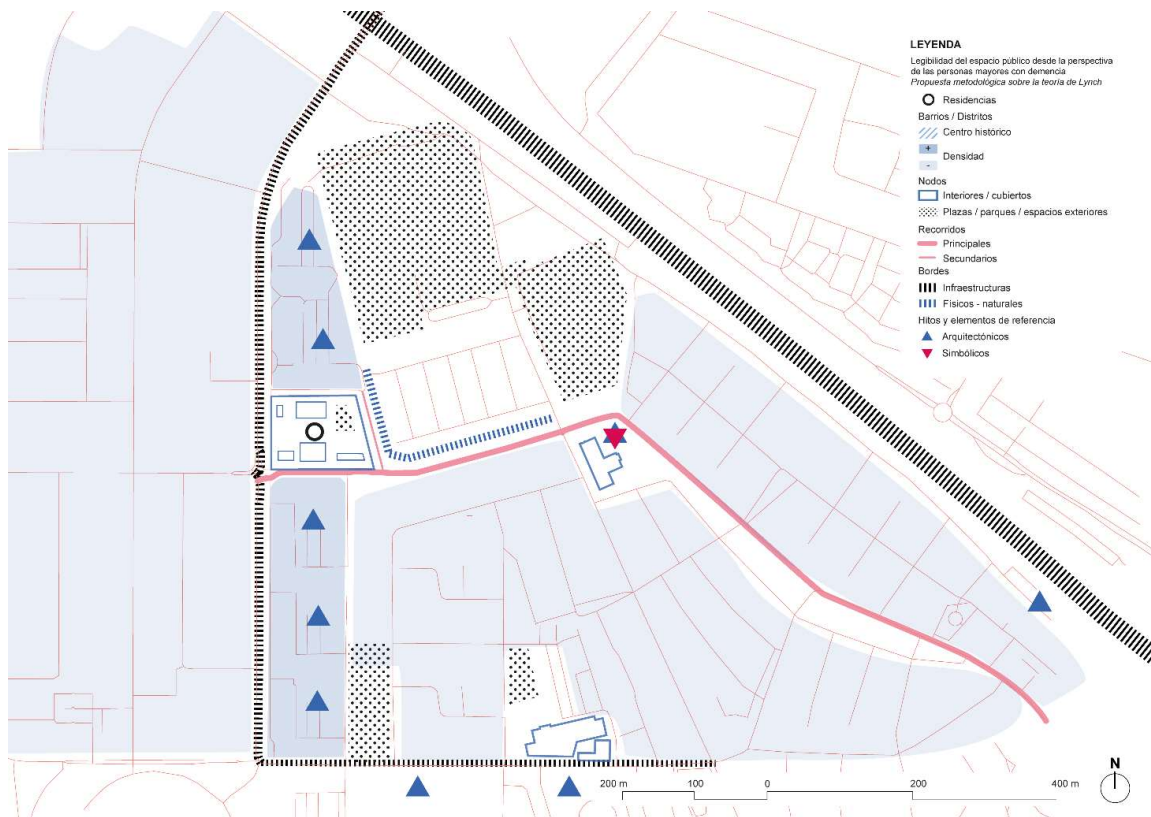


Figura 58. Esquema del entorno urbano de De Hogeweyk, a partir de la teoría de Lynch. Fuente: Elaboración propia.

El análisis del entorno alrededor de De Hogeweyk muestra una zona altamente zonificada con un gran espacio dedicado a equipamientos deportivos y un área de gran escala de actividad terciaria e industrial en contraste con barrios residenciales de baja densidad y una franja de bloques aislados que sobresalen en el paisaje urbano. Existe una jerarquía clara de las calles, que a veces resultan barreras por la densidad del tráfico, pero por otra parte, el resto de las sendas peatonales tienen un diseño que da prioridad al peatón e incorpora elementos naturales como canales y alineación de arbolado o infraestructura verde que también ayudan a la orientación.

Análisis de la entrevista a Eloy van Hal

A continuación, se presenta un resumen de las respuestas de la entrevista a Eloy van Hal. En el Anexo II se incluye la transcripción completa de la entrevista en inglés.

1. Otras alternativas de cuidados para personas con demencia en los Países Bajos y origen de la idea del modelo De Hogeweyk. ¿Por qué se decide crear un entorno cerrado para personas con demencia?

Uno de los modelos más conocidos y extendidos en los Países Bajos es el modelo Buurtzorg, que consiste en una cooperativa de enfermeras que prestan servicios a domicilio a escala de barrio (se explica en mayor detalle en el apartado 5.2.3). El proyecto The Hogeweyk es promovido por Vivium, una organización sin ánimo de lucro que ofrece distintos servicios de cuidados en los Países Bajos.

2. ¿Cuál es el modelo económico de esta entidad? Público, privado, consorcio...

Vivium es un proveedor de servicios de cuidados, una entidad privada sin ánimo de lucro que trabaja a nivel nacional en los Países Bajos. El entorno organizado en unidades de convivencia de pequeña escala en pequeños grupos favorece un entorno tranquilo con menos estrés, lo cual hace que la calidad de vida sea mejor y que las personas necesiten hasta la mitad de los medicamentos que podrían tomar anteriormente. Además, el hecho de estar más tranquilos permite que se pueda reducir el número de especialistas contratados, como psicólogos o fisioterapeutas y, en cambio, la ratio de personal cuidador puede aumentar. Por otra parte, la organización en unidades de convivencia requiere una logística adaptada a esta organización, por lo que equipamientos de mayor escala como una cocina industrial no resulta necesario y eso supone un ahorro considerable en el balance total.

3. ¿Las personas residentes tienen posibilidad de ir fuera de la residencia?

No, la ley holandesa considera el centro como una residencia de mayores, además con un grado de dependencia muy elevado, lo cual requiere un cumplimiento estricto de normas y funcionamiento del centro. Las personas residentes en *De Hogeweyk* no pueden salir sin acompañante, bien personal del centro, voluntarios o familiares, porque la responsabilidad recae sobre el equipo del centro.

4. Número de personas que viven en el centro. Cuántas personas visitan de forma regular el centro. Nivel de demencia y dependencia de las personas residentes.

Cada una de las viviendas de *De Hogeweyk* tiene 6 - 7 plazas. En total, hay 169 residentes distribuidos en 27 viviendas, que se organizan por distintos estilos de vida. Estos estilos de vida se reflejan en la decoración de las zonas comunes, el tipo de comida que preparan, la música que ponen, el tipo de actividades que realizan o el tipo de películas que ven. Eloy van Hal, señala la diferencia entre un estilo de vida más cosmopolita, con un mayor nivel de estudios, gusto por la música clásica por ejemplo o una dieta más variada e internacional; frente a un estilo de vida más tradicional, con gusto por la música folk típica holandesa y una dieta basada en patata, como cliché. Cada individuo puede participar en otras actividades fuera de estos estilos de vida y relacionarse con otros grupos y personas.

5. ¿Los cuidadores viven con las personas residentes? ¿Qué perfiles cuidan y atienden a las personas residentes?

El modelo *De Hogeweyk* trabaja con equipos de cuidados por vivienda. Cada una de las viviendas

tiene asignado a un equipo de profesionales, para reforzar la confianza y la familiaridad entre las personas residentes y los cuidadores. Los equipos se organizan por vivienda, así que hay un total de 27 equipos en total principalmente compuestos por cuidadoras. Adicionalmente, existe un equipo de apoyo a todos los equipos de cuidados compuesto por un psicólogo especialista, un médico, una enfermera, un fisioterapeuta, un trabajador social y un terapeuta ocupacional. Eloy van Hal comenta la importancia de la formación de las cuidadoras y auxiliares para poder satisfacer las necesidades habituales de las personas residentes, habla de un perfil de cuidadoras de nivel 3, combinado con perfiles de nivel 1, que son normalmente limpiadoras y cocineras, pero que también trabajan con el resto del equipo y además de realizar sus tareas invitan a que las personas residentes realicen las actividades con ellas.

6. Esperanza de vida media en el centro.

Las personas residentes tienen una edad media de 85 años y suelen vivir entre 2 y 3 años en *De Hogeweyk*. Todas ellas han sido diagnosticadas con demencia en estadios avanzados, a partir de 5 y tienen un alto grado de dependencia. En palabras de Eloy van Hal *'en esta experiencia, las personas que vais a ver aquí durante la visita son el mismo perfil de personas que encontraríais en una de las peores residencias del mundo, personas con un alto grado de dependencia que requieren de un alto nivel de apoyo y cuidados'*.

7. Coste medio de los servicios y alquiler de una persona y forma de financiación.

Vivium es un proveedor de servicios de cuidados en los Países Bajos. Es una organización sin ánimo de lucro. Según Eloy van Hal, el gobierno da una prestación máxima para los cuidados y es la persona la que decide qué tipo de cuidados y la residencia. Sin embargo, para Eloy van Hal, el precio de alquilar un apartamento más la contratación de servicios a domicilio resulta mucho más costosa que ir a una residencia, donde se incluye el alquiler, los servicios, la atención médica y la medicación, como en el modelo *De Hogeweyk*. El modelo de *De Hogeweyk* trata de ofrecer la mayor calidad de vida en un entorno normalizado.

8. ¿Existen distintas tarifas en *De Hogeweyk*?

Vivium, la entidad gestora, no gestiona directamente la pensión de la persona. Según Eloy van Hal, Vivium recibe directamente del Estado y del Sistema Nacional de Salud el importe por la oferta de servicios, y es la persona residente y sus familiares quienes gestionan con ambas instituciones la pensión que reciben, solicitan plaza en *De Hogeweyk* en función de su nivel de dependencia, y pagan la diferencia correspondiente en función de la cantidad que les cubre su pensión.

9. ¿Existen personas que no han sido diagnosticadas con demencia que hacen uso de los servicios del centro, como el centro de día?

No. Solo las personas que han sido diagnosticadas con nivel 5 o 7 de demencia y tienen una evaluación oficial del gobierno holandés que lo acredite pueden residir en *De Hogeweyk*. En el caso de parejas, por ejemplo, se requiere un diagnóstico de ambas personas para que puedan vivir juntas en el centro.

10. ¿Existen otras instituciones o entidades que colaboran con *De Hogeweyk*?

Sí, *De Hogeweyk* organiza numerosas actividades, además de la gestión diaria de los grupos de cuidados en cada una de las viviendas y colabora con numerosos voluntarios para poder desarrollar muchas de estas actividades. Además, algunos de los servicios que ofrece el centro se alquilan a otras entidades o empresas, como es el teatro, para eventos comerciales, lo cual genera un ingreso adicional como alquiler de espacios. También tienen estudiantes y trabajadores en prácticas, lo cual ayuda a que haya una ratio mayor en las viviendas como apoyo en los cuidados.

11. Tipos de vivienda que se ofrecen y cómo se gestionan. ¿Las personas residentes pueden escoger su propia habitación?

Los estilos de vida y de vivienda van evolucionando a lo largo del tiempo. En el inicio, Eloy van Hal comenta que había estilos de vida basados en un estilo indonesio o cristiano, pero al final han ido evolucionando y han desaparecido, ya que se dieron cuenta de que las diferencias entre estos dos estilos de vida y otros más cosmopolitas, urbanos o tradicionales, no eran significativos y primaban más otros parámetros. Se van adaptando según la demanda y la evolución demográfica. Esta adecuación de la decoración de la vivienda requiere una inversión considerable, en mobiliario, pintura o elementos decorativos, por lo que se tiene que planificar a medio plazo.

12. ¿Existen grupos y actividades de voluntariado? ¿Qué tipo de actividades se organizan?

Sí, existen múltiples actividades y clubs, como bingo, música, bailes, talleres de arte, actividades deportivas, gimnasio, salidas en bicicleta, salidas al centro de la ciudad, etc. Hay más de 30 eventos normalmente. Los voluntarios tienen un papel fundamental en hacer esto posible y dar apoyo a los coordinadores de las distintas actividades.

13. ¿El diseño de los espacios interiores ha sido concebido siguiendo los estándares y recomendaciones de las guías de diseño de entornos “amigables con las personas con demencia”? ¿Qué espacios funcionan mejor y cuáles son los que las personas residentes prefieren? ¿Han participado de alguna forma las personas con demencia o los familiares en el diseño?

Eloy van Hal es partidario de diseñar entornos normalizados. Espacios que sean agradables pero que sean entornos lo más normalizados posibles, asumiendo que una protección excesiva frente al cambio climático o frente al riesgo puede repercutir en un diseño menos natural. Pone el ejemplo de que, para garantizar un entorno confortable, quizá haga falta cubrir un espacio exterior para poder disfrutar de un espacio cubierto en días de lluvia y eso puede contribuir a tener una imagen más institucional.

14. ¿Se han tenido en cuenta las guías de diseño de entornos amigables con la demencia para el diseño de los espacios exteriores? ¿Qué espacios funcionan mejor?

Para Eloy van Hal las guías pueden no corresponderse forzosamente con un diseño adaptado para personas mayores y personas con demencia. Considera que en muchos casos las guías de diseño están basadas en entornos institucionales o a partir de experiencia de diseño de residencias de hace 30 ó 40 años y no tiene sentido mantener esos estándares o recomendaciones en los nuevos diseños

de vida normalizada. Pone el ejemplo de las barandillas y los pasos elevados, que ha recibido mucha polémica por el riesgo de que una persona con demencia pueda saltar y caer. Otro ejemplo es la presencia de la fuente, que prefiere mantener por los beneficios que aporta en el espacio público, asumiendo el riesgo de que alguien pueda meterse dentro o de que alguien pueda ahogarse, en un caso extremo. Pero argumenta que no hay que tratar a las personas con demencia como estúpidas o infantilizarlas con una sobreprotección del diseño de los espacios.

15. ¿Existen distintos patrones de uso de los espacios a lo largo del año?

Sí, de una forma natural, las personas salen más durante los meses de mejor tiempo. Eloy van Hal comenta que en invierno, el aspecto de los espacios exteriores no son muy atractivos, pero es lo natural y es bueno sentir el paso de las estaciones de una forma normalizada. La calle principal, el boulevard, conecta con los servicios y equipamientos principales del centro. Las fachadas de la planta baja tienen escaparates con distintos elementos expuestos, como cámaras de fotos, vajillas, maquetas, cuadros... lo cual es un estímulo para pararse a charlar durante alguna de las salidas con la persona cuidadora o en un encuentro espontáneo.

16. ¿Se tiene en cuenta el confort térmico y el seguimiento de estos parámetros en el interior y en el exterior? ¿Cómo afecta esto a las personas con demencia? ¿Se tuvo en cuenta el confort térmico, lumínico y el viento en el diseño del edificio?

Según Eloy van Hal, el edificio se ha construido siguiendo los parámetros de cualquier buena construcción en los Países Bajos, adaptada a las condiciones del entorno y con un diseño teniendo en cuenta la normalización del entorno, generando espacios familiares para las personas con demencia.

17. ¿Cómo se diseñó el proyecto? ¿Se tuvo en cuenta la participación de alguna asociación o grupo específico de personas con demencia?

De Hogeweyk fue un proyecto promocionado por Vivium. Su trayectoria a lo largo de varias décadas en el desarrollo de servicios de cuidados y atención a las personas mayores, con gran dependencia y personas con demencia, hicieron que el proyecto se desarrollara con un carácter innovador respondiendo a las necesidades que comúnmente han ido identificando a lo largo de los años.

18. Criterios de selección del pavimento, accesibilidad, bancos, elementos urbanos...

Eloy van Hal pone en cuestión los estándares y las recomendaciones de diseño y apela al sentido común a la hora de diseñar los entornos de los cuidados. El centro es accesible en silla de ruedas, ya que un 40 % de las personas usuarias necesitan una silla de ruedas para desplazarse. Los ascensores para subir los distintos niveles, por ejemplo, son automáticos, para que las personas no tengan problemas en subir y bajar, ya que pueden olvidarse de dar al botón, pero al haber solo dos plantas, no hay mayor problema en que puedan desorientarse. Durante la visita se observó la falta de elementos de apoyo por todos los recorridos, como barandillas o señalética adicional a la que puede encontrarse en una calle normal. También cabe mencionar que el espacio es legible a simple vista y es fácil orientarse por su propia configuración, ya que los recorridos principales son claros y son aquellos que tienen un mayor número de elementos y estímulos, como son los servicios, las luces navideñas, los bancos para sentarse, los carteles de las tiendas, etc.

19. Diseño de los jardines y selección de las especies vegetales.

No existe un concepto 'terapéutico' propiamente. Eloy van Hal recela de añadir la palabra 'terapéutico' a cualquier práctica lógica y de sentido común. En el caso de los jardines y espacios verdes, son zonas con distinta configuración y programas funcionales, con un diseño que responde a los distintos estilos de vida de las viviendas. Todo el centro es un entorno seguro, con una sola puerta de entrada, pero las personas pueden deambular sin problema por todo el centro, haciendo uso de las distintas instalaciones. La naturaleza presente en el centro favorece que haya estímulos sensoriales variados y naturalizados, como puede ser la presencia de pájaros, insectos o patos en la fuente. El diseño del centro tampoco se ha pensado replicando una imagen urbana pasada, sino normalizando y recreando un paisaje urbano actual, con los elementos tradicionales holandeses.

20. ¿Cuáles son los principales puntos de interés para que la persona con demencia salga a pasear? ¿Alguna tienda o servicio específico?

El supermercado, los distintos clubs, la cafetería, el restaurante, la peluquería... son distintos servicios que se ofrecen en el centro y que pueden motivar a las personas a salir de forma independiente. Sin embargo, es importante el compromiso y el trabajo de los equipos de cuidadores, ya que tienen que animar a las personas a acompañarlas al supermercado o a fregar los platos o a hacer la colada, a pesar de que esto les suponga ir más lentos y un esfuerzo adicional. Es un cambio cultural en la forma de ofrecer los cuidados primando la calidad frente a la cantidad y a la inmediatez que todavía no está completamente asimilado.

21. Proximidad a otros centros, equipamientos o edificios en Weesp. ¿Existen actividades que se desarrollen fuera del centro?

Existen clubs y actividades en el exterior a las que van en grupos o de forma individual, según la demanda de las personas, pero no se identifica ningún equipamiento o servicio concreto. En cuanto a actividades que acogen en el centro, los miércoles tienen un grupo de niños pequeños de una guardería o colegio que van de visita y tienen distintas actividades intergeneracionales. También tienen celebración de misas en el teatro cuando hay demanda, para que la comunidad religiosa mantenga el lazo y el vínculo con las personas residentes.

22. ¿Cuáles son los principales espacios comunes del edificio y su programa funcional?

En la zona más próxima a la entrada principal hay un restaurante y una cafetería, ambos con espacios y terrazas exteriores también, que pueden ser utilizados tanto por el personal, como por residentes, familiares y cualquier visitante. El supermercado es el almacén de todo el centro, una solución que en su momento se pensó que era lo más lógico para centralizar el almacenamiento del centro y normalizar la provisión de la mercancía, tanto de los alimentos, como de los productos de higiene, como de medicamentos. De esta forma, el ir al supermercado a por los medicamentos o a hacer la compra se convierte en una actividad en la que la persona residente puede participar. Por otra parte, también puede utilizarse por gente del barrio, aunque los precios son caros respecto a otros servicios de la zona. La sala del teatro se utiliza para la organización de eventos internos, como el bingo o eventos culturales, pero es igualmente un espacio que se alquila para eventos y reuniones

en la zona, donde existen múltiples empresas y suele haber demanda de espacios de encuentro y eventos. Eloy van Hal comenta que este tipo de actividades genera un ingreso importante para el centro, ya que hay demanda de alquiler y suelen ser empresas grandes que pueden permitírselo. El estímulo y el estrés que puede generar para las personas residentes se considera algo incluso positivo para poder salir de la rutina habitual de que nada sucede.

23. ¿Cada cuánto se reciben visitas por parte de los familiares?

Depende, hay familiares implicados que participan más y otras personas que consideran que la persona tiene que ser atendida completamente por el personal de *De Hogeweyk* y participan menos.

24. ¿Cuál es el master plan de Ámsterdam? ¿Existen recomendaciones en cuanto al diseño urbano, transporte, vivienda, equipamientos, etc.? ¿Qué tipo de programa funcional estaba destinado a esta área? ¿Cuál fue la razón principal de ubicar el centro en Weesp?

Eloy van Hal desconoce esta información. Pero reconoce el gran cambio que ha experimentado la zona recientemente. Recuerda cuando el primer edificio de Vivium, una residencia al uso con un modelo residencial institucionalizado se encontraba en medio de la nada, y cómo progresivamente la zona ha ido creciendo y colmatando el suelo urbano.

25. Según su opinión, ¿qué es lo mejor que ofrece *De Hogeweyk* a las personas residentes?

Un espacio seguro y tranquilo donde las personas pueden mantener su estilo de vida de una manera normalizada. El cambio que se vivió en *De Hogeweyk* al transformar el modelo de cuidados de una organización de gran escala a grupos de 11, 8 y 6 personas fue realmente impactante. La organización en grupos de pequeña escala -un máximo de 6 ó 7 personas- favorece un entorno hogareño donde se reduce el estrés, la agitación y las necesidades insatisfechas. El poder organizar las viviendas en esta escala tan pequeña es el mayor impacto en la calidad de vida de las personas, ya que los cuidados se facilitan adaptados a ellas y considerando su historia de vida y necesidades.

26. ¿Existen más proyectos similares a este?

Comienzan ahora a aparecer modelos similares y otros proyectos innovadores en todas partes del mundo. Todos con sus elementos positivos y negativos. Pero se trata aún en muchos casos de proyectos piloto de innovación, no un sistema generalizado. Sin embargo, Eloy van Hal recuerda que este proyecto se inauguró en 2009 y que 10 años más tarde continúa siendo innovador. La innovación en este sector es muy lenta. Él trata de inspirar a otras personas con este modelo para que reflexionen sobre la calidad de vida de las personas con demencia, la necesidad de una transformación del sector de los cuidados, pero, ante todo, defiende que cada país, cada cultura, ha de innovar y adaptar los cuidados a su propia cultura, a sus propios recursos y a su propio sistema. Invita a reflexionar cómo querríamos que nuestros padres envejecieran y fueran cuidados y cómo nos gustaría a nosotros envejecer y recibir cuidados.

27. A partir de la experiencia de *De Hogeweyk*, ¿qué elementos de diseño del espacio público considera que son más importantes para las personas con demencia? ¿Cómo puede el diseño favorecer la creación de entornos más inclusivos, tanto en el interior como en el exterior?

Eloy van Hal destaca que, en su momento, los arquitectos que participaron en el diseño no eran

expertos en diseño para personas con demencia, lo cual permitió que *De Hogeweyk* no tuviera un diseño institucionalizado, propio de firmas especializadas en entornos hospitalarios, por ejemplo. Esto se traduce en el uso de materiales, la ausencia de cualquier tipo de elemento de apoyo y accesibilidad adicional que no encontraríamos en un espacio urbano habitual. El pavimento está a nivel, todo en adoquín, con distintos patrones y diseños según la zona y los umbrales del espacio público, pero no existe una señalética específica o itinerarios marcados en el suelo. Existe un diseño específico de cada ámbito para que de por sí, sea legible y reconocible y sea fácil orientarse en el centro. Destaca la necesidad de aplicar el sentido común y de identificar los elementos tradicionales del diseño de un entorno normalizado, el paisaje urbano o la decoración de la vivienda, para generar un contexto familiar y reconocible, pero sin necesidad de incluir fachadas de otra época, como sucede en algunos proyectos en otros países.

28. ¿Qué aprendizajes se pueden obtener de esta experiencia en The Hogeweyk para otros contextos? ¿Podría ser replicado este modelo en todos los países europeos?

Eloy van Hal destaca 7 pilares fundamentales en los que se basa la experiencia de *De Hogeweyk* y el trabajo que realiza el equipo: 1) un entorno favorable e inclusivo, 2) placeres cotidianos para que las personas disfruten de su vida durante los 2 ó 3 últimos años, 3) estilos de vida y organización de las viviendas respondiendo a la historia personal de la persona, 4) personal, cuidadores, familiares y voluntarios, equipos de trabajo y sentimiento de comunidad, 5) entidad gestora alineada con el modelo, formando a las personas y escuchando sus necesidades para ir adaptando el modelo, 6) promoción de la salud y los cuidados y 7) inclusión social y emancipación, necesidad de que las personas con demencia sigan participando como miembros activos de la sociedad.

Este último punto es el que destaca que tiene mayor peso e importancia en la actualidad para ellos. Eloy van Hal comenta que el reto demográfico no se va a solucionar con un modelo institucional como *De Hogeweyk*, que es solo un proyecto piloto innovador para inspirar a otros, pero no es la solución. Cada sociedad debe buscar la forma de incluir a las personas con demencia en el día a día, así como sus necesidades y servicios específicos. Solo en última instancia, donde se requiera un entorno controlado y completamente seguro debería considerarse el traslado a una residencia o centro. Es importante que cada sociedad hable de los riesgos que existen en las rutinas diarias, considerar los riesgos que puede haber al mantener el estilo de vida y una vida normalizada frente al limitar la libertad de la persona y prohibirle realizar sus actividades diarias, aquellas que dan sentido a su vida.

Tabla 38. Resumen de las respuestas a la entrevista semiestructurada a Eloy van Hal. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

El modelo *De Hogeweyk* sigue siendo una referencia innovadora tras 10 años, mostrando una forma distinta de vivir con demencia.

El centro sigue la normativa de cualquier residencia en los Países Bajos, para lo cual, muchas de las decisiones en el proyecto han debido adaptarse para poder innovar e incorporar elementos de organización, programa funcional, servicios y diseño innovadores y específicos.

El modelo *De Hogeweyk* tiene dos fases, una previa que consistió en un cambio cultural en la organización de los cuidados y servicios de la antigua residencia en un edificio institucional, y una siguiente fase con el nuevo edificio organizado en viviendas de 6-7 personas. Todo ello ha de considerarse con un proceso en paralelo, ya que la adaptación y transformación del modelo de cuidados es fundamental para que los espacios, la logística y la coordinación entre los distintos equipos funcione.

El centro en su origen estaba situado a las afueras de la ciudad, en una zona sin desarrollo urbano alrededor. El plan estratégico actual recoge el potencial de incorporar este equipamiento como un servicio más en el barrio y con un gran potencial para dar servicios y asesoramiento a otras personas mayores de la zona. Esta estrategia coincide con las líneas de trabajo actuales de la gestión de *De Hogeweyk* para que exista una mayor inclusión social y normalización de la inclusión y participación de las personas con demencia en la vida de la comunidad.

4.7.2. Kwiek Beweegrout (Nuenen)

Introducción

Este proyecto consiste en itinerarios con ejercicios físicos integrados en un barrio o entorno urbano. Es una metodología de intervención mínima en el espacio público con un proceso participativo inclusivo. El principal objetivo es la utilización del espacio público para hacer ejercicios físicos de bajo impacto durante la rutina diaria y ejercitar el equilibrio, la flexibilidad o la fuerza. Las instrucciones normalmente se instalan en una baldosa en el pavimento, y adicionalmente se añaden señales para identificar fácilmente el recorrido en el barrio.

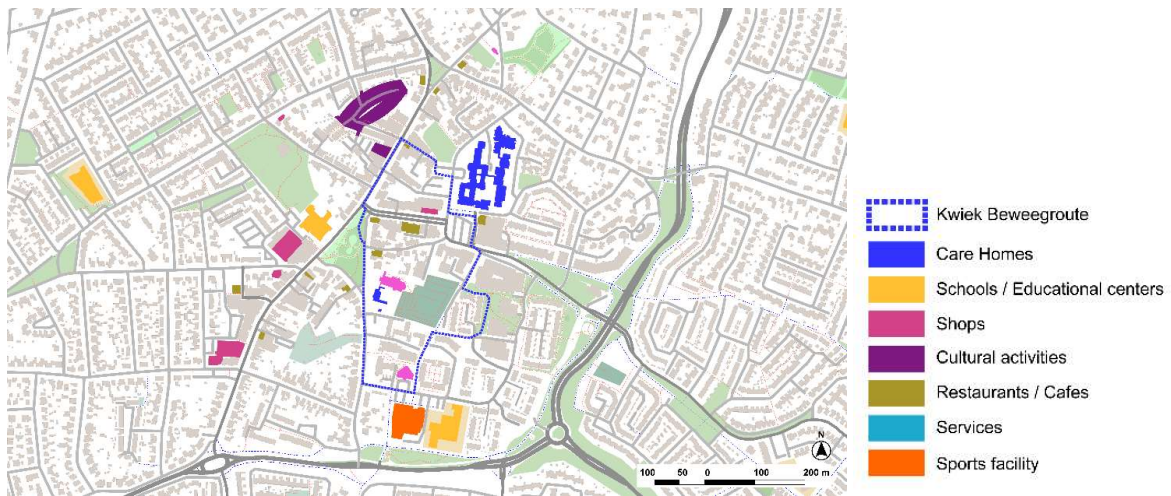


Figura 59. Análisis del entorno urbano donde se enmarca el proyecto Kwiek Beweegroute en Neunen.

Fuente: Elaboración propia.

El proyecto ha sido diseñado por un equipo multidisciplinar, integrado por arquitectos y fisioterapeutas principalmente, desarrollando todo el proceso, desde el análisis del espacio público y selección del itinerario y diseño de la ruta, así como los distintos elementos que han de instalarse y su posición. En primer lugar, se identifica un recorrido completamente accesible y agradable, en colaboración con los agentes locales (normalmente suele ser un ayuntamiento, un hospital o un centro de mayores), a través del cual se va a implementar el itinerario con los distintos elementos de ejercicio físico. Posteriormente, se trabaja en la adaptación del catálogo de soluciones que tienen desarrolladas y se diseña el itinerario completo conectando distintos puntos de interés en el barrio. Finalmente, se instalan los elementos de la ruta y se realizan varios recorridos con los agentes participantes para enseñarles cómo utilizar cada uno de los elementos.

Contexto y diseño



Figura 60. Recorrido del proyecto Kwiek Beweegroute en Nuenen. Fuente: Studio van Laar, imagen de archivo, grupo de Facebook Kwiek Beweegroute Nuenen (2019).

El recorrido de la ruta *Kwiek Beweegroute*¹⁰⁹ ha sido implementado en más de 50 ciudades de Bélgica y los Países Bajos en la actualidad¹¹⁰. A lo largo del itinerario, se proponen varios ejercicios de tonificación muscular, equilibrio, esfuerzo y estiramientos utilizando como soporte el mobiliario urbano existente. Por ejemplo, los bancos se pueden utilizar para hacer sentadillas o los postes de las farolas se pueden usar para ejercicios de estiramientos.

Itinerario *Kwiek Beweegroute*

Ubicación

Ciudad

Primer proyecto: Nuenen (Países Bajos), actualmente ha sido implementado en más de 50 ciudades en el norte de Europa (Países Bajos y Bélgica).

¹⁰⁹ Kwiek Beweegroute (Wijffels, van Kollenburg, & van Wulfften Palthe, 2013). Disponible en: <http://kwiekbeweegroute.nl/> Último acceso: 28/10/2022.

¹¹⁰ Junio 2022.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Año de construcción	2013, primer proyecto
Distancia total	800 m - 1,5 km (15 – 20 minutos a pie)
Tipo de proyecto	Itinerario urbano con ejercicios de bajo impacto
Diseño y desarrollo del proyecto	
Autores	Denovo Design, Janne van Kollenburg y studio lwvp
Tipo de organización	Empresas privadas
Promotor	Entidades locales: ayuntamientos, centros de mayores, asociaciones, hospitales...
Coste	El proyecto completo suele tener un presupuesto de algo más de 6.000 €.

Tabla 39. Resumen de características del estudio de caso Kwiek Beweegroute. Fuente: elaboración propia.

Visita – análisis ambiental

La visita se desarrolló durante la tarde del 15 de enero de 2020, consistió en una visita guiada comentada por el autor principal del proyecto, Manuel Wijffels. A continuación, se recogen los elementos y aspectos más relevantes en el diseño.

Selección de fotografías



Fotografía 1. Instalación de las baldosas con las instrucciones en la acera. Fuente: grupo de Facebook Kwiek Beweegroute Nuenen (2019).

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS



Fotografía 2. Paso subterráneo donde se han utilizado los muros como apoyo para poder ejercitar la fuerza.

Fuente: fotografía de archivo, Kwiek Beweegroute.



Fotografía 3. El equipo de cuidadoras con las personas mayores residentes en el centro de mayores de Nuenen, haciendo distintos ejercicios del recorrido de la ruta Kwiek.

Fuente: fotografía de archivo, tripadvisor, @mathiskk (2018).



Fotografía 4. Utilización de los bancos para ejercitar las articulaciones y hacer estiramientos de piernas.

Fuente: fotografía de archivo, Kwiek Beweegroute.



Fotografía 5. Utilización de la ruta Kwiek tras varios años después de su instalación.

Fuente: grupo de Facebook Kwiek Beweegrouten Nuenen (2021).

Tabla 40. Imágenes ilustrativas del proyecto Kwiek Beweegrouten en Nuenen, Países Bajos. Fuente: elaboración propia a partir de imágenes de archivo.

Análisis de legibilidad urbana



Figura 61. Esquema del entorno urbano donde se integra el proyecto Kwiek Beweegrouten, a partir de la teoría de Lynch. Fuente: Elaboración propia.

El entorno donde la ruta *Kwiek Beweegroute* se integra cuenta con una mayor densidad de usos y servicios y nodos de atracción a lo largo de las sendas principales. Las barreras físicas se ubican en las afueras de la localidad, estando el espacio público de la localidad diseñado con prioridad peatonal y ciclista. A pesar de que este diseño facilita la seguridad de los recorridos peatonales, se identifica una jerarquía poco clara de las calles, así como poca prominencia de los hitos. No obstante, los nuevos elementos incorporados por el proyecto en el espacio público pueden de alguna forma ayudar a completar esa falta de elementos de apoyo a la orientación.

Análisis de la entrevista a Manuel Wijffels

A continuación, se presenta un resumen de las respuestas de la entrevista Manuel Wijffels, En el Anexo II se incluye la transcripción completa de la entrevista en inglés.

1. ¿Cuál es el origen de la idea? ¿Quién empezó esta iniciativa? ¿Fue alguna entidad local la que empezó a buscar un equipo que diseñara el proyecto y los acompañara en el proceso?

El primer proyecto surgió gracias a una convocatoria local en Eindhoven. Se trataba de un concurso de innovación para que los diseñadores locales pudieran dar respuesta a los retos del envejecimiento en ciudades con un alto porcentaje de personas mayores (20 % - 23 %) en un espacio público concreto. El proyecto de *Kwiek Beweegroute* fue seleccionado entre varias propuestas para la promoción del ejercicio físico en el espacio público. En su momento se pensó en la instalación de aparatos de ejercicios en un punto concreto, pero tras varias entrevistas con las personas mayores locales, se prefirió integrar el diseño en un itinerario habitual, ya que el estar en un sitio específico les resultaba incómodo por poder estar más expuestos a que la gente les viera. Así surgió la idea.

2. ¿Existe alguna entidad o asociación vinculada a cada uno de los itinerarios? ¿Los servicios locales de salud o de cuidados están al tanto de esta iniciativa y hacen uso de los recorridos?

Sí, suelen estar vinculados a algún tipo de entidad local. En Nuenen, por ejemplo, es una ruta que fue promovida y es utilizada por el equipo de auxiliares de la residencia de mayores.

3. ¿Existe algún indicador de impacto del proyecto? ¿Se hace uso de estos itinerarios a lo largo de todo el año?

No, pero por el momento se llevan realizando más de 40 proyectos en el norte de Europa, entre Bélgica y los Países Bajos. Las rutas se utilizan normalmente en primavera y verano, que son los meses cuando la gente suele salir más a la calle, pero se utilizan a lo largo de todo el año. Una vez el proyecto se ejecuta suelen crearse distintos equipos de comunicación locales que dan continuidad y seguimiento al proyecto y ayudan a darle difusión.

4. ¿Cómo se organizan los talleres con la ciudadanía? ¿Hay flexibilidad en el diseño? ¿El equipo de diseño participa en la organización y desarrollo de los talleres?

El equipo de diseño participa en todo el proceso, incluyendo la evaluación del entorno donde implementar los distintos ejercicios y la participación con los equipos locales, así como la inauguración de la ruta para enseñar el funcionamiento de todos los ejercicios propuestos. Los recorridos son flexibles, buscando las mejores opciones y puntos de interés más agradables para consolidar un recorrido de unos 1.200 metros. El recorrido puede realizarse fácilmente en 15 – 20 minutos caminando, pero puede durar mucho más si se realizan correctamente todos los ejercicios propuestos. También es posible realizar los ejercicios puntualmente en otros recorridos diarios.

5. ¿Cuál es la relación con el municipio? ¿Existe algún apoyo local?

Normalmente es una entidad local la que solicita el proyecto, bien una asociación o una residencia o el propio municipio. Una vez se realiza la solicitud, el proyecto puede tardar varios meses o años en desarrollarse, según el contexto. Los recorridos siempre se evalúan en función de la accesibilidad y las posibilidades para implementar los distintos ejercicios a lo largo de un itinerario. En el caso de que existan barreras arquitectónicas, por ejemplo, el municipio puede colaborar con una intervención de mayor escala para la mejora del espacio público.

6. ¿Existen otros proyectos que estén teniendo éxito en el ámbito del diseño urbano para personas mayores / diseño inclusivo?

Manuel hace referencia a un banco que hay en el parque. Se trata de un banco habitual al que se le ha eliminado una parte de la base de los asientos para que pueda incorporarse una silla de ruedas. Destaca el acierto de la intervención para reutilizar un diseño de banco existente, creando un espacio para que las personas en silla de ruedas puedan situarse en medio del grupo. Además, así se evita entorpecer el paso en el camino a los demás viandantes. Otro ejemplo es una zona específica para aparcar los andadores.

8. ¿Cuál es el presupuesto estimado para este tipo de proyecto?

Es algo más de 6.000€ el proyecto completo, desde que una entidad lo solicita y se ejecuta.

9. ¿Cómo trabaja el Estudio Denovo normalmente? ¿Qué otro tipo de proyectos desarrolla el equipo?

Denovo Design es una empresa de diseño de producto holandesa especializada en mobiliario urbano, iluminación y productos senior.

10. ¿Cuál sería el elemento más interesante que destacarías de este proyecto desde tu punto de vista?

Este proyecto ayuda a llamar la atención sobre cómo normalizar en el día a día distintos ejercicios a lo largo de un recorrido diario, de la misma forma que el espacio público se transforma recordándonos que puede ser un espacio para ejercitarse o jugar, abierto a diversas actividades intergeneracionales. Ese es el principal objetivo del proyecto, cambiar la perspectiva sobre el diseño del espacio público y su uso habitual.

Tabla 41. Resumen de las respuestas a la entrevista semiestructurada a Manuel Wijffels. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

La innovación en este proyecto destaca por la activación de los diseñadores para dar solución a los cambios demográficos en la ciudad, con nuevas ideas que transformen los entornos urbanos y los estilos de vida. La participación de los agentes locales, incluyendo a las personas mayores, a la hora de definir las rutas es otro punto de gran interés.

En concreto, la ruta *Kwiek Beweegroute* permite generar un itinerario urbano de actividad física integrado en el espacio público. De esta forma, las personas mayores pueden hacer uso de él recorriendo el barrio. Se trata de una intervención económica y de pequeña escala con un impacto mucho mayor.

El desarrollo del itinerario requiere un circuito completamente accesible, por lo que este proyecto también tiene un efecto en que a nivel municipal pueda cuestionarse la accesibilidad de algunos espacios públicos y ejecutar proyectos de mejora del espacio público.

Las actuaciones son elementos económicos, con un diseño minimalista, haciendo uso de los recursos disponibles en el entorno urbano, como son los adoquinados con distintos patrones, típicos de las ciudades holandesas; los bancos existentes, vallas, muros o farolas. Gracias a estos itinerarios se promueve que las personas mayores salgan de los centros y sea a lo largo de un recorrido por el entorno por donde vayan realizando distintos ejercicios físicos.

4.7.3. *Buurtzorg* (Almelo)

*Buurtzorg*¹¹¹ es una entidad sin ánimo de lucro fundada en 2007 para dar respuesta a las necesidades de cuidados a escala de barrio. Esta organización fue fundada por Jos de Blok y un pequeño equipo de enfermería, cuando tras una serie de cambios y reformas laborales y legislativas, se encontraron con una pérdida de calidad de la atención a la persona y, una menor relación entre el paciente y el profesional.

Se trata de una cooperativa de enfermeras, organizadas en equipos independientes de 12 personas máximo, combinando la atención y los servicios sociosanitarios, con el

¹¹¹ *Buurtzorg* (Buurtzorg, n.d.). Disponible en: <https://www.buurtzorg.com/about-us/> Último acceso: 28/10/2022.

principal propósito de mejorar la calidad de vida de las personas atendidas, así como las relaciones interpersonales con las personas cuidadoras. El primer piloto se desarrolló en la localidad de Almelo, que cuenta con una población de 72.849 habitantes, con un equipo de cuatro enfermeras, que se ha escalado hasta 960 equipos con más 10.000 enfermeras en la actualidad (The Commonwealth Fund, 2015).

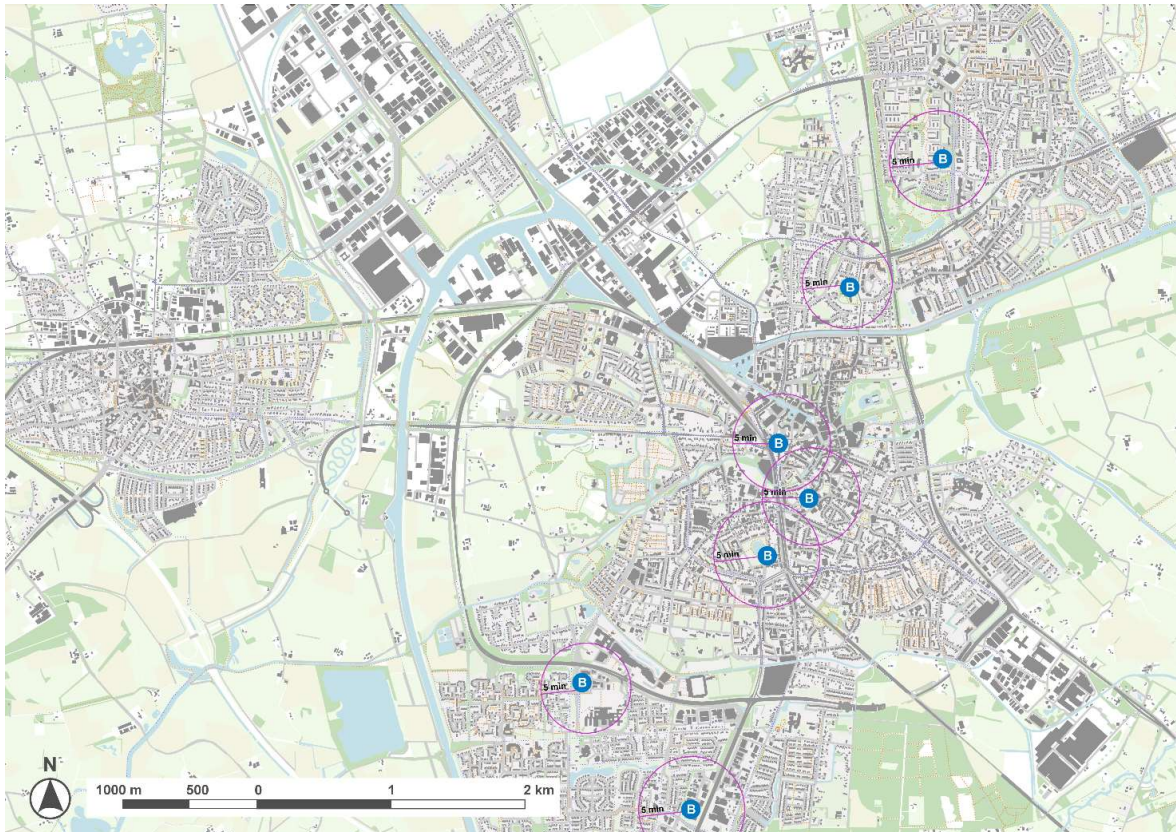


Figura 62. Localización de los equipos de cooperativas de enfermeras en Almelo, donde se constituyó el primer equipo pionero. Fuente: Elaboración propia a partir de Buurtzorg.net.

Los equipos de enfermería trabajan a nivel de barrio, en entornos de 5.000 – 10.000 habitantes, alquilando un local para poder tener un lugar físico de referencia, y ofreciendo todo tipo de servicios a domicilio. Cada equipo de 12 enfermeras gestiona entre 40 y 50 pacientes. En este contexto, los equipos de enfermería atienden todo tipo de demandas, abarcando de una forma integral las necesidades de las personas, colaborando igualmente con la red de servicios del propio entorno. Además, cada equipo se autogestiona, a nivel de clientes, planificación, financiación y formación, así como todas las tareas de coordinación.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

La cooperativa cuenta con un servicio de apoyo adicional (45 empleados) para realizar sobre todo las labores administrativas del día a día, lo que permite a las enfermeras pueden centrarse al máximo en su trabajo, propiamente, poniendo la atención en la calidad de vida de las personas atendidas. Existe igualmente un equipo de coaching (15 profesionales) que dan apoyo para la resolución de conflictos, mejorar la productividad o mejorar la comunicación entre los profesionales o con los clientes. El sistema de gestión de datos es propio, donde se incorporan datos privados y médicos de la persona, así como información pública que se quiera mostrar y compartir a nivel de la comunidad.

La evolución de Buurtzorg en los últimos años ha sido significativa, traspasando fronteras y convirtiéndose en un modelo de referencia a nivel internacional. Además, han ampliado los servicios a cuidados de salud mental y también a jóvenes y niños. En 2016, la principal empresa de servicios domésticos quebró y Buurtzorg acogió a más de 5.000 trabajadores, ampliando su oferta e incorporando servicios domésticos, como limpieza o cocina, aplicando los mismos principios del modelo, con una autogestión basada en pequeños equipos. No obstante, los equipos de enfermería y servicios domiciliarios funcionan como entidades independientes. En total, atienden a más de 70.000 pacientes anualmente (Centre for Public Impact, 2018).



Figura 63. Localización de los equipos de cooperativas de enfermeras en los Países Bajos. Fuente: Buurtzorg.

El perfil de las personas que atienden son aquellas personas que requieran de atención médica en el domicilio, como rehabilitación, demencia severa, apoyo en la toma de medicación, tratamientos en el domicilio, etc. El modelo se centra la perspectiva del cliente/paciente para dar respuesta a sus necesidades a nivel comunitario gracias al servicio del equipo Buurtzorg.

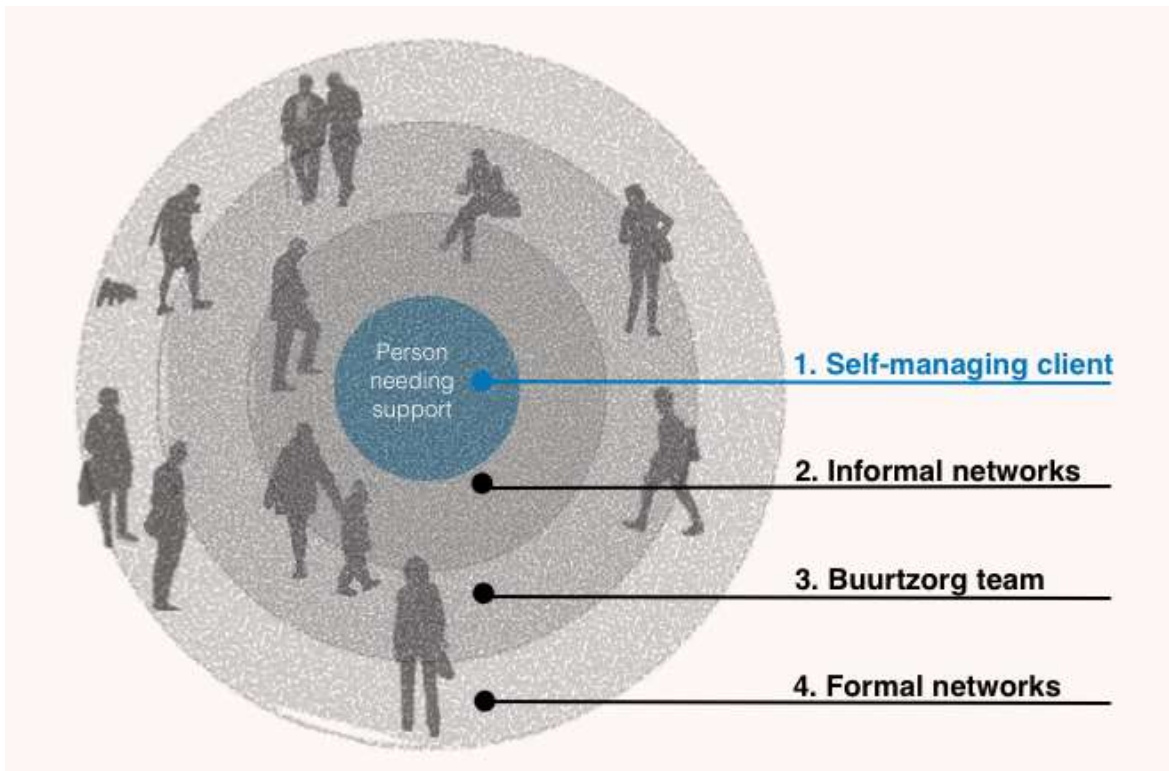


Figura 64. Modelo de cuidados de Buurtzorg. Fuente: Buurtzorg.

Conclusiones

Si bien este proyecto no se ha visitado, resulta de gran interés para esta investigación, ya que es un modelo de atención domiciliaria que se desarrolla en la escala del barrio con una sede física, y pudiendo escalarse a nivel local o nacional gracias a una estructura de trabajo flexible y adaptativa.

La cercanía y la familiaridad de trabajar siempre con un mismo equipo, permite a las personas que reciben los servicios permanecer en su vivienda el máximo tiempo posible, incluso en situaciones de dependencia, y utilizar las redes de proximidad de su entorno habitual.

Entre los resultados más destacados de este modelo se encuentran el impacto positivo en los pacientes tanto en satisfacción como en tiempos de rehabilitación y recuperación; mayor compromiso, productividad y satisfacción laboral de las trabajadoras; y reducción de las hospitalizaciones o de la estancia media ingresado.

4.8. COMPARACIÓN DE CASOS DE ESTUDIO

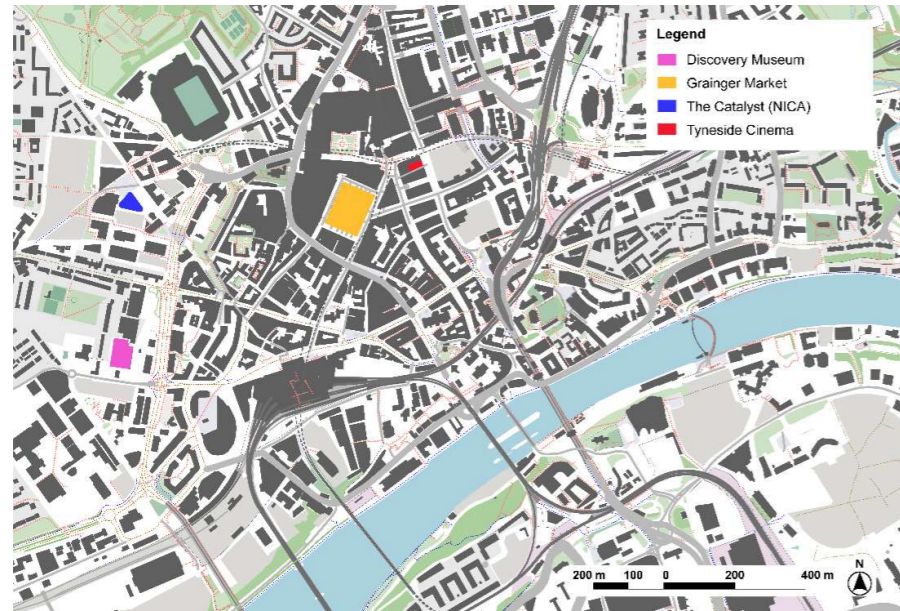
A modo de resumen, en las siguientes tablas se recoge la comparativa entre los 8 casos de estudio analizados en profundidad. De cada uno de ellos se ha realizado un análisis urbano cartografiando los principales servicios y equipamientos de la zona, a partir de la base cartográfica vectorial de *Open Street Maps* y a partir de la información recogida en las entrevistas, así como la identificación de otros servicios e información de interés disponible en Google. Este análisis permite observar los distintos entornos en los que se localizan los proyectos seleccionados, así como la proximidad a otros servicios. En todos ellos, se han identificado principalmente otros centros residenciales o alojamientos de personas mayores, equipamientos o centros educativos, tiendas, servicios variados (peluquería, sociosanitarios, etc), equipamientos culturales, centros religiosos o espirituales, equipamientos deportivos y oficinas o polígonos. Los principales parques o jardines se identifican en la cartografía en tonos verdes.

Por otra parte, este análisis se completó con el dibujo de esquemas gráficos a partir de los elementos definidos por Lynch, para estudiar la legibilidad de los entornos donde los proyectos se ubican. La legibilidad -según la interpreta y define Lynch- se ha identificado como la cualidad de un espacio público o entorno urbano que puede ser clave en apoyar y promover la autonomía de las personas con demencia en la ciudad y respondería a la gran mayoría de los criterios de diseño que se han establecido en la hipótesis, en concreto: *familiaridad, identidad, legibilidad, inclusión, confort, estimulación positiva y seguridad*. Como aportación en la elaboración de estos esquemas, se han diferenciado los hitos en simbólicos o arquitectónicos, y los nodos se han analizado por separado según sean espacios públicos o espacios interiores también atractores, como centros comunitarios, mercados o centros comerciales.

REINO UNIDO

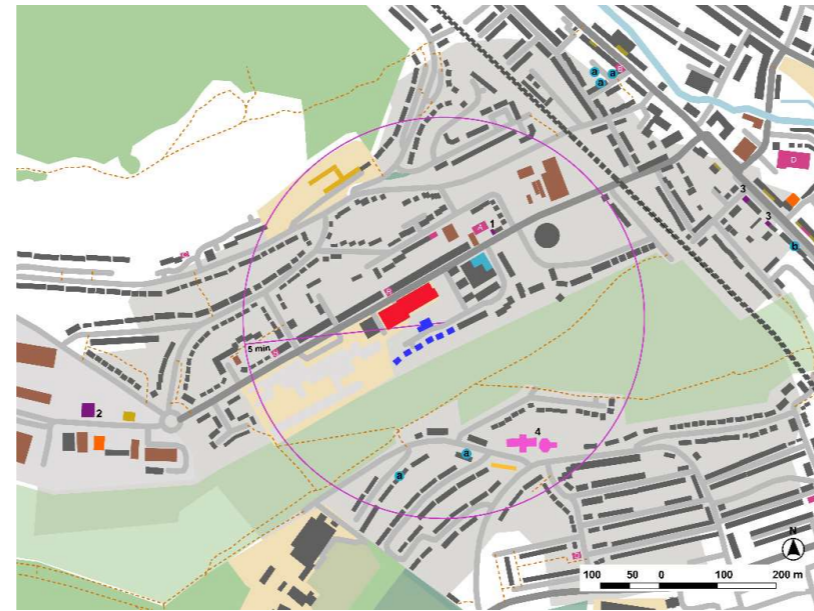
Proyectos principales

Dementia-friendly Newcastle-upon-Tyne



279.100 habitantes
113 km² (área metropolitana)

CASCADE *project* (Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe): *Harmonia Village* (Dover)



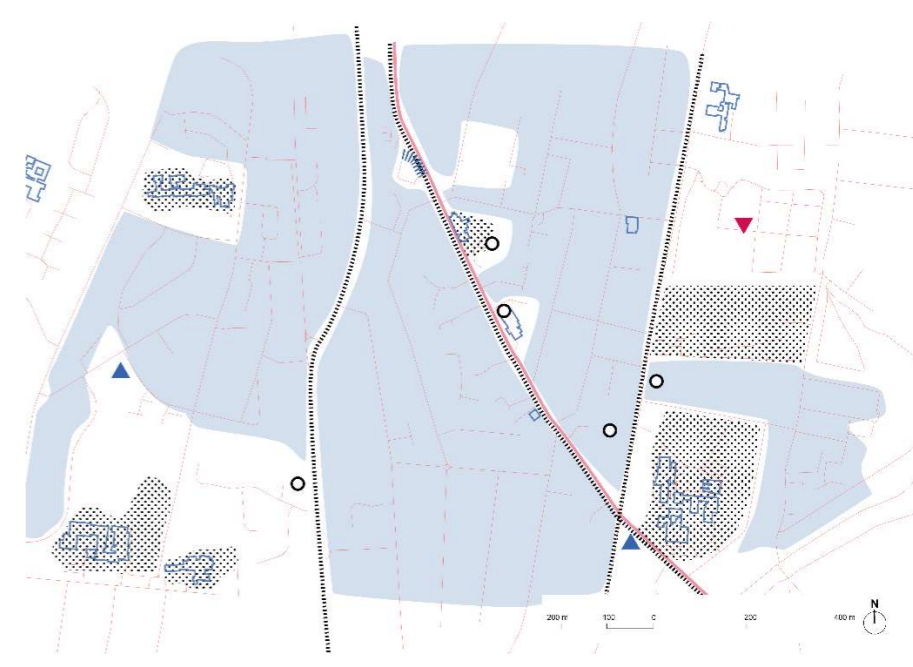
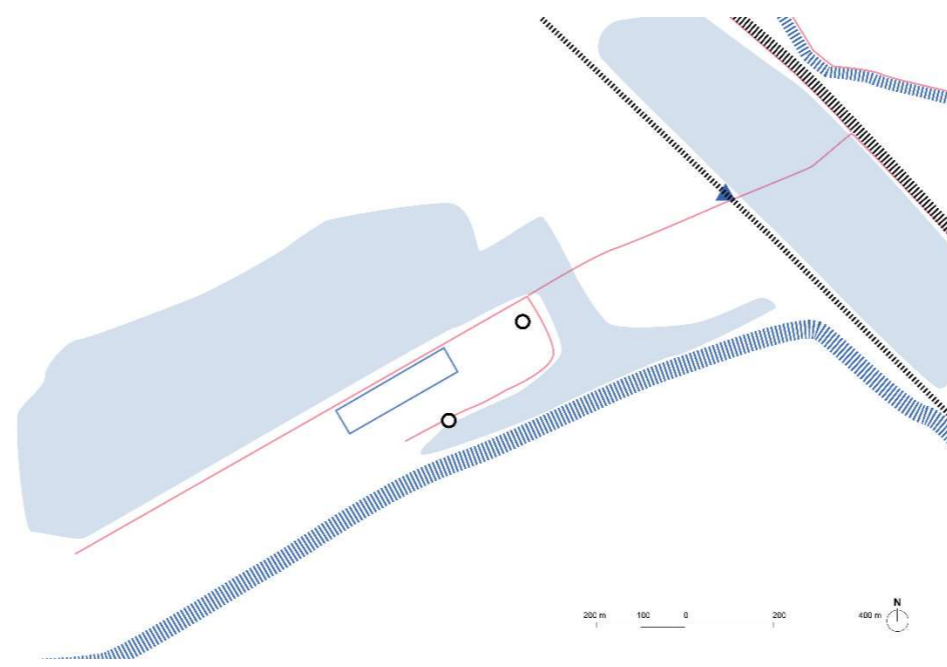
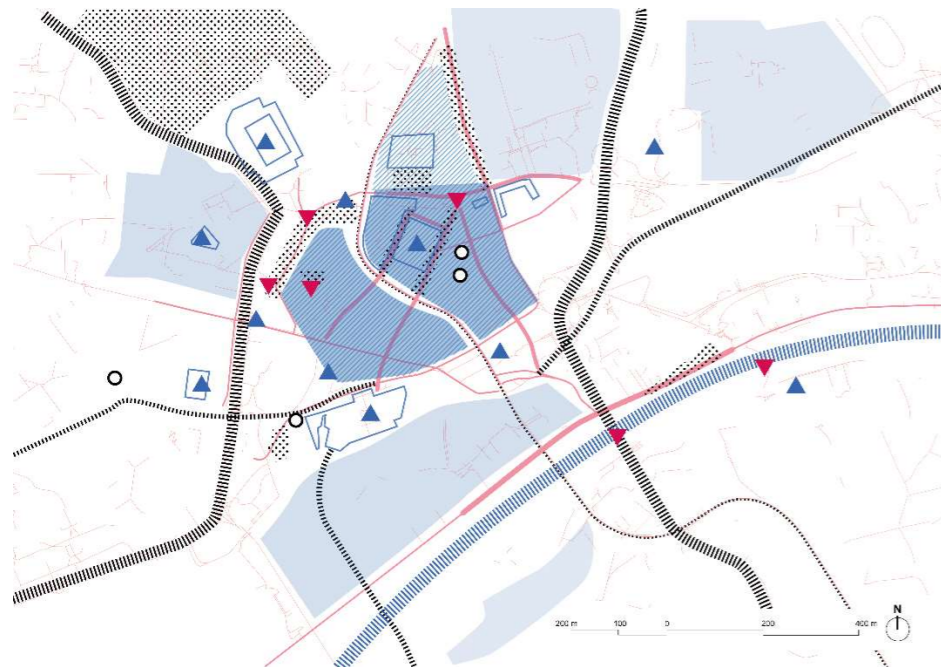
45.100 habitantes
10,23 km²

CASCADE *project* (Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe): *Harmony House* (Rochester)



46.320 habitantes
14,4 km²

Esquemas de legibilidad urbana según la teoría de Lynch



BÉLGICA

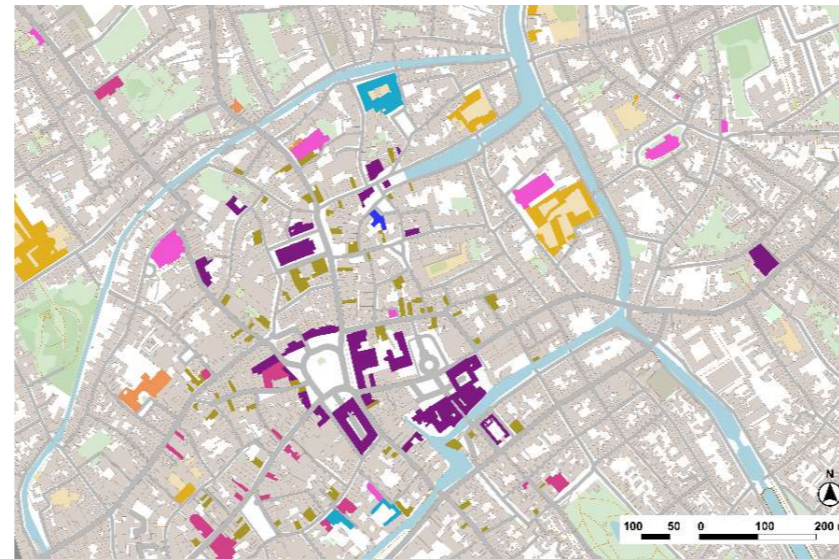
Proyectos principales

Woonzorgcentrum De Weister (Aalbeke, Kortrijk)



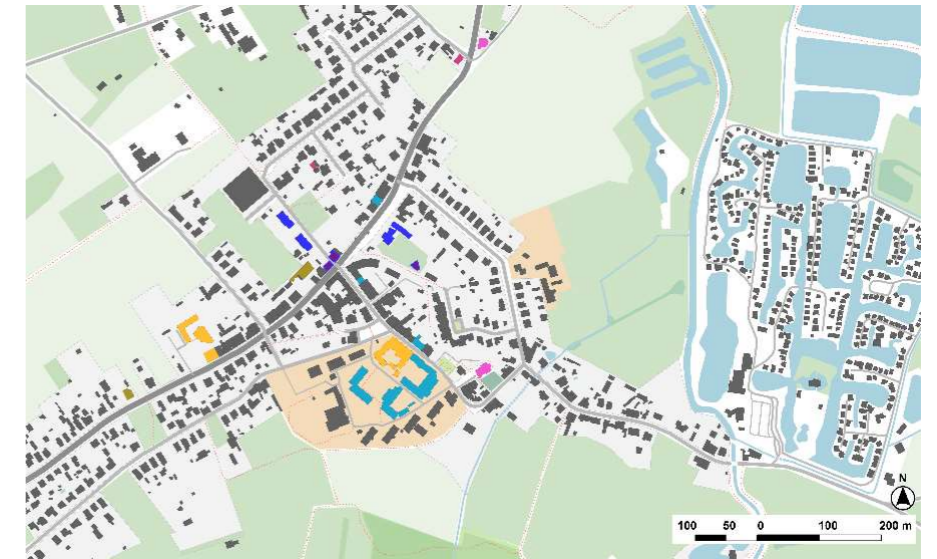
2.914 habitantes
7,17 km²

Foton, Centro de Expertos de Demencia (Brujas)



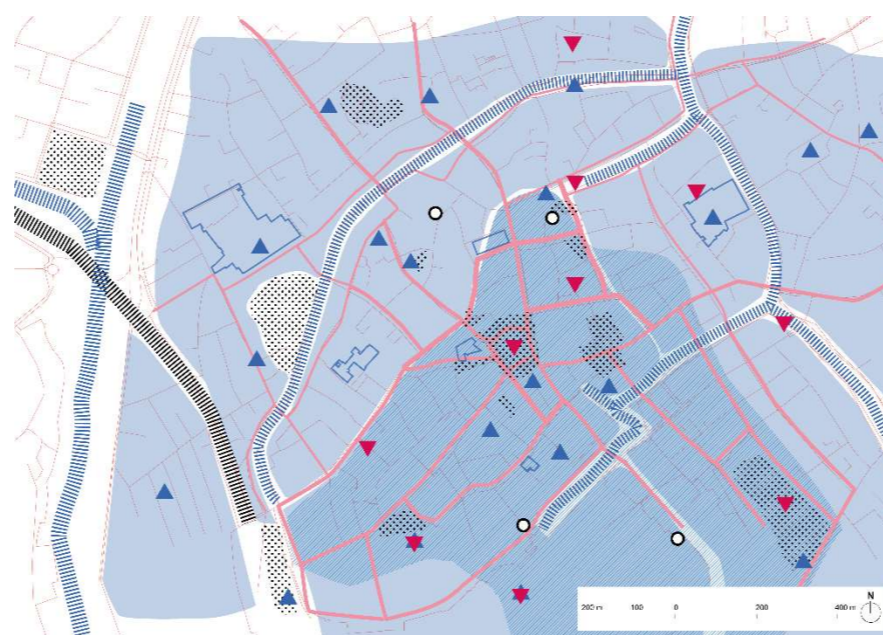
118.509 habitantes
138,4 km²

Huis Perrekes (Osterloo, Geel)



35.189 habitantes
109,95 km²

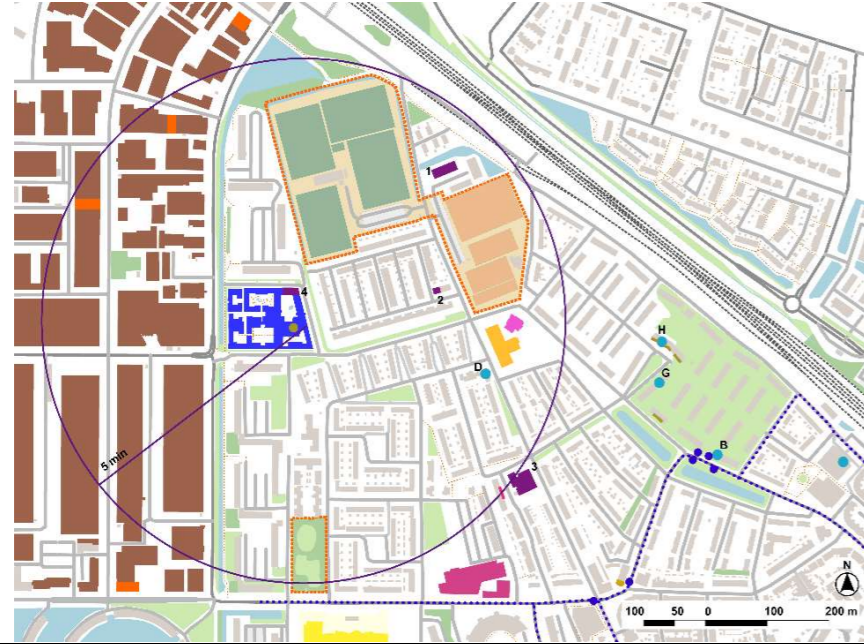
Esquemas de legibilidad urbana según la teoría de Lynch



PAÍSES BAJOS

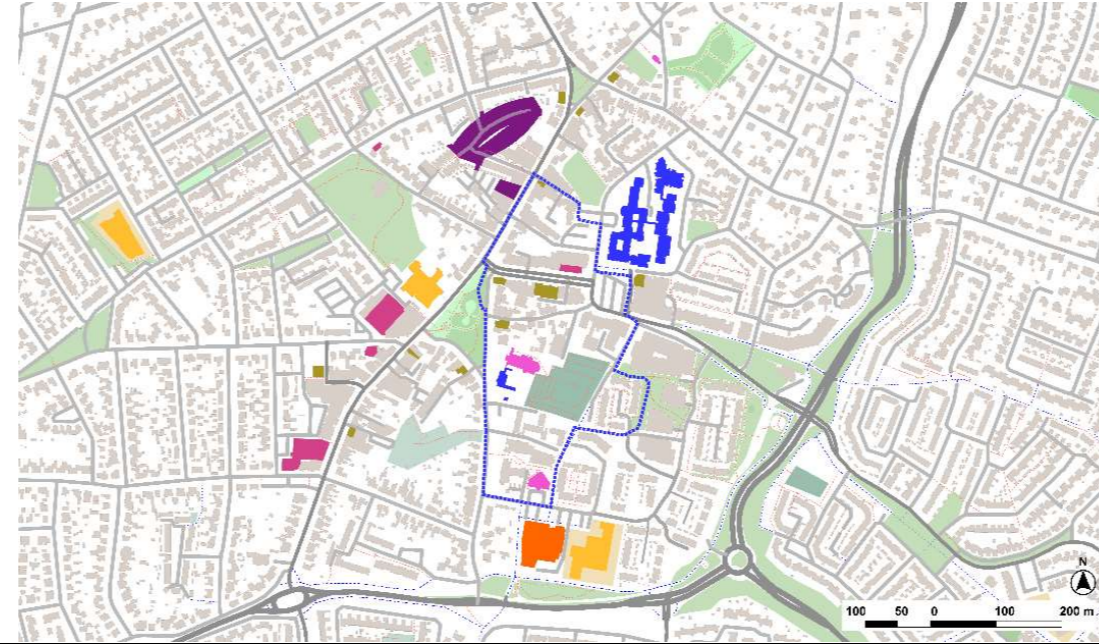
Proyectos principales

De Hogeweyk (Weesp)



19.334 habitantes
24,16 km²

Kwiek Beweegrout (Nuenen)

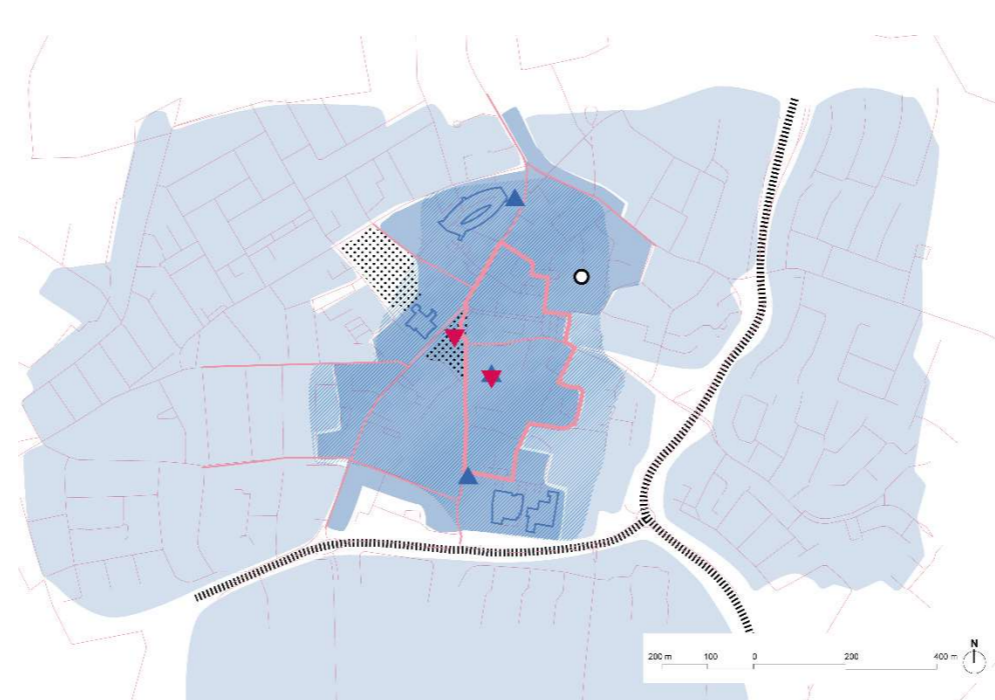
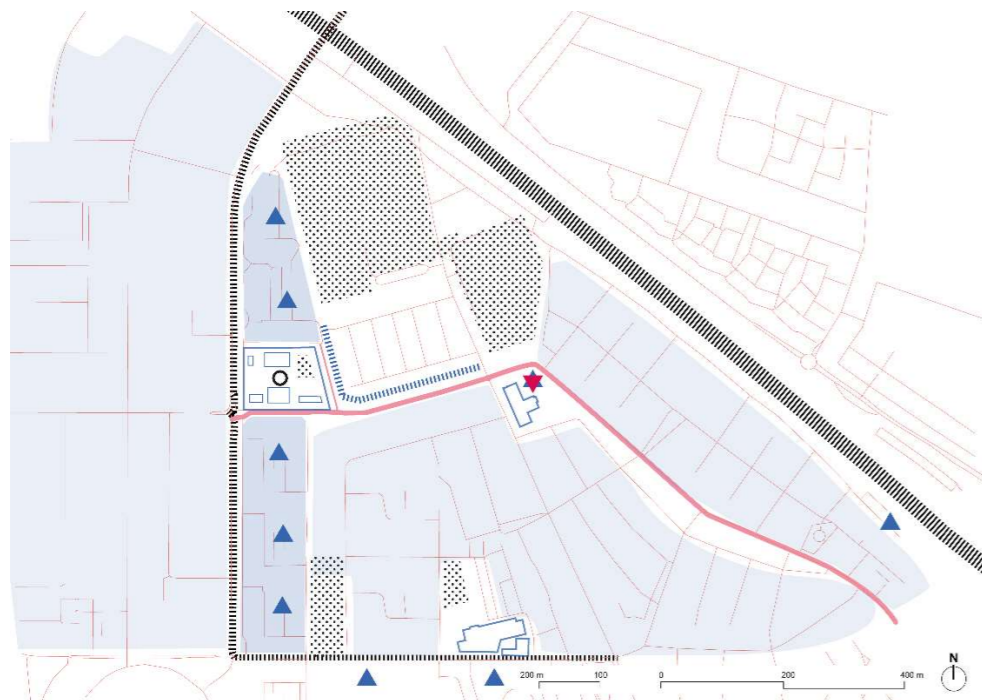


20.580 habitantes
18,30 km²

CÓDIGO LEYENDA

- Centro / Residencia
- Centro educativo / Colegio
- Tienda
- Hospital
- Equipamiento religioso
- Cultural / Comunitario
- Restaurante / cafetería
- Equipamiento deportivo
- Hotel
- Oficinas / Polígono
- Otros servicios

Esquemas de legibilidad urbana según la teoría de Lynch



LEYENDA

Legibilidad del espacio público desde la perspectiva de las personas mayores con demencia
Propuesta metodológica sobre la teoría de Lynch

- Residencias
- Barrios / Distritos
- Centro histórico
- + Densidad
- Densidad
- Nodos
- Interiores / cubiertos
- Plazas / parques / espacios exteriores
- Recorridos
- Principales
- Secundarios
- Bordes
- Infraestructuras
- Físicos - naturales
- Hitos y elementos de referencia
- ▲ Arquitectónicos
- ▼ Simbólicos

El análisis urbano a partir de cartografías y esquemas ha permitido estudiar la dimensión de la planificación urbana en cada uno de los proyectos seleccionados. Para los 2 proyectos ubicados en centros históricos urbanos de núcleos de población de más de 100.000 habitantes (Newcastle-upon-Tyne en Reino Unido y Brujas en Bélgica) se identifica una mezcla de usos con una gran variedad de servicios y equipamientos. En ambos casos la estructura de la ciudad muestra varias barreras en torno al centro, aunque es necesario precisar que, mientras que en la ciudad de Newcastle estas barreras son calles urbanas con un viario de varios carriles, en el caso de Brujas, el centro histórico está limitado por los canales, elementos que, a pesar de ser barreras físicas, son un elemento identitario en la ciudad. En estas dos ciudades los proyectos analizados son equipamientos inclusivos para personas con demencia ubicados en el centro de la ciudad. Del esquema de Lynch dibujado para cada una de las áreas, se identifican numerosos hitos arquitectónicos y simbólicos que son visibles desde varias zonas de la ciudad, creando una identidad de la ciudad y ayudando a la legibilidad del entorno, ya que estos monumentos o edificios son percibidos desde varias zonas de la ciudad.

Como contrapunto, cabe destacar que en ambas ciudades la accesibilidad física no siempre está garantizada. Los nuevos proyectos urbanos en Newcastle en el centro de la ciudad precisamente llaman la atención por el avance en materia de accesibilidad en pavimentos y resolución de barreras arquitectónicas, así como reducir el espacio del vehículo privado para generar espacios más agradables y seguros. Por otra parte, en Brujas, el adoquinado característico en junta abierta hace difícil la circulación para personas con movilidad reducida, hecho constatado también por un agente clave sobre la ciudad de Gante.

A la vista de estos 2 casos en el centro de núcleos urbanos surge la reflexión sobre el reto de la gentrificación en estas áreas históricas en la ciudad -pudiendo ser Brujas un claro ejemplo de ello- y cómo los elementos simbólicos e identitarios de una ciudad son igualmente de atractivos para el turismo. Por otra parte, también la importancia de que barrios que puedan ser más periféricos puedan establecer estrategias para conseguir tener estas características de identidad y legibilidad.

A continuación, los proyectos de De Howegeyk (Weesp), Harmonia Village (Dover) y Harmony House (Rochester) son 3 proyectos ubicados en núcleos urbanos de menor tamaño, donde quizá Weesp es una localidad mucho más reducida comparativamente, y

más similar a Nuenen, pero se incluye en este grupo para la comparación por la equivalencia en el programa entre De Hogeweyk y Harmonia Village, las dos residencias pioneras en el concepto de “dementia-village”. En los 3 casos, la ubicación de los centros son áreas periféricas en la ciudad, aunque se han ido desarrollando a lo largo de las últimas décadas. La tipología residencial es principalmente viviendas unifamiliares de 2 plantas, y se identifican también grandes equipamientos en las zonas. En este caso, probablemente Harmony Village sea una zona más integrada en el entorno urbano respecto los otros 2 proyectos, que están rodeados de grandes infraestructuras y zonas monofuncionales, como un gran hospital, polígonos, o una gran área industrial y de oficinas, así como grandes equipamientos deportivos. Del análisis de estos casos y las entrevistas a los agentes clave, se percibe el interés de generar una continuidad con la vida de las personas y hacer uso de los recursos exteriores en la comunidad, pero la oportunidad de desarrollar un proyecto residencial de estas características tiene múltiples variables, donde también el modelo económico y la disponibilidad de suelo en entornos consolidados urbanos supone un gran reto. La evolución de De Hogeweyk muestra la adaptación progresiva de los modelos de cuidado a la transformación física de un edificio organizado en unidades de convivencia y cómo en la actualidad el reto precisamente es abrirlo al exterior para reforzar la inclusión y la identidad del centro con su entorno. En los 3 casos, la accesibilidad física puede ser un reto. Los 2 proyectos de Reino Unido están planteados con un diseño de espacio público continuo con lo habitual en la zona de la ciudad donde se ubican, pero basado en el vehículo privado para la movilidad diaria, por lo que suelen ser zonas asfaltadas, con una alta presencia de aparcamientos de coches. Por otra parte, De Hogeweyk responde a un diseño urbano más amable y pensado para la movilidad activa, a pie o en bicicleta. No obstante, en los 3 casos, la estructura viaria y de las calles muestra una fuerte jerarquía, entre una gran calle principal, que normalmente constituye una barrera física por el tráfico rodado, y luego calles secundarias o pasajes más irregulares y de carácter residencial. En todos los casos, destaca la ausencia de hitos de referencia arquitectónicos o simbólicos.

Por último, los ejemplos de WZC De Weister (Aalbeke, Kortrijk), Huis Perrekes (Osterloo, Geel) y Kwiek Beweegrout (Neunen, Eindhoven) son proyectos muy heterogéneos, pero ubicados en contextos que pueden ser comparables entre sí. Son localidades pequeñas ubicadas alrededor de un núcleo urbano principal, donde se integran en formatos y tipologías distintas los proyectos residenciales. En los 3 proyectos, el espacio público adquiere un gran protagonismo. En el caso de WZC De Weister, la propia normativa

belga indica la necesidad de reservar 3 m² exteriores para residentes, visitantes y trabajadores, lo que ha dado como resultado la creación de una plaza y un entorno peatonal, donde se ubican elementos urbanos y equipamiento para favorecer la interacción social. En el caso de Huis Perrekes, el espacio exterior es parte del programa del nuevo centro de día desarrollado recientemente, se trata de un espacio abierto a la comunidad, pero donde también van las personas que viven en Huis Perrekes de forma independiente. En el caso de Kwiek Beweegrout, el propio proyecto busca fomentar precisamente el uso del espacio público a través de itinerarios integrados en el núcleo urbano para que puedan ser utilizados por las personas mayores del centro residencial o por otras asociaciones locales. Los tres núcleos urbanos están diseñados orientados a la movilidad peatonal o en bicicleta. En el caso de las dos localidades belgas, llama la atención como el viario principal de conexión de ambos núcleos se diferencia en su diseño una vez que penetra el centro de la ciudad, lo que consigue un efecto de calmado de tráfico y proveer de un entorno seguro y amable a los peatones, especialmente a los colectivos vulnerables. En las tres localidades, el patrimonio es importante, aunque destaca especialmente la localidad de Aalbeke en Kortrijk, donde se ha desarrollado el proyecto de los paseos de reminiscencia conectando varios hitos y elementos históricos de la ciudad en paseos para fomentar la actividad física y la interacción social con la comunidad. Es probablemente en estos proyectos donde se ha identificado un mayor trabajo comunitario para favorecer la continuidad con el entorno, la familiaridad, la identidad y la cohesión social, con una estimulación positiva variada y creativa.

4.9. RESULTADOS PARCIALES DE LOS CASOS DE ESTUDIO EUROPEOS

En esta tercera parte de la investigación se ha realizado un análisis comparativo de los casos de estudio europeos seleccionados. En primer lugar, se ha contextualizado el marco del estado del bienestar y los modelos de cuidados en Europa, haciendo una comparación entre los Planes de Demencia nacionales, entendidos como marcos estratégicos adaptados al contexto local de las recomendaciones generales establecidas por entidades a nivel internacional. En esta comparación también se incluye el caso de España y se identifican los principales enfoques y prioridades de un país a otro, analizados desde la perspectiva del urbanismo y el espacio público.

A continuación, se ha presentado la metodología desarrollada en la recogida de información, así como la motivación y los criterios de selección de los casos de estudio

incluidos. El resto del capítulo ha detallado cada uno de los casos de estudios analizados, con una comparativa final entre los distintos proyectos.

Esta tercera parte ha respondido a los objetivos específicos del bloque “diseño del espacio público amigable con la demencia” de “analizar los principales criterios de diseño en los casos de estudio seleccionados en Europa, incluyendo la perspectiva del espacio público”; y del bloque de “vivir con demencia en la ciudad” en el que se pretendía “analizar las buenas prácticas de los casos de estudio seleccionados en Europa y la determinación de los factores clave necesarios a incorporar desde el planeamiento y diseño urbanos”. Los principales resultados han sido publicados en la revista *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Pozo Menéndez & Higuera García, 2022).

Los 8 proyectos analizados muestran distintos proyectos considerados buenas prácticas en distintas regiones de Europa. En este sentido, es importante remarcar la falta de ejemplos de países mediterráneos (España, Italia, Grecia, Italia o Portugal) en las publicaciones internacionales. Todos los casos de estudio muestran las principales innovaciones en cuestión de amigabilidad con personas con demencia en el contexto urbano. En el caso de los equipamientos y alternativas residenciales de larga duración para estas personas, la principal estrategia es la traducción del modelo de atención centrada en la persona al diseño de arquitecturas y entornos de pequeña escala integrados en el contexto urbano local.

CAPÍTULO 5. REFLEXIONES FINALES PARA PLANIFICAR CIUDADES AMIGABLES CON LA DEMENCIA EN EL CONTEXTO ESPAÑOL

Este capítulo presenta las reflexiones finales de la autora sobre posibilidades de abordar la planificación de las ciudades amigables con la demencia en el contexto español. Para ello, se presenta el marco legal nacional sobre discapacidad y el marco de referencia para el nuevo modelo de cuidados recientemente aprobado. A continuación, se presentan distintas aproximaciones que se han realizado a lo largo del desarrollo de la tesis y se contrastan con los criterios obtenidos a partir de la revisión sistemática y los casos de estudio europeos.

La estructura del capítulo es la siguiente:

- 5.1. Marco de referencia para un nuevo modelo de cuidados
- 5.2. La ciudad saludable para el envejecimiento activo y entornos inclusivos en España
- 5.3. La escala de acción para la regeneración urbana centrada en el barrio: entorno físico y cuidados
- 5.4. Aproximación metodológica en el contexto español

5.1. MARCO DE REFERENCIA PARA UN NUEVO MODELO DE CUIDADOS

Discapacidad y envejecimiento

El primer y único informe mundial sobre discapacidad publicado por la Organización Mundial de la Salud, estimaba que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, lo que representa alrededor del 15 % de la población mundial, a partir de las estimaciones del año 2010 (OMS & Banco Mundial, 2011). En este informe también se indicaba la tendencia al alza de esta cifra debido principalmente al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades crónicas, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales. En concreto, la falta de accesibilidad, la falta de consulta y participación, y la falta de datos para facilitar la identificación de intervenciones ambientales rentables que mejoren el entorno y sus efectos sobre los diferentes aspectos de la discapacidad son tres puntos que se destacan en dicho documento.

En el contexto español, los datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística recogían que la tasa de discapacidad o limitación es de 95 personas por mil habitantes, lo que supone un total de 4,38 millones de personas residentes en hogares (INE, 2022a). De esta cifra, el colectivo más afectado eran las personas de 55 o más años (75,4%) y, sobre todo, las mujeres en todos los tipos de discapacidad¹¹². En cuanto a las dificultades relacionadas con el entorno físico un 36,2% del total de personas con discapacidad (1,5 millones) afirmaron tener dificultades para desenvolverse en edificios públicos o en el entorno urbano de proximidad, de los cuales el 42,2% tenían 80 años o más¹¹³.

Por otra parte, la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*¹¹⁴ establece en sus principios:

¹¹² La discapacidad o limitación afectaba a 94,9 personas por cada mil habitantes, siendo en mayor medida a las mujeres (109,2) frente a los hombres (80,1) (INE, 2020, pg 1).

¹¹³ INE (2020). EDAD. pg 8. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edad_2020_p.pdf Último acceso: 28/10/2022.

¹¹⁴ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Última actualización: 4 julio 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con> Último acceso: 28/10/2022.

- “El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
- La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.
- La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.
- La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.
- La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta Ley”.

Complementada con la *Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*¹¹⁵, que dentro de sus medidas para “garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución” recoge como ámbito de aplicación los “Espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación” y “Transportes”.

La creciente demanda de cuidados por parte de la población envejecida o con discapacidad se ha convertido en una prioridad para gobiernos e instituciones que necesitan encontrar formas eficientes para la provisión de la máxima calidad de cuidados a un coste asumible (Brodsky, Habib, Hirschfeld, & Siegel, 2002). Además, las consecuencias derivadas de la pandemia por la Covid-19 han puesto en evidencia los defectos estructurales, funcionales y operativos de los lugares destinados a los cuidados de estas personas, en concreto, las residencias de personas mayores (Martín-Moreno et al., 2022; Zunzunegui, 2022). En efecto, durante la redacción de la presente investigación, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 del Gobierno de España ha publicado un primer documento sobre “*Criterios comunes de acreditación y calidad de*

¹¹⁵ Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Última actualización: 3 diciembre 2013. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/12/02/51/con>. Último acceso: 28/10/2022.

los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)” (2022), donde se incluyen las residencias de mayores, así como el resto de los servicios de atención¹¹⁶.

Los retos demográficos y de los cuidados

Los informes e investigaciones que abordan el reto de la vejez desde distintos sectores en España alertan de problemáticas de desigualdad e inequidad que afectan en gran medida a las personas mayores:

- Un 20% de las personas mayores de 65 años en España viven en una situación de “vulnerabilidad residencial extrema”, con unos problemas de habitabilidad muy graves en el interior de sus viviendas (Lebrusán Murillo, 2020).
- El 24% de las personas mayores de 65 años sufren algún tipo de problema de accesibilidad, principalmente en las calles de su pueblo, barrio o ciudad; en los accesos a sus viviendas y en los transportes públicos (UDP, 2013).
- Un 28,8% de las mujeres mayores y un 14,7% de los hombres mayores viven solos en España. Esta situación se da a nivel general en todo el territorio nacional, aunque existen variaciones entre provincias¹¹⁷, resultando en un 10% de la población total y aumentando de forma progresiva anualmente (Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, 2019; Rueda Estrada, 2018)¹¹⁸.
- En 2017 en España había 441.912 personas con diagnóstico de Demencia (CIAP2 P-70), de las cuales un 69% eran mujeres y del total, un 96,7% de las personas registradas tenían 65 o más años. Entre éstas, el mayor porcentaje de personas con demencia se observa en las personas con edades entre los 80 y 89 años. En total, esta cifra representa alrededor del 1% del total de la población, con una distribución heterogénea

¹¹⁶ Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022). *Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad. Informe impacto presupuestario* (versión 28/6/2022).

¹¹⁷ Las provincias con un mayor porcentaje de viviendas unifamiliares (29-31%) son Álava, Soria, Zamora, Burgos o Asturias; frente a Murcia o Cádiz, con un porcentaje mucho menor (20-21%).

¹¹⁸ En 2015 uno de cada cuatro hogares en España pertenecía a una sola persona.

en el territorio, entre el 0,4% en Cataluña y el 1,9% en la Comunidad Valenciana (Fillat Delgado, 2020)¹¹⁹.

- En 2020 en España había 5.567 centros de personas mayores con una oferta de 384.251 plazas (Abellán García, Aceituno Nieto, Ramiro Fariñas, & Castillo Belmonte, 2021). El modelo tradicional de cuidados en edificios institucionales se caracteriza por un nivel bajo de privacidad, una rigidez en horarios de actividades diarias, falta de participación e identidad, así como de una baja promoción de la autonomía (Sancho Castiello, 2020). Este modelo tradicional, concebido para atender a una pequeña proporción de la población con necesidades de cuidados inabarcables en el régimen familiar, ha quedado tan obsoleto como sus edificios¹²⁰.

Un paso más: la implementación del modelo de Atención Centrada en la Persona para las residencias de mayores

En junio del año 2022 se aprobó el “Acuerdo de acreditación y calidad sobre los Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)” por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 del Gobierno de España, donde se han establecido las bases para el nuevo modelo de atención estructurado en: la dignidad y respeto, la personalización y atención centrada en la persona, la participación, el control y la toma de decisiones, el derecho a la salud y al bienestar personal¹²¹, y la proximidad y conexiones comunitarias. Este último punto reconoce la importancia del entorno -bien en barrios, pueblos o ciudades- como el escenario de vida de las personas y enfatiza la necesidad de diseñar y

¹¹⁹ En el informe “Censo de personas con Alzheimer y otras demencias en España. Fundamentación, metodología, datos disponibles, herramientas, aprendizajes y propuestas” se pone en evidencia la falta de datos exactos sobre el número de personas que están afectadas de Alzheimer y otras demencias en España. Pese a ello, los estudios de prevalencia y epidemiológicos apuntan a un porcentaje muy relevante de la población. (Fillat Delgado, 2020). Disponible en: <https://www.ceafa.es/files/2020/12/censo-alz.pdf>. Último acceso: 28/10/2022.

¹²⁰ En la actualidad, no existe una base de datos o registro de la caracterización de los edificios de residencias en España, desconociendo el año de construcción, las instalaciones, la accesibilidad del entorno urbano y la conexión de este, así como otros indicadores relacionados con el marco ACP.

¹²¹ Entendiendo la salud según la definición de la OMS como el estado de completo bienestar físico, mental y social.

adaptar los servicios y las distintas tipologías de centros de forma que faciliten que las personas puedan permanecer en su entorno y conectadas con los lugares y las personas que son significativas para ellas, clave fundamental para promover una vida activa en la comunidad.

No obstante, la implementación final de estas medidas en el contexto de los cuidados de las personas mayores es competencia de las Comunidades Autónomas y será a partir de este momento en el que se comience a reflexionar sobre cómo ir progresivamente adaptando este marco general en cada uno de los contextos locales, urbanos y rurales, teniendo en cuenta la gran heterogeneidad existente hasta la fecha (SEGG, 2020).

5.2. LA CIUDAD SALUDABLE PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y ENTORNOS INCLUSIVOS EN ESPAÑA

En el contexto español, la ciudad saludable se ha definido y recogido en el documento “Guía para planificar Ciudades Saludables” (Fariña et al., 2022)¹²². En esta guía se establecieron tres estrategias para favorecer entornos más saludables adaptados al contexto español: ciudades para caminar, introducción de la naturaleza y espacios de convivencia. Estos tres ejes sintetizan las estrategias de diseño y planificación urbanas que deben tenerse en cuenta para la promoción y prevención de la salud, que consiste en tener un estilo de vida más saludable, menos sedentario y reforzar los vínculos sociales.

A partir de estas tres líneas de acción generales, se realizó una revisión extensa de documentación técnica y metodológica de análisis y evaluación del espacio público, incorporando la perspectiva de accesibilidad universal con mayor precisión (Tabla 42).

¹²² La “Guía para planificar ciudades saludables” se basa en el documento técnico ‘Ciudad, urbanismo y salud’ (Fariña Tojo et al., 2019), publicado previamente también por el Ministerio de Sanidad y la Federación Española de Municipios y Provincias.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

Revisión bibliográfica de guías y metodologías para el análisis y evaluación del espacio público.			
Año	País y autores	Título	Aportación
2002	Pikora et al.	<i>Developing a Reliable Audit Instrument to Measure the Physical Environment for Physical Activity</i>	Metodología práctica de análisis a nivel de calle de los factores físicos del entorno que puedan tener influencia en la promoción de la actividad física (pasear o ir en bicicleta).
2005	Verdaguer	<i>Evaluación del espacio público. Indicadores experimentales para la fase de proyecto</i>	Indicadores y umbrales para la evaluación del espacio público para su aplicación en la fase de proyectos.
2006	Curl et al.	<i>Developing an audit checklist to assess outdoor falls risk.</i>	Herramienta para el análisis de aspectos del espacio público y el entorno físico relacionados con el riesgo de caídas o el miedo a las mismas por las personas mayores.
2007	Sonmez Turel, Malkoc Yigit y Altug,	<i>Evaluation of elderly people's requirements in public open spaces: A case study in Bornova District (Izmir, Turkey)</i>	Identificación de elementos de las personas mayores en espacios públicos y factores que afectan su funcionalidad.
2009	Michael et al.	<i>Revising the Senior Walking Environmental Assessment Tool (SWEAT)</i>	Herramienta para el análisis de los entornos construidos peatonales para las personas adultas mayores (SWEAT) para medir los elementos que están relacionados con la actividad física de las personas mayores.
2016	Agencia Ecología Urbana	<i>Sistema de indicadores y condicionantes para ciudades grandes y medianas</i>	Sistema de indicadores, definición y parámetros de los elementos para una ciudad más habitable y sostenible
2016	Blanco Velasco, Montero Lancho, Redondo Rivera y Santiago Villares	<i>Manual de accesibilidad para espacios públicos urbanizados.</i>	Guía de accesibilidad para el espacio público de Madrid, incluyendo recomendaciones técnicas y medidas de diseño concretas.
2016	Sánchez González y Cortés Topete	<i>Espacios públicos atractivos en el envejecimiento activo y saludable. El caso del mercado de Terán, Aguascalientes (México)</i>	Definición de atributos y funciones que determinan la atractividad del espacio público para el adulto mayor, incorporando una propuesta para la medición de variables y dimensiones.

Tabla 42. Revisión bibliográfica de guías y metodologías para el análisis y evaluación del espacio público. Fuente: Elaboración propia a partir de (Barcelona Agencia Ecología Urbana, 2016; Blanco Velasco, Montero Lancho, Redondo Rivera, & Santiago Villares, 2016; Curl, Thompson, Aspinall, & Ormerod, 2016; Michael et al., 2009; Pikora et al., 2002; Sánchez González & Cortés Topete, 2016; Sonmez Turel, Malkoc Yigit, & Altug, 2007; Verdaguer, 2005)

De esta revisión se realizó una tabla sintética de 25 elementos para una evaluación de los espacios públicos y se aplicó en 3 casos de estudio de espacios urbanos en el centro de las ciudades españolas más pobladas, cuyos resultados fueron publicados en la

revista *Territorios en Formación* (Pozo-Menéndez, 2020)¹²³. Estos resultados consideran solo la parte física y sobre todo de accesibilidad universal, confort y seguridad adaptado al espacio público y desde la perspectiva de la población mayor adulta. Tras la revisión bibliográfica realizada en el estado del arte y el análisis de los casos de estudio, se identifica la posibilidad de continuar el trabajo realizado para poder desarrollar una herramienta adaptada para el análisis y evaluación del espacio público incorporando los criterios específicos para personas con demencia.

5.3. LA ESCALA DE ACCIÓN PARA LA REGENERACIÓN URBANA CENTRADA EN EL BARRIO: ENTORNO FÍSICO Y CUIDADOS

El análisis de los casos de estudio internacionales muestra, por una parte la necesidad de una interacción con la comunidad, así como una visión holística de considerar los entornos de los cuidados en relación con la comunidad. Precisamente, la gestión de los servicios comunitarios requiere una proximidad espacial, pero también un espacio físico facilitador para promover la inclusión de las personas cuidadas, así como de los cuidadores.

En base a esta necesidad, se propone que, de la misma forma que desde las “Neighbourhood units” (Perry, 1929) el planeamiento se articulaba en torno a centros comunitarios y colegios, en el contexto actual este planteamiento puede aplicarse para la integración de los servicios comunitarios y sociosanitarios con un enfoque gerontológico, considerando pues, la proximidad espacial, la variedad de servicios y actividades y un espacio público accesible e inclusivo que permita una mayor autonomía e independencia en un entorno seguro. El ejemplo de las ordenanzas municipales que definen un nuevo concepto de *calle escolar*¹²⁴ con medidas para actuar en el entorno inmediato de los centros educativos para pacificar el tráfico y proteger del ruido, la contaminación y promocionar la movilidad activa, además de la estrategia complementaria de

¹²³ Esta tabla fue trabajada y reformulada en un caso de estudio posterior. Los resultados finales se recogen en el Anexo III.

¹²⁴ Ayuntamiento de Madrid (2018). *Ordenanza de Movilidad Sostenible*.

renaturalización de entornos escolares para mitigar el efecto de isla de calor a través de patios naturalizados¹²⁵.

Con este enfoque y complementario al análisis anterior centrado en el diseño del espacio público, se ha abordado este enfoque aplicado a los centros municipales de mayores y residencias en el distrito de Usera de Madrid, donde los resultados mostraban una planificación urbana todavía marcada por la zonificación y concentración de equipamientos y dotaciones municipales en entornos poco amigables y segregadas por función, y, por tanto, por edad¹²⁶.

Los resultados de este análisis fueron publicados en el capítulo “Greenery urban design for good mental health. Analysis of a vulnerable district of Madrid” en el libro “*Urban Design and Planning for Age-Friendly Environments Across Europe: North and South*”(Pozo Menéndez, 2022). Estos resultados analizan la red de centros específicos para personas mayores en intersección con la infraestructura verde en un barrio vulnerable de Madrid, considerando también la perspectiva de la promoción de la salud física y mental.

En el caso de que estos equipamientos fuesen objeto de una renovación, sería de especial relevancia contar con la participación de la población mayor adulta para realizar una propuesta que trabaje la regeneración urbana de estos centros junto con una red de espacios públicos interconectados, para mejorar la conexión de los centros en el entorno urbano de un barrio periférico, basados en los conceptos de familiaridad, identidad, legibilidad, inclusión, confort, estimulación positiva y seguridad.

¹²⁵ Ayuntamiento de Madrid. Estrategia Urbana. *Renaturalización de entornos escolares*. Disponible en: <https://estrategiaurbana.madrid.es/entornos-escolares/>

¹²⁶ Pozo Menéndez (2022). Greenery urban design for good mental health. Analysis of a vulnerable district of Madrid. en Pozo Menéndez e Higuera García (eds). *Urban Design and Planning for Age-Friendly Environments Across Europe: North and South*.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

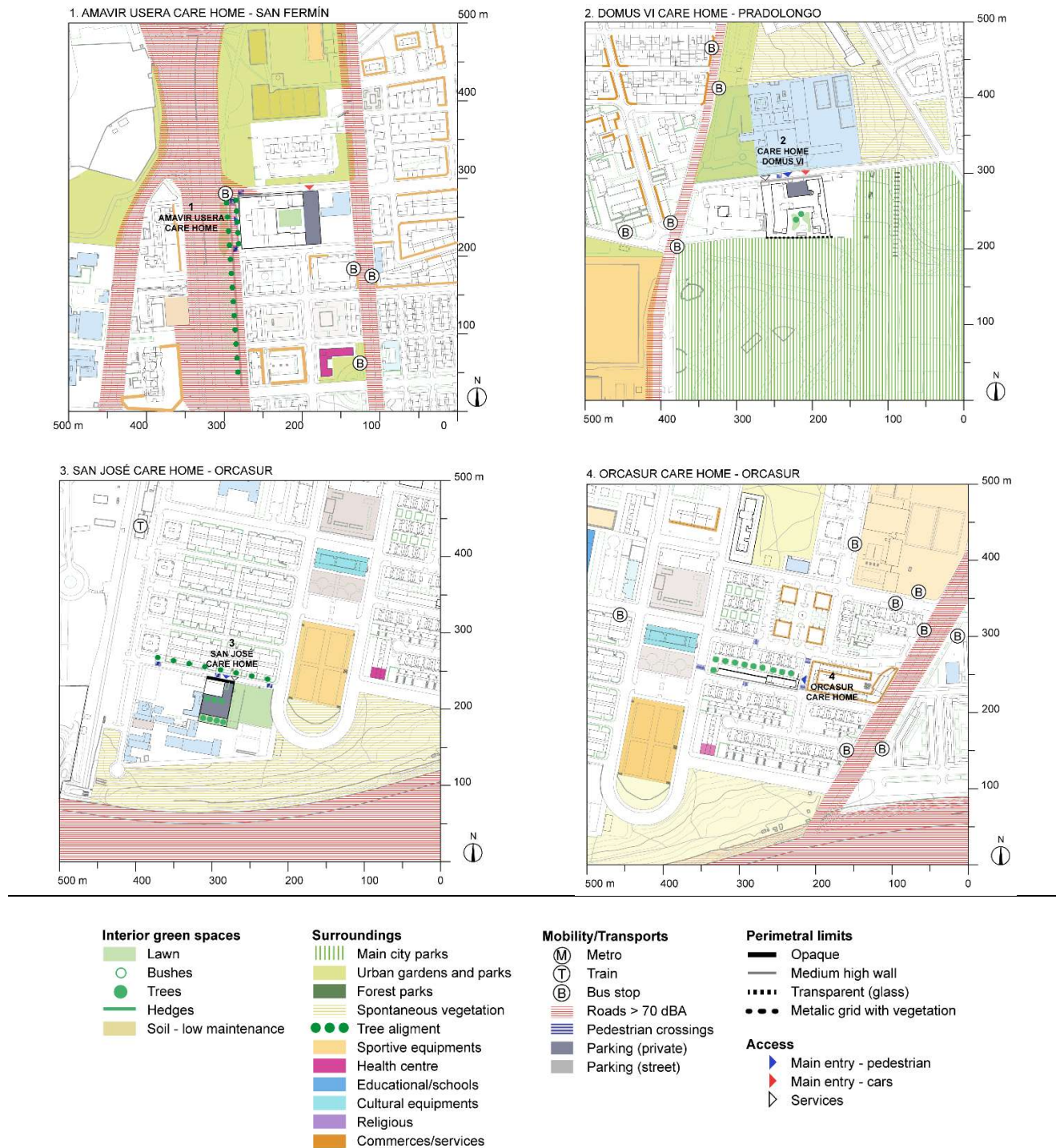


Tabla 43. Extracto de los casos de estudio analizados en el distrito de Usera de Madrid. El análisis del entorno urbano de las cuatro residencias de mayores en este distrito muestra una heterogeneidad en el contexto urbano, marcada en muchos casos por la presencia de grandes infraestructuras viarias.

Fuente: Pozo Menéndez (2022).

Del trabajo anterior, se han desarrollado y completado los elementos de análisis de la parcela y del entorno inmediato recogiendo en la siguiente tabla una propuesta de análisis y evaluación, donde la relación del centro se estudia atendiendo a distintas características como la accesibilidad, la relación del centro con el espacio exterior y la naturaleza, la capacidad de creación de un microclima para mejorar el comportamiento bioclimático del edificio, espacios habilitados para actividades en el exterior, relación visual con el entorno urbano, así como la promoción de la movilidad sostenible.

5.4. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA EN EL CONTEXTO ESPAÑOL

La propuesta metodológica “para integrar el diseño y la calidad de vida para personas con demencia en las ciudades europeas” debe nutrirse de una aproximación multidisciplinar, como previamente se ha indicado en los apartados anteriores.

Una tercera aproximación en el contexto español ha sido realizada dentro del marco del proyecto “Elaboración de 4 programas funcionales para adecuar la infraestructura de 4 centros para facilitar la integración social y la implementación del modelo de Atención Integral Centrado en la Persona a través de unidades de convivencia, en grupos reducidos y de la apertura al entorno social de los equipamientos”¹²⁷, donde se ha trabajado en un equipo multidisciplinar en el análisis y elaboración de propuestas para 4 centros del IMSERSO, donde uno de ellos ha sido el Centro de Referencia Estatal de Alzheimer de Salamanca (CREA). El planteamiento fue una metodología que incorporaba métodos mixtos con técnicas cuantitativas y cualitativas, aunque el carácter de la investigación era principalmente cualitativo.

La contribución de la autora en este proyecto ha resultado en un análisis y toma de datos específico en tres escalas diferenciadas para la evaluación del diseño del espacio público y del contexto urbano, así como la caracterización del entorno inmediato y el propio edificio, para un trabajo posterior de definición y diseño de propuestas de intervención¹²⁸.

¹²⁷ Pozo Menéndez, Bentué Gómez y Cambra-Rufino (2021). “Elaboración de 4 programas funcionales para adecuar la infraestructura de 4 centros para facilitar la integración social y la implementación del modelo de Atención Integral Centrado en la Persona a través de unidades de convivencia, en grupos reducidos y de la apertura al entorno social de los equipamientos”. IMSERSO (los resultados de este trabajo aún no están publicados).

¹²⁸ Las tablas empleadas se recogen en el anexo III.

Adicionalmente, se incorporó un listado de elementos de análisis contemplando el diseño del edificio e interiores. Si bien este tema excede al tema principal de la presente investigación, la revisión bibliográfica de guías y recomendaciones de diseño para personas con demencia ha requerido necesariamente identificar los elementos de los ambientes interiores recomendados.

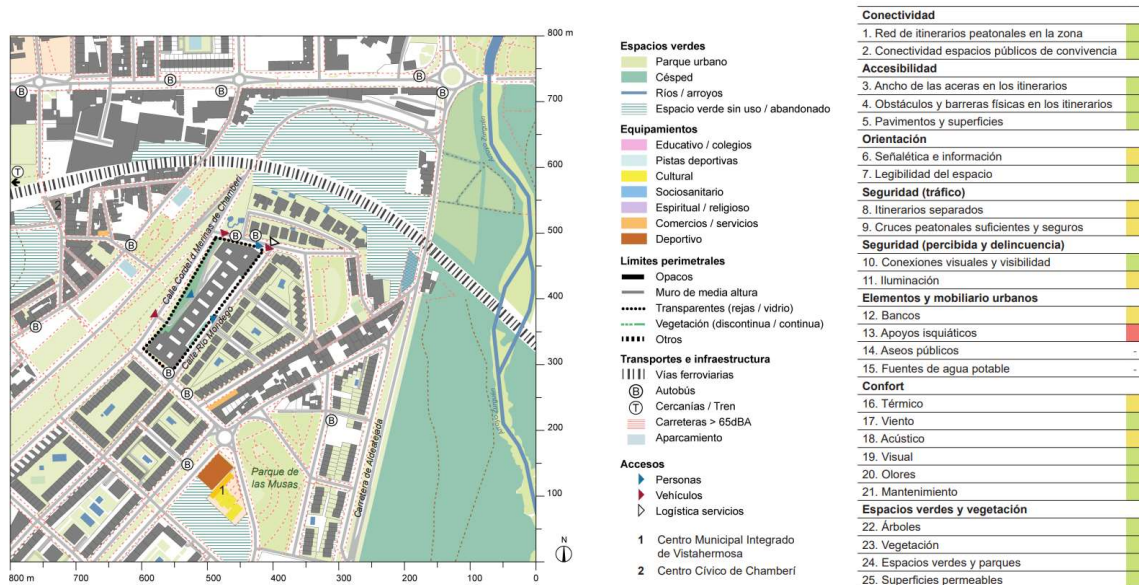


Figura 65. Extracto del trabajo realizado para el Centro de Referencia Estatal de Alzheimer de Salamanca, España. Fuente: elaboración propia dentro del equipo de trabajo.

El desarrollo de una propuesta tanto de estrategia urbana como a escala de barrio o de edificio precisó la sistematización de una toma de datos a partir de distintas técnicas, donde se realizó un análisis urbano exhaustivo basado en los resultados de la presente tesis. El proyecto se pudo desarrollar incorporando la participación tanto de personas usuarias -residentes y mediopensionistas-, familiares y una selección multidisciplinar de trabajadores del centro, desde profesionales del ámbito sociosanitario hasta perfiles administrativos o técnicos.

La metodología se estructuró en los siguientes pasos:

1. Revisión bibliografía complementaria, nutrida por la presente investigación.
2. Análisis documental a partir de los distintos repositorios, fuentes primarias y secundarias e informaciones disponibles.
3. Observación directa de las distintas escalas de análisis.

4. Quince entrevistas cualitativas semi-estructuradas a personal sociosanitario, administrativo y técnico, así como a personas usuarias y familiares.

5. Dos talleres participativos divididos en dos grupos, incluyendo los perfiles de las personas usuarias y familiares, así como de los trabajadores del centro.

6. Análisis y diagnóstico de la información recopilada.

7. Desarrollo de propuestas arquitectónicas.

Gracias a esta oportunidad de trabajar con varios grupos de personas con demencia y Alzheimer con distintos perfiles y niveles de progresión de la enfermedad, incluidos familiares o cuidadores, se observaron las dificultades metodológicas para incluir la participación directa de personas con demencia, a pesar de que la gran mayoría fueron personas perfectamente capaces de comunicarse y hablar sin limitaciones en el lenguaje.

Los resultados de este trabajo están todavía pendientes de publicación (Pozo Menéndez, Cambra-Rufino, & Bentué Gómez, 2022). De los casos de estudio analizados en el contexto europeo y de la revisión de la bibliografía del estado del arte, se destaca la necesidad de colaborar de forma transversal con todos los agentes implicados en el desarrollo estratégico urbano, así como de equipamientos y servicios para personas con demencia, para poder adaptar progresivamente todos los servicios y entornos que orbitan alrededor de una residencia, un centro de día o un equipamiento municipal.

Existen múltiples ejemplos que permiten inspirarse en buenas prácticas para la adecuación e integración de los espacios públicos para mejorar los entornos donde las personas con demencia y sus familiares viven. España se encuentra en la actualidad en un momento de oportunidad de avanzar hacia un modelo de atención, un modelo de ciudad y un diseño de espacio público centrados en la persona.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

IV PARTE: RESULTADOS

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

Este último capítulo recoge los resultados de la investigación, su discusión y las conclusiones obtenidas. Por último, se identifican las principales limitaciones de la investigación y se plantean las futuras líneas de investigación.

La estructura del capítulo es la siguiente:

- 6.1. Resultados
- 6.2. Discusión
- 6.3. Verificación de la hipótesis
- 6.4. Conclusiones
- 6.5. Limitaciones de la investigación
- 6.6. Futuras líneas de investigación

6.1. RESULTADOS

A la vista de los casos de estudio analizados, a continuación, se recogen los elementos más significativos de cada uno de ellos:

Comparativa de los casos de estudio seleccionados según los objetivos de la investigación				
Nombre y tipo de proyecto	Programas funcionales y actividades	Innovación en los cuidados	Innovación urbana/en la ciudad	Diseño del espacio público, relación con espacios exteriores y legibilidad
Reino Unido				
Newcastle-upon-Tyne, Ciudad amigable con las personas mayores	Programas de ocio y talleres para diversidad de intereses y públicos abiertos a personas mayores con demencia en la red de museos regional Tyne&Wear, movimiento <i>Slow Shopping</i> en diferentes tiendas, cine...	Promoción y prevención: un médico puede recomendar ir a un museo o unirse a un grupo de intereses afines. Actividades "normalizadas" inclusivas: ir al cine, hacer la compra, talleres artísticos, visitas al museo, etc. Se generar relaciones de amistad espontáneas gracias al apoyo de algunos programas.	Centro Nacional de Innovación en Envejecimiento. Implicación y sensibilización de distintos agentes públicos y privados: acciones voluntarias y nuevos servicios inclusivos para incluir a las personas con demencia.	Primer edificio público diseñado y certificado según estándares DSDC Stirling University. Consideración del barrio y su tejido urbano como escenario para ir adaptándose de forma progresiva y que las personas con demencia puedan permanecer en sus hogares/barrios. En general, existen problemas de accesibilidad y seguridad en cuanto al diseño del espacio público. Gran diferencia entre los centros históricos (con hitos, nodos y mezcla de uso) con los barrios periféricos.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

<p><i>Harmonia Village</i> (CASCADE, Dover), nuevo concepto de centro para personas con demencia</p>	<p>6 viviendas para personas mayores con demencia en una urbanización con centro de servicios y zonas comunes.</p>	<p>Utilización de los servicios de la comunidad existentes (peluquería, médico, tiendas...).</p> <p>Se han integrado sensores en las viviendas y se ha incorporado un nuevo sistema de gestión de datos para fomentar la autonomía de las personas y mejorar el trabajo de las cuidadoras/ enfermeras.</p>	<p>Proyecto de regeneración urbana haciendo uso de antiguas viviendas en desuso.</p> <p>Las viviendas se integran a continuación de una zona residencial, manteniendo la misma tipología de vivienda típica británica.</p>	<p>La baja altura de las viviendas, su distribución y la existencia de ventanas en todas las orientaciones permite una conexión visual directa con el espacio exterior.</p> <p>El espacio exterior no tiene un tratamiento diferenciado respecto al resto de la calle, se observa una gran presencia del vehículo privado.</p> <p>Amplia superficie verde para incorporar distintos programas de jardinería, huertos o mascotas y animales domésticos.</p>
<p><i>Harmony House</i> (CASCADE, Rochester), centro de respiro</p>	<p>20 plazas para personas con demencia o familiares. Centro de respiro para estancias cortas. Cocina colectiva común.</p>	<p>Utilización de los recursos de la comunidad: peluquería, bar, turismo local, piscina...</p> <p>Equipo conformado por perfiles profesionales no sociosanitarios, seleccionados por interés y familiaridad con el tema, motivación y capacidad de trabajar en equipo.</p> <p>Su enfoque se centra sobre todo en normalizar la vida con demencia, y reducir el estigma, en vez de centrarse en los posibles riesgos.</p>	<p>Proyecto de renovación de un antiguo equipamiento abandonado en un entorno residencial, contiguo a un centro de cuidados sociosanitarios.</p> <p>Centro equipado con sensores para la monitorización y seguimiento de las personas, para fomentar su autonomía e independencia.</p> <p>La promotora del proyecto y la directora han estado implicadas en la selección de los materiales y acabados basándose en los criterios de diseño para personas con demencia.</p>	<p>No existe un tratamiento amigable de los espacios exteriores. Los residentes del entorno metieron mucha presión por el tema del aparcamiento, por lo que el espacio exterior se ha destinado principalmente para ello.</p>

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

<i>Great Sankey Neighbourhood Hub</i> en Manchester, centro, comunitario multifuncional	Gimnasio y área de fitness, spa, piscina, biblioteca, salas de estudio, hall para conferencias, pistas de fútbol y tenis.	Franjas horarias con niveles de iluminación y música mínimos. Servicios y tratamientos específicos (por ejemplo, oncológicos o psicológicos), terapias sensoriales, programas de rehabilitación, cuidados paliativos, etc.	Primer equipamiento público diseñado y certificado con la medalla de oro según los estándares DSDC Stirling University. El interior del edificio cumple con los principios de diseño para personas con demencia, como, por ejemplo, iluminación, contraste de las superficies, creación de zonas estanciales recogidas, favorecer la orientación.	No existe un tratamiento peatonal de los espacios exteriores, dedicado principalmente a aparcamiento. Los grandes ventanales del edificio permiten una conexión con el exterior, pero los espacios exteriores no son los espacios más representativos del proyecto.
Bélgica				
WZC De Weister en Aalbeke, Kortrijk; paseos de reminiscencia y residencia de pequeña escala	Residencia de mayores y personas con gran dependencia (46 p). Cafetería abierta a toda la comunidad. Parque intergeneracional en espacio público. Itinerarios de reminiscencia.	Modelo de atención centrada en la persona, trabajo en equipo y comunitario, se da especial énfasis a romper el estigma hacia las personas con demencia y favorecer actividades comunitarias, con familiares y redes de voluntariado. Entornos accesibles e integración de las rutinas diarias en el diseño: cocina abierta con encimera accesible para participar en las tareas diarias. Integración de estímulos positivos naturales en el diseño de los espacios y elementos decorativos: esculturas, mascotas, objetos personales, elementos sonoros...	La entrada del centro es el punto de encuentro de 4 itinerarios de reminiscencia que han sido diseñados uniendo distintos puntos de interés y del patrimonio histórico de la ciudad. Regularmente se organizan paseos con las personas de la residencia y asociaciones de Kortrijk. El centro está diseñado atendiendo a los principios de diseño de la pequeña escala, así como criterios de sostenibilidad (gestión de agua, eficiencia energética, etc).	Todas las habitaciones y zonas comunes tienen vistas al exterior, a los jardines y terrazas comunes. El espacio público alrededor del centro tiene prioridad peatonal con zonas estanciales y vegetación. También se incluyen aparcabicy y las zonas de aparcamiento de vehículos privados están relegadas a un segundo plano. El parque intergeneracional incorpora elementos musicales y de ejercicio físico para fomentar actividades inclusivas y de interacción social. Los itinerarios se han diseñado atendiendo en primer lugar a la accesibilidad universal.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

WZC De Zon en Kortrijk, residencia de pequeña escala	Residencia de mayores y personas con gran dependencia (96 p). Cafetería abierta a toda la comunidad. Parque intergeneracional en espacio público. Programa de viviendas sociales.	Modelo de atención centrada en la persona, trabajo en equipo y comunitario, se da especial énfasis a romper el estigma hacia las personas con demencia y favorecer actividades comunitarias, con familiares y redes de voluntariado. Entornos accesibles e integración de las rutinas diarias en el diseño: cocina abierta con encimera accesible para participar en las tareas diarias. Integración de estímulos positivos naturales en el diseño de los espacios y elementos decorativos: esculturas, mascotas, objetos personales, elementos sonoros...	El espacio central del desarrollo urbano - constituido por el edificio del WZC De Zon y los edificios residenciales de vivienda social - es una plaza alargada que permite la conexión peatonal entre distintas zonas de Kortrijk. La fachada principal tiene un acceso abierto a la plaza, y en el interior corresponde al programa de cafetería, punto de encuentro para el barrio. Además, las terrazas comunes dan a esa misma fachada, con orientación sur, para poder disfrutar de las vistas y de la actividad de la plaza. El centro incorpora en su planteamiento los principios de diseño de la pequeña escala, así como criterios de sostenibilidad en cuanto a eficiencia energética, gestión de aguas pluviales, aparcabici y disuasión del vehículo privado.	Todas las habitaciones y zonas comunes tienen vistas a un espacio exterior. Las zonas comunes tienen acceso a una terraza cubierta, desde la cual se ve el parque de la plaza. El espacio público es exclusivamente peatonal en este nuevo desarrollo, los aparcamientos y circulaciones de logísticas se realizan en el nivel más bajo, permitiendo un espacio seguro y accesible para todas las edades. El parque intergeneracional incorpora distintos elementos para fomentar actividades inclusivas y de interacción social.
Gante, ciudad amigable con las personas con demencia	Espacio abierto – <i>inloophuis</i> - en la ciudad para compartir información sobre recursos disponibles para las personas con demencia.	Gante es un ejemplo de cómo a nivel municipal se puede contribuir a generar mayor sensibilización sobre la demencia y dar apoyo a la ciudadanía, así como	No aplica para la información recogida de este caso de estudio.	A pesar de que se tiene un gran conocimiento sobre cómo adaptar los centros y viviendas para personas con demencia, no están tan avanzadas las medidas para crear espacios públicos

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

	<p>Proyecto piloto de vivienda-contenedor para ser instalada en las parcelas residenciales de personas mayores, y ofrecer un espacio accesible y adaptado o para que sus cuidadores puedan vivir con ellos.</p> <p>Programas de sensibilización sobre la demencia en bibliotecas y un <i>escape room</i> móvil para realizar sesiones formativas.</p>	<p>a entidades locales y proveedores de cuidados.</p>		<p>adaptados. De la misma manera, la accesibilidad universal no siempre se cumple en edificios públicos, con los problemas que eso supone.</p>
<p>Brujas, ciudad amigable con las personas con demencia y proyecto Foton</p>	<p>Atención sociosanitaria y cuidados amigables (cuidados y atención profesional, voluntariado, terapia ocupacional).</p> <p>Centro de expertos en Demencia, con un centro documental, grupo de encuentro, organización de tardes culturales, literarias y coros.</p>	<p>Gran actividad en sensibilización y formación a varias escalas: profesionales, cuidadores, familiares y voluntarios.</p> <p>Gran actividad del coro, como medio para mejorar el bienestar de las personas con demencia y reducir el estigma.</p>	<p>Espacio Fotonhouse en el centro de Brujas para ofrecer un espacio de encuentro tranquilo a las personas con demencia y cuidadores.</p> <p>Iniciativa de crear una red de comercios amigables con las personas con demencia para que puedan mantener sus redes de proximidad y comercios habituales.</p>	<p>No aplica para la información recogida de este caso de estudio.</p>
<p>Huis Perrekes en Osterloo, Geel; residencia de pequeña escala para personas con demencia</p>	<p>Programa de servicios y apoyo a domicilio para personas con demencia.</p> <p>Centro de día y "villa" para estancias temporales.</p> <p>Residencia (64 p) para personas con demencia.</p> <p>Espacio cultural abierto a la comunidad.</p>	<p>Las personas permanecen integradas en la comunidad. Cada vivienda está integrada por 16 personas, una de ellas es quien coordina las rutinas diarias.</p> <p>Se trabaja el trabajo en equipo, integrando las rutinas diarias y el ocio como parte indisoluble de los</p>	<p>El centro Huis Perrekes está dividido en varias viviendas integradas en el entorno de Osterloo.</p> <p>Los edificios forman parte de la trama urbana, sin diferenciarse de cualquier otra edificación de la localidad.</p> <p>Las ampliaciones más recientes han</p>	<p>La nueva "villa" tiene un amplio jardín trasero que permanece abierto a la comunidad. Está equipado con columpios y elementos de juegos.</p> <p>Cerca de las viviendas más antiguas existe una zona verde de huerto y pequeña granja para el cuidado de hortalizas, en el que las personas que viven en Huis Perrekes participan.</p> <p>En entorno inmediato a</p>

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

		cuidados. Las personas permanecen en la comunidad toda su vida. Se realizan múltiples actividades culturales en relación con otras entidades y agentes.	generado espacios comunitarios con mayor contacto con la comunidad.	los edificios de Huis Perrekes
Países Bajos				
De Hogeweyk, Weesp, residencia para personas con demencia y Alzheimer.	Residencia de larga duración para personas con Alzheimer o demencias.	Las personas con Alzheimer o demencia viven en pequeños grupos de convivencia de 8 personas, agrupados por intereses y estilos de vida. Las personas mantienen una rutina normalizada y en un entorno seguro. Los distintos servicios que ofrece la residencia se integran en el diseño como una tienda o equipamiento de la ciudad.	El programa funcional se organiza en unidades de convivencia de pequeña escala, con equipamientos y servicios comunes integrados en las calles (tiendas de antigüedades, de música, peluquería, supermercado...). Existe diversidad de programas y diseños de espacios exteriores entorno a los cuales se van organizando las unidades de convivencia. Parte de los programas están abiertos a la comunidad, para eventos y empresas, para que puedan hacer uso de ellos (teatro/auditorio, restaurante y cafetería). Estos se ubican en la zona más próxima a la entrada, en la parte más "pública".	Los espacios exteriores dentro del edificio están diseñados como si fueran cualquier otro espacio público de alguna ciudad en los Países Bajos. El centro tiene vistas al exterior desde cada una de las viviendas, pero las vistas y accesos que se favorecen y enfatizan son las que dan a los patios interiores. Los elementos de mobiliario urbano son muy variados, pero continúan con los elementos que se pueden identificar en cualquier otro espacio público: terrazas, sillas, bancos, un ajedrez de gran tamaño, fuente, mesas de cultivos, placas con el nombre de las calles...
Paseo Kwiek Beweegrouten en Nuenen, itinerarios saludables alrededor de equipamientos sociosanitarios	Itinerarios de actividad física integrados en un entorno local.	Los equipos de cuidados de una residencia o de un centro de día hacen uso de este itinerario para trabajar estiramientos o ejercicios de	La rutina de ejercicios está integrada en el espacio público de la localidad. Los itinerarios recorren diferentes espacios públicos a través	Se incorporan pequeños elementos (baldosas, pegatinas, pintura...) integrados en el espacio público para marcar los itinerarios y los ejercicios propuestos en cada punto del recorrido.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

(mayores).		resistencia con las personas mayores.	de un recorrido accesible.	Los equipamientos y elementos del espacio público (bancos, vallas, postes...) se utilizan como base de apoyo para el desarrollo del ejercicio.
		Las personas mayores salen al espacio exterior y disfrutan de un paseo en el entorno local.	Replicabilidad y escalabilidad del proyecto.	
Buurtzorg en Almelo, Cooperativas de enfermeras para servicios sociosanitarios en la escala de barrio	Cuidados sociosanitarios a domicilio.	Las cooperativas de enfermeras se autogestionan y dan cobertura a nivel de barrio. Las personas pueden permanecer en sus viviendas con servicios y atención personalizada. Replicabilidad y escalabilidad del proyecto.	No aplica para la información recogida de este caso de estudio.	

*Tabla 44. Resumen de los elementos de innovación principales de los casos de estudio seleccionados.
Fuente: elaboración propia.*

Los proyectos analizados muestran una gran diversidad en sus tipologías y formas. Se han analizado un total de 12 proyectos, con un análisis completo urbano de 8 de ellos. De estos proyectos la gran mayoría son nuevas tipologías de residencias para personas con demencia basadas en los principios de la pequeña escala y la atención centrada en la persona (n=5), existen también ejemplos de equipamientos integrados en la ciudad con programas específicos para personas con demencia y sus familiares y cuidadores (n=2), así como nuevos equipamientos o programas innovadores para crear entornos inclusivos para personas con demencia en equipamientos comunitarios o urbanos (n=2), hay algunos que corresponden a iniciativas de amigabilidad con las personas con demencia a nivel municipal (n=2), y, por último, un proyecto de micro-intervenciones urbanas en el espacio público (n=1).

De los 4 casos de estudio de las ciudades anglosajonas se identifica una importante inversión en proyectos de innovación de nuevos modelos de servicios integrados en la comunidad. Como se ha visto, el modelo de cuidados recae sobre todo en el ámbito privado, y ahí cabe destacar también la labor a escala nacional que están desarrollando distintas entidades y fundaciones para sensibilizar a la población y que cada uno de los agentes pueda contribuir a crear ciudades más amigables con las personas con

demencia. Las 4 ciudades analizadas con más detalle (Newcastle-upon-Tyne, Rochester, Dover y Warrington) tienen asociaciones o comunidades amigables con la demencia a nivel local. El ejemplo más relevante es Newcastle-upon-Tyne, donde la diversidad de agentes incluye al propio Ayuntamiento, pero también tiendas y supermercados, cine, museos, universidad y un centro pionero en Innovación en Envejecimiento, iglesias y parroquias y asociaciones culturales. Los nuevos modelos de servicios residenciales que se están desarrollando dentro del proyecto CASCADE son ejemplos que, de probarse su viabilidad económica y el impacto positivo en el entorno local y en la reactivación de zonas urbanas, probablemente tengan un mayor desarrollo en los próximos años promovido por distintas entidades y consorcios público-privados. Un ejemplo de este tipo de oportunidades es el Centro multifuncional de Hankey, donde se ha visto una oportunidad interesante en crear un nuevo equipamiento de promoción de la salud inclusivo con las personas con demencia e innovador en ofrecer servicios específicos para tratamientos de pacientes crónicos.

Por otra parte, en cuanto a la adaptación de los espacios públicos y la creación de entornos físicos amigables con las personas con demencia, se identifican realidades muy diferenciadas. En el caso de Newcastle-upon-Tyne, es el centro urbano la parte de la ciudad que mantiene una legibilidad clara del espacio, gracias a la conservación del patrimonio y su renovación con programas actuales, donde se han identificado iniciativas para fomentar la inclusión de las personas con demencia (el Discovery Museum, el Grainger Market o el Tyneside Cinema son claros ejemplos). Además, en estos entornos urbanos se está también remodelando el espacio público para que sea accesible para todas las personas y la ciudad cuenta con postes con señales que ayudan a la orientación y navegación en la ciudad. En contraste, en las cuatro ciudades: Newcastle, Dover, Rochester y Warrington, se identifica una alta presencia del vehículo privado en el espacio público una vez fuera del casco histórico central. En los entornos inmediatos de los nuevos equipamientos y residencias, este hecho llama la atención teniendo en cuenta las recomendaciones de las guías de diseño que identifican la creación de aceras amplias y con espacios peatonales seguros como uno de los requisitos fundamentales para la creación de entornos seguros. También llama la atención el entorno donde se ubican los centros del proyecto CASCADE y el equipamiento de Warrington respecto al centro de la ciudad o un tejido más denso de usos mixtos. Los 3 programas se sitúan alejados del centro urbano, aunque en los 3 el objetivo es la interacción con la comunidad. Sobre todo, en los 2 centros nuevos del proyecto CASCADE, donde además

en uno de ellos en la entrevista se destaca el interés de hacer turismo en la zona, a pesar de la distancia a pie que lo separa con los principales puntos de interés en la zona.

Atendiendo a la legibilidad del espacio, esta predominancia del vehículo privado y de otras infraestructuras en la ciudad condicionan notablemente la existencia de barreras físicas que probablemente supongan una limitación para las personas con demencia en caso de poder moverse y deambular con libertad por la zona. También destaca la falta de diversidad y elementos visuales en las zonas más alejadas del centro histórico tanto en Dover como en Rochester, frente al centro urbano de Newcastle-upon-Tyne.

Por último, es importante destacar que todos los proyectos cumplen con las recomendaciones de diseño de entornos amigables con la demencia en el interior de los edificios, incluyendo parámetros de accesibilidad universal, ascensores, señalética, referencias visuales y uso del color. Es más, 2 de los proyectos identificados (el *Great Sankey Neighbourhood Hub* y el edificio *The Catalyst* en Newcastle-upon-Tyne) han sido asesorados y certificados con el standard *dementia-friendly* del DSDC. Sin embargo, los espacios públicos y exteriores por el momento no están considerando recomendaciones de diseño para facilitar que el entorno inmediato de proximidad promueva la interconexión con el centro.

En Bélgica, de los 5 casos de estudio incluidos se han analizado 3 en mayor profundidad. Es importante mencionar que los proyectos seleccionados pertenecen todos a la región flamenca del país belga. Los 3 centros residenciales visitados (WZC De Weister, WZC De Zon y Huis Perrekes) cumplen los principios del modelo de atención centrada en la persona y lo que se identifica a nivel local como “pequeña escala y vida normalizada para personas con demencia”. De estos proyectos, WZC De Weister y WZC De Zon tienen características similares, ambos están ubicados en pequeñas localidades alrededor de Kortrijk y son centros residenciales organizados en unidades de convivencia para grandes dependientes o personas con demencia. Todos los espacios tienen acceso al exterior y espacios verdes en el entorno y al lado de las entradas se han creado cafeterías y entornos abiertos y acogedores para favorecer la interacción social con la comunidad. En las zonas exteriores, el espacio público destaca por estar diseñado con prioridad exclusivamente peatonal, creando zonas estanciales y juegos intergeneracionales. Huis Perrekes destaca por ser el proyecto más innovador en la integración de las personas con demencia en la vida normalizada a la escala del pueblo. La entidad posee varios edificios distribuidos en la localidad, y recientemente ha

adquirido y reformado una antigua casa en el pueblo que ha ampliado y convertido en un centro de día y estancias puntuales con un pequeño auditorio en el jardín trasero, abierto a toda la comunidad y con una programación de distintas actividades culturales y formativa muy diversas y variadas. Los 3 centros residenciales ilustran probablemente los mejores ejemplos de la vida en comunidad y el trabajo en equipo para mantener las relaciones interpersonales de las personas con demencia en su entorno de proximidad y comunidad.

Por otra parte, los proyectos del Centro de Expertos en Demencia Foton o el Ayuntamiento de Gante trabajan en distintos proyectos de sensibilización de la población hacia la demencia para romper con el estigma y favorecer la creación de entornos y buenas prácticas inclusivas con las personas con demencia, sus familiares y sus cuidadores. Aunque son 2 entidades diferenciadas -una es uno de los centros flamencos referentes en demencia y la otra es una autoridad local- se constata un trabajo complementario y sinérgico por ambas entidades para avanzar hacia la creación de ciudades más amigables con la demencia. El uso de recursos culturales y cotidianos, como los coros, los museos, las tiendas... generan una red de espacios normalizados y de apoyo mutuo con un fuerte componente de apoyo y cuidado a las relaciones interpersonales en la comunidad.

En cuanto a la legibilidad de los entornos urbanos, las 5 localidades tienen gran variedad en sus hitos y elementos simbólicos en el espacio público. En el caso de las ciudades más grandes, como Brujas, es un claro ejemplo de una legibilidad urbana muy clara e intuitiva, gracias a las grandes alturas de algunos elementos sobresalientes en la trama urbana del centro, que no suele superar las tres alturas, o los canales, que a pesar de constituir barreras físicas, ayudan a orientarse en el centro de la ciudad. Las localidades de pequeña escala también tienen una estructura clara de sendas principales y elementos visuales o simbólicos que ayudan a orientarse y a reconocer la identidad del entorno.

En cuanto a los 3 casos de estudio seleccionados en los Países Bajos, solo se han visitado 2. En primer lugar, el paradigma de la residencia De Hogeweyk, que ha constituido un referente de innovación en el mundo de los cuidados y modelo tipológico de residencia para personas viviendo con demencia. Sus espacios exteriores dentro del complejo simulan las calles típicas de cualquier otra ciudad holandesa, con elementos típicos del paisaje urbano y distintos programas y equipamientos "normalizados".

También estructurado en unidades de convivencia de pequeña escala, las viviendas se adaptan a los estilos de vida de sus residentes, favoreciendo la continuidad de sus vidas en un entorno seguro. El otro proyecto visitado, Kwiek Beweegroute, ha tenido también un gran éxito en la escala internacional y ha sido desarrollado en numerosas ciudades belgas y holandesas. El concepto es sencillo y de ejecución fácil, se trata de incorporar recorridos en el entorno urbano habitual de una localidad para que pueda ser utilizado por personas mayores (sobre todo) para realizar su rutina diaria de ejercicios físicos y paseos. Por último, el modelo de Buurtzorg aunque no ha sido visitado, sí se ha analizado y en la actualidad está siendo estudiado y replicado en múltiples ciudades en la escala nacional y adaptándose a otros contextos en el extranjero. La innovación principal es la autogestión de una cooperativa de profesionales (en este caso, enfermeras) para ofrecer servicio y apoyo a domicilio en un entorno de proximidad.

Los 3 proyectos holandeses destacan por su alto grado de innovación y el gran impacto que están teniendo en el mundo de los cuidados. En contraste con los ejemplos belgas y anglosajones, no se ha identificado un movimiento tan basado en redes de voluntariado como las comunidades “amigables con la demencia”, aunque en parte, bien puede ser por la dificultad en acceder a documentación en idioma local para obtener información de redes asociativas.

Por otra parte, las ubicaciones de los 2 proyectos analizados, en Weesp y Neunen, muestran un diseño urbano típico de Holanda, con un espacio público con prioridad peatonal, pero una jerarquía viaria y una mayor identidad en las sendas probablemente ayudaría a crear entornos más acogedores e inclusivos.

6.2. DISCUSIÓN

La presente tesis ha intentado dar respuesta a las preguntas de investigación formuladas en el primer capítulo:

- ¿Existe evidencia científica sobre criterios o elementos de planificación y de diseño urbano que mejoran la calidad de vida y la salud de las personas con demencia?

Respuesta: La revisión bibliográfica ha permitido verificar que efectivamente existen elementos de planificación y elementos de diseño urbano que no solo mejoran la calidad de vida y salud de las personas con demencia, sino que

previenen el riesgo de desarrollarla, así como de otras múltiples enfermedades crónicas que influyen en el deterioro cognitivo. Adicionalmente, se han identificado también estudios cualitativos que relacionan elementos del diseño de los espacios públicos que ayudan a crear entornos seguros para las personas con demencia y que, además, resulten familiares y legibles para ellas, condición importante para reducir estados de estrés o ansiedad.

- ¿Se están aplicando estos parámetros de diseño en los planes y propuestas de ciudades amigables con las personas mayores y ciudades adaptadas para personas con demencia? ¿Qué se está haciendo en otras ciudades europeas para adaptar las ciudades para las personas con demencia?

Respuesta: Los casos de estudio internacionales han permitido identificar buenas prácticas de comunidades o ciudades amigables con las personas con demencia en distintos contextos. Resumiendo lo que se ha comentado previamente tanto en los resultados parciales de la tercera parte como en los resultados y conclusiones, se ha identificado una sensibilización alta a nivel municipal en todos los proyectos para crear ciudades más amigables con la demencia a través de distintas estrategias:

- Nuevos centros residenciales para personas con demencia o gran dependencia basados en el modelo de pequeña escala y vida normalizada, incluso viviendas integradas en el tejido urbano.
- Espacios públicos relacionados y accesibles a estos nuevos centros, diseñados con recorridos e itinerarios peatonales y con programas funcionales variados para generar actividades significativas con la comunidad (parques intergeneracionales, coros, sala de eventos y actividades culturales, paseos de reminiscencia y patrimonio, etc.)
- Integración de nuevos programas específicos para personas con demencia en edificios históricos y simbólicos de la ciudad.
- Sensibilización de las redes de servicios públicos y privados, comercios y negocios para adaptar tanto la infraestructura física como el compromiso de las personas para ser más amigables con las personas con demencia.

- Nuevo equipamientos y programa de cuidados y para la promoción de la salud a nivel comunitario abiertos y adaptados para personas con demencia, familiares y cuidadores.

- ¿Cuáles son las necesidades más determinantes de este colectivo para mejorar su calidad de vida en las ciudades y cuál ha sido la evolución histórica en relación con los entornos urbanos?

Respuesta: Las necesidades de las personas con demencia son progresivas a lo largo de la vida y del avance de la enfermedad, afectando enormemente a las familias y cuidadores. Mantener la autonomía y la independencia de las personas con demencia con una buena calidad de vida -participando en la sociedad y pudiendo mantener sus rutinas diarias en su entorno de proximidad- es el objetivo principal en todas las estrategias que se han analizado. En la actualidad, el planteamiento del modelo biopsicosocial debe ser trasladado a la planificación urbana y al diseño de los espacios públicos de las ciudades, lo que podríamos traducir en un *modelo de Ciudad Centrada en la Persona*.

6.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Las hipótesis formuladas en el segundo capítulo han sido verificadas en parte:

Hipótesis 1: Los criterios de diseño del espacio público que se incluyen para una *ciudad amigable con las personas mayores* son insuficientes para considerar también las necesidades de las personas con demencia.

Verificación: Esta hipótesis ha sido verificada. De la revisión de la literatura científica y guías de diseño que se analizaron, se ha constatado un creciente interés por la calidad de vida y la promoción de la autonomía de las personas con demencia. Existen estudios que han comprobado el impacto positivo que tienen algunos criterios de diseño en el bienestar de la persona que normalmente no se incluyen en las recomendaciones generales de diseño de ciudades amigables con las personas mayores. No obstante, se trata de un campo de investigación reciente y con poco recorrido en planificación urbana y diseño de espacio público.

Hipótesis 2: El diseño de los espacios públicos para personas con demencia se tiene que basar complementariamente en los conceptos de *familiaridad, identidad, legibilidad, inclusión, confort, estimulación positiva y seguridad*.

Verificación: Esta hipótesis no ha sido verificada en su totalidad. La revisión de la literatura científica incluida en la tercera parte ha permitido sintetizar la evidencia científica y las recomendaciones de diseño en las tablas *Criterios de diseño del espacio público para personas con demencia* en 7 criterios que recogen y detallan los conceptos de *familiaridad, identidad, legibilidad, inclusión, confort, estimulación positiva y seguridad*. Los casos de estudio seleccionados muestran buenas prácticas en Europa que han sido analizadas desde múltiples enfoques y técnicas. No obstante, se considera insuficiente por no haber contado con un proceso participativo a través de alguna metodología que permitiera obtener puntos de vista complementarios a los de la investigadora, para poder completar la subjetividad en la percepción personal de la realidad.

En cuanto a los objetivos específicos de cada uno de los bloques establecidos, en la segunda parte de la tesis se han incluido los correspondientes al *bloque de diseño del espacio público amigable con la demencia*, en concreto:

- Identificar los parámetros y criterios de diseño que se están implementando en otros países, la revisión crítica con evidencias científicas y el estado de aplicación en proyectos concretos.
- Revisar las guías de diseño disponibles en el contexto internacional para la creación de entornos amigables con la demencia.

Por otra parte, en la tercera parte de la tesis se ha completado el objetivo del bloque previo sobre los criterios de diseño del espacio público, junto con el *bloque de vivir con demencia en la ciudad*:

- Analizar los principales criterios de diseño aplicados en los casos de estudio seleccionados en Europa, incluyendo la perspectiva del espacio público.
- Analizar las buenas prácticas de los casos de estudio seleccionados en Europa y la determinación de los factores clave necesarios a incorporar desde el planeamiento y diseño urbanos.

6.4. CONCLUSIONES

Hacia un modelo de ciudad inclusivo para las personas con demencia

La ciudad para personas con demencia constituye en la actualidad un gran reto en todos los países, y en especial, en España. Los antecedentes de la presente investigación han mostrado la progresiva evolución del modelo de cuidados en Europa y su relación con la planificación urbana. En este contexto, el modelo actual de la Atención Centrada en la Persona es el marco que guía los cuidados y apoyos para las personas con demencia, familiares y cuidadores, pero todavía existe una brecha entre las prácticas de planificación urbana y la creciente necesidad de una organización espacial más pequeña donde la escala de proximidad sea capaz de proveer de entornos urbanos y espacios públicos que cumplan con los criterios de *familiaridad, identidad, legibilidad, inclusión, confort, estimulación positiva y seguridad*, necesarios para evolucionar a un modelo de ciudad también centrada en las personas. Esta estructura física es necesaria para que las iniciativas de las “ciudades amigables con las personas mayores” o las “comunidades amigables con las personas con demencia” tengan espacios en la ciudad que permitan mantener de forma efectiva la autonomía, la independencia, las relaciones sociales, la alimentación saludable, un estilo de vida activo, y todas las recomendaciones para mejorar y optimizar las oportunidades para un buen envejecimiento, con o sin demencia.

La segunda parte de la tesis analizó el estado de la cuestión a través de una comprensión en detalle de los síntomas de la demencia y su interrelación con el diseño de los entornos físicos y, para ello, se realizó una revisión sistemática de los criterios de diseño de los espacios públicos. Del análisis documental de guías, manuales y normativa de diseño para personas con demencia se identificó sobre todo un gran desarrollo de recomendaciones para el diseño de espacios interiores y edificios específicos para personas mayores relacionados con el sector sociosanitario, y, en el mejor de los casos, con la vivienda. También existen múltiples recomendaciones para el diseño de jardines terapéuticos, por los beneficios que tienen los entornos naturales en la salud física y mental, pero son proyectos que se circunscriben a entornos asociados a un equipamiento y a un perímetro cerrado, por norma general. Finalmente, los resultados encontrados se recogieron en las tablas resumen de los criterios de diseño del espacio público presentadas al final del tercer capítulo.

La tercera parte de la tesis ha analizado un total de 12 casos de estudio, 8 de ellos en profundidad. De su análisis y comparación se identificó que el planeamiento y las políticas urbanas para vivir con demencia en la ciudad requiere la integración de los conceptos de la ciudad saludable a partir de recuperar la cualidad de la legibilidad de Lynch en una escala de proximidad, que en la mayor parte de las ciudades puede ser los barrios. Para las personas con demencia, el entorno exterior se va volviendo cada vez más confuso y es en la pequeña escala y en los entornos familiares donde pueden mantener al máximo su autonomía y calidad de vida. El proyecto de Huis Perrekes es sin lugar a duda un proyecto único en el que se consigue la continuidad de la vida a medida que van apareciendo distintas necesidades de cuidados y una mayor dependencia. La interacción e integración en la comunidad viene facilitada por el diseño de los entornos, tanto los espacios interiores como exteriores, siendo de especial relevancia los equipamientos abiertos a la comunidad, como jardines o un pabellón cultural.

La progresiva desinstitucionalización de las residencias y equipamientos específicos para personas con demencia y el aumento de servicios y cuidados a domicilio para que las personas puedan permanecer al máximo posible en sus viviendas, requiere que los espacios provean de unas cualidades espaciales y de estímulos equilibradas. En todos los Planes de Demencia se identifica la importancia de entornos urbanos accesibles y facilitadores de una vida autónoma donde la persona pueda continuar al máximo posible con su rutina diaria. En el caso de De Hogeweyk, Huis Perrekes y las residencias en Kortrijk se identifica ya una permeabilidad de las recomendaciones de la evidencia científica y las líneas generales de estos planes en la normativa municipal. Por otra parte, en Reino Unido se identifica sobre todo en la innovación del sector tecnológico integrado en el día a día para facilitar los cuidados y promover la autonomía de las personas.

La inclusión y participación en la comunidad también supone una reflexión sobre las metodologías participativas para el análisis y la formulación de propuestas que puedan tener en cuenta a las personas con demencia y sus necesidades, así como crear espacios con significado para ellos que atiendan a necesidades no satisfechas. La interpretación de esas necesidades en relación con aspectos ambientales es compleja y requiere equipos interdisciplinarios que desarrollen escalas de evaluación y herramientas de análisis relacionadas entre sí.

El análisis de los distintos casos de estudio da como resultado intuiciones para futuras investigaciones más que nueva evidencia. Pero el conocimiento generado de estos

proyectos pioneros pueden servir de inspiración para el contexto actual español, donde el Gobierno acaba de aprobar el nuevo modelo de residencias basado en el modelo de Atención Centrada en la Persona.

Existe una relación entre factores de riesgo de demencia relacionados con un estilo de vida no saludable que están condicionados por el entorno urbano (contaminación del aire, inactividad física, aislamiento social, obesidad y diabetes). Por el momento, los estudios disponibles abordan principalmente la proximidad a espacios verdes, los niveles de contaminación o de ruido de la ciudad, o los hábitos de vida saludable en cuanto a alimentación y consumo de alcohol o tabaco. En cuanto a los criterios de diseño del espacio público urbano para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia, las investigaciones se han desarrollado en contextos anglosajones principalmente, por lo que aunque se han identificado principios y recomendaciones de diseño generales, todavía es necesaria una investigación adaptada al contexto español.

El estudio piloto en el Centro de Referencia Estatal de Alzheimer del IMSERSO muestra la necesidad de un cambio cultural y organizativo para la implementación del modelo de Atención Integral Centrada en la Persona, así como entornos físicos que faciliten la aplicación del modelo. El análisis y el diagnóstico técnico ponen en evidencia las limitaciones del entorno físico para facilitar la interacción de las personas con demencia con sus familiares o con la comunidad, así como la integración de actividades significativas en entornos naturales principalmente.

El objetivo principal relacionado con la primera hipótesis era la “identificación de los parámetros y criterios de diseño o planificación que se están implementando en otros países”. La investigación realizada ha permitido obtener una visión internacional de las principales guías de diseño e investigaciones que se están llevando a cabo; sin embargo, la evidencia científica existente respecto del impacto que tienen los entornos físicos urbanos en nuestra salud, y en especial, en las personas con demencia, es casi inexistente. La prevención del deterioro cognitivo y otras enfermedades, la promoción de hábitos y un estilo de vida saludable y la mejora del bienestar y la calidad de vida a través del diseño del espacio público requiere equipos multidisciplinares que incorporen de una forma rigurosa el conocimiento existente para poder abarcar estudios en la escala urbana considerando la diversidad de factores que afectan a un envejecimiento saludable.

A nivel de gestión de la información geoespacial y datos de salud, así como indicadores urbanos, existe una gran diversidad de sistemas, formatos y áreas de análisis que hacen, a día de hoy, imposible un análisis y estudio de una correlación entre variables del entorno construido y los estudios de prevalencia de una forma comparable entre distintos territorios. Resulta igualmente evidente la necesidad de estudios longitudinales que puedan interrelacionar variables cuantitativas y cualitativas del análisis urbano con datos e indicadores relevantes de salud en cuanto a indicadores de salud mental.

La posibilidad de realizar investigaciones con la participación de personas con demencia en la ciudad requiere de la coordinación de distintos equipos de trabajo e investigadores multidisciplinares para poder gestionar las necesidades específicas de las personas a lo largo de la actividad, estar pendientes de su bienestar y fomentar su interacción. Las investigaciones identificadas muestran que los adultos jóvenes con demencia, familiares y asociaciones representantes pueden ser los agentes que pueden compartir más información. Además, las metodologías para involucrar a las personas con demencia en la participación de procesos de co-diseño requieren de un equipo multidisciplinar que pueda revisar la metodología y acompañar durante la actividad, para adaptarla a las necesidades específicas del grupo, ya que varía mucho de unas personas a otras.

Se identifica también la necesidad de una mayor inversión en investigación en estudios longitudinales donde puedan estudiarse los efectos de un entorno urbano o un cambio en el diseño en relación con la salud mental y el deterioro cognitivo. Para ello, se recomienda que los estudios puedan involucrar a las mismas personas a lo largo del tiempo, en comparación con sujetos sanos de edades similares.

A pesar de todo, la evidencia científica no es suficiente para impulsar la evolución de las políticas y ordenanzas urbanas. Si bien los nuevos proyectos que se desarrollan en las ciudades incorporan progresivamente principios de sostenibilidad y promoción de la salud, la ciudad consolidada sigue presentando múltiples carencias y desigualdades. En concreto, en España existe un gran reto en las siguientes décadas en las que la generación del *baby boom* va a requerir progresivamente más cuidados, por mucho que se promueva el envejecimiento activo.

El análisis de los casos de estudio internacionales y las entrevistas a los diferentes agentes reflejan un compromiso común por la búsqueda de comunidades y entornos que permitan una vida con significado y en relación con la comunidad. En los distintos

discursos, la importancia que se le da a la interacción de la persona con demencia con su entorno social, y lo que esa persona puede seguir aportando durante toda la vida varía notablemente, pero probablemente es en Reino Unido, y sobre todo en la región de Flandes en Bélgica, donde se identifica una mayor interacción en el trabajo de los entornos de pequeña escala con la implicación de las personas en la comunidad, aunque esto puede ser debido a la propia muestra seleccionada y proyectos visitados.

6.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las limitaciones encontradas a lo largo de la presente investigación han sido las siguientes:

En un primer momento, el objetivo era evaluar datos de salud con parámetros de diseño urbano a través de fuentes primarias o secundarias, pero se encontró una gran dificultad de obtener datos de salud comparables con un entorno urbano específico (las áreas de salud de las comunidades autónomas son distintas de las áreas de los barrios municipales, así como de las secciones censales) para plantear una investigación rigurosa con una muestra de población suficiente para relacionar la demencia con la planificación y el diseño urbano.

La selección de los casos de estudio estuvo parcialmente condicionada por el idioma, por lo que se dio prioridad a proyectos donde el idioma oficial fuese inglés o francés, aunque se han tenido que traducir documentos en neerlandés para poder consultar información local.

Los doce casos de estudio analizados son una pequeña muestra que recoge los principales proyectos de innovación identificados en solo tres países de Europa. Una mayor muestra de proyectos, incluyendo algunos países como Dinamarca, Suecia o Finlandia, hubieran sido de gran interés, por los avances en tipologías alternativas de edificios para personas mayores con demencia incorporando servicios.

La situación de emergencia sanitaria mundial por la pandemia de Covid-19 supuso terminar la estancia internacional sin poder visitar algunos proyectos adicionales identificados. Esta situación, además ha condicionado también la posibilidad de realizar talleres participativos con personas mayores con demencia, uno de los grupos de población más vulnerables y afectados por la pandemia.

El trabajo en solitario de un tema tan complejo desde la única visión de la planificación urbana ha condicionado la investigación quedándose sobre todo en un marco teórico complementado con casos de estudio a partir de visitas y entrevistas. Se pone en evidencia la necesidad de apoyar la creación de equipos interdisciplinarios que puedan trabajar conjuntamente en una mejor comprensión de la enfermedad, las necesidades no satisfechas de la persona con demencia y las necesidades de las personas cuidadoras, y su intersección con la planificación urbana y el diseño.

6.6. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Como líneas de investigación y trabajo futuras que se han identificado durante la presente investigación se enumeran las siguientes:

Concretar para el contexto español ejemplos de buenas prácticas y desarrollar casos de estudio basados en procesos participativos a nivel urbano y considerando el contexto social, climático, cultural y económico local.

El estudio del impacto de los entornos urbanos desde una aproximación que relacione la neurociencia con el diseño y parámetros ambientales, para identificar aquellos estímulos positivos en la rutina habitual de las personas en la ciudad.

El desarrollo de unidades de análisis e intersección de datos de salud y datos territoriales que permitan una caracterización más precisa y comparar con mayor precisión los parámetros e indicadores urbanos y establecer correlaciones rigurosas para poder analizar el impacto del entorno construido a lo largo de un período de tiempo prolongado.

Investigar distintas soluciones constructivas y diseño de elementos urbanos (pavimentos, mobiliario, paisajismo, iluminación, parques, esculturas, decoración...) que contribuyan a resolver las necesidades de accesibilidad universal además de favorecer la estimulación multisensorial positiva en la ciudad.

Desarrollar en profundidad y de forma participativa el análisis urbano desde la cualidad de la legibilidad, el patrimonio y el paisaje urbano, y de las calles en relación con la memoria, la orientación y la navegabilidad en personas con demencia y en comparación con otros grupos de población.

El desarrollo de planes de acción y ordenanzas reguladoras de los entornos urbanos próximos a los equipamientos públicos y, en especial, los específicos de las personas mayores.

La urgencia de un planeamiento urbano que incorpore nuevas alternativas residenciales, proyectos de regeneración urbana y la provisión de los cuidados y servicios, más allá de proyectos piloto puntuales.

RESULTS

In the light of the case studies analysed, the most significant elements of each of them are set out below:

Comparison of the selected case studies according to research objectives				
Name and type of project	Functional programmes and activities	Innovation in care	Urban/city innovation	Public space design, relationship to outdoor spaces and legibility
United Kingdom				
Newcastle-upon-Tyne, an age-friendly city	Leisure programmes and workshops for a variety of interests and audiences open to older people with dementia in the Tyne&Wear regional museum network, <i>Slow Shopping</i> movement in different shops, cinema...	Promotion and prevention: a doctor may recommend going to a museum or joining a group with related interests. Inclusive "normalised" activities: going to the cinema, shopping, art workshops, museum visits, etc. Spontaneous friendships are generated thanks to the support of some programmes.	National Centre for Innovation in Ageing. Involvement and awareness-raising of different public and private agents: voluntary actions and new inclusive services to include people with dementia.	First public building designed and certified to DSDC Stirling University standards. Consideration of the neighbourhood and its urban fabric as a setting for progressive adaptation so that people with dementia can remain in their homes/neighbourhoods. In general, there are problems of accessibility and safety in terms of the design of public space. Big difference between historic centres (with landmarks, nodes and mix of use) and suburbs.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

<p><i>Harmonia Village</i> (CASCADE, Dover), a new concept of centre for people with dementia</p>	<p>6 homes for elderly people with dementia in a housing estate with a service centre and communal areas.</p>	<p>Use of existing community services (hairdresser, doctor, shops, etc.).</p> <p>Sensors have been integrated into the homes and a new data management system has been incorporated to promote people's autonomy and improve the work of carers/nurses.</p>	<p>Urban regeneration project making use of old disused dwellings.</p> <p>The dwellings are integrated following a residential area, maintaining the same typical British housing typology.</p>	<p>The low height of the dwellings, their distribution and the existence of windows in all orientations allow a direct visual connection with the exterior space.</p> <p>The outdoor space is not treated differently from the rest of the street, and there is a strong presence of private vehicles.</p> <p>Large green area to incorporate different gardening programmes, vegetable gardens or pets and domestic animals.</p>
<p><i>Harmony House</i> (CASCADE, Rochester), respite centre</p>	<p>20 places for people with dementia or family members. Short-stay respite centre. Common collective kitchen.</p>	<p>Use of community resources: hairdressing salon, bar, local tourism, swimming pool...</p> <p>Team made up of non-health professionals, selected for their interest in and familiarity with the subject, motivation and ability to work in a team.</p> <p>Its focus is primarily on normalising life with dementia, and reducing stigma, rather than focusing on potential risks.</p>	<p>Renovation project of an old abandoned facility in a residential environment, adjacent to a social and health care centre.</p> <p>Centre equipped with sensors for monitoring and tracking people, to promote their autonomy and independence.</p> <p>The project developer and the director have been involved in the selection of materials and finishes based on the design criteria for people with dementia.</p>	<p>There is no friendly treatment of the outdoor spaces. The surrounding residents put a lot of pressure on the parking issue, so the outdoor space has been mainly used for parking.</p>

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

<i>Great Sankey Neighbourhood Hub</i> in Manchester, multifunctional community centre	Gym and fitness area, spa, swimming pool, library, study rooms, conference hall, football and tennis courts.	Time slots with minimum lighting and music levels. Specific services and treatments (e.g. oncological or psychological), sensory therapies, rehabilitation programmes, palliative care, etc.	First public facility designed and certified with a gold medal according to DSDC Stirling University standards. The interior of the building complies with the principles of design for people with dementia, e.g. lighting, contrasting surfaces, creating secluded seating areas, favouring orientation.	There is no pedestrian treatment of the outdoor spaces, which are mainly used for parking. The building's large windows allow a connection with the outside, but the outdoor spaces are not the most representative spaces of the project.
Belgium				
WZC De Weister in Aalbeke, Kortrijk; reminiscence walks and small-scale residences	Residence for elderly and highly dependent persons (46 p). Cafeteria open to the whole community. Intergenerational park in public space. Itineraries of reminiscence.	Model of person-centred care, team and community work, special emphasis is given to breaking the stigma towards people with dementia and encouraging community activities, with family members and volunteer networks. Accessible environments and integration of daily routines into the design: open kitchen with accessible worktop to participate in daily tasks. Integration of natural positive stimuli in the design of spaces and decorative elements: sculptures, pets, personal objects, sound elements...	The entrance to the centre is the meeting point of 4 itineraries that have been designed to link different points of interest and historical heritage of the city. We regularly organise walks with people from the residence and associations in Kortrijk. The centre is designed according to small-scale design principles, as well as sustainability criteria (water management, energy efficiency, etc.).	All rooms and common areas have views of the exterior, the gardens and common terraces. The public space around the centre has a pedestrian priority, with seating areas and greenery. Bike racks are also included and parking areas for private vehicles are relegated to the background. The intergenerational park incorporates elements of music and physical exercise to encourage inclusive activities and social interaction. The routes have been designed with universal accessibility in mind.
WZC De Zon in Kortrijk, small-scale residence	Residence for the elderly and highly dependent persons (96 p).	Model of person-centred care, team and community work, special emphasis is given to breaking the	The central space of the urban development - consisting of the WZC De Zon	All rooms and common areas overlook an outdoor space. The common areas have access to a covered

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

	<p>Cafeteria open to the whole community.</p> <p>Intergenerational park in public space.</p> <p>Social housing programme.</p>	<p>stigma towards people with dementia and encouraging community activities, with relatives and volunteer networks.</p> <p>Accessible environments and integration of daily routines into the design: open kitchen with accessible worktop to participate in daily tasks.</p> <p>Integration of natural positive stimuli in the design of spaces and decorative elements: sculptures, pets, personal objects, sound elements...</p>	<p>building and the residential social housing buildings - is an elongated square that provides a pedestrian connection between different areas of Kortrijk.</p> <p>The main façade has an open access to the square, and the interior corresponds to the cafeteria programme, a meeting point for the neighbourhood. In addition, the communal terraces overlook the same façade, facing south, to enjoy the views and the activity of the square.</p> <p>The centre incorporates small-scale design principles in its approach, as well as sustainability criteria in terms of energy efficiency, rainwater management, bicycle parking and deterrence of private vehicles.</p>	<p>terrace, from which you can see the park of the square.</p> <p>The public space is exclusively pedestrian in this new development, with parking and logistical circulation on the lower level, allowing a safe and accessible space for all ages.</p> <p>The intergenerational park incorporates different elements to promote inclusive activities and social interaction.</p>
<p>Ghent, a dementia friendly city</p>	<p>Open space - <i>inloophuis</i> - in the city to share information about resources available for people with dementia.</p> <p>Pilot project for a housing-container to be installed in the residential plots of elderly people, and to offer an accessible and adapted space</p>	<p>Ghent is an example of how the municipal level can contribute to raising awareness of dementia and support citizens, local authorities and care providers.</p>	<p>Not applicable for the information collected in this case study.</p>	<p>Although there is a great deal of knowledge about how to adapt centres and housing for people with dementia, measures to create adapted public spaces are not as advanced. Similarly, universal accessibility is not always met in public buildings, with the problems that this entails.</p>

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

	or for their carers to live with them.			
	Dementia awareness programmes in libraries and a mobile <i>escape room</i> for training sessions.			
Bruges, dementia-friendly city and Foton project	Socio-health care and friendly care (professional care and attention, volunteering, occupational therapy).	Great activity in awareness-raising and training at various levels: professionals, carers, family members and volunteers.	Fotonhouse space in the centre of Bruges to offer a quiet meeting space for people with dementia and carers.	Not applicable for the information collected in this case study.
	Dementia expert centre, with a documentary centre, meeting group, organisation of cultural and literary evenings and choirs.	Great activity of the choir, as a means to improve the well-being of people with dementia and reduce stigma.	An initiative to create a network of dementia-friendly businesses so that people with dementia can maintain their networks of proximity and regular businesses.	
Huis Perrekes in Osterloo, Geel; small-scale residence for people with dementia	Programme of services and support at home for people with dementia. Day centre and "villa" for temporary stays. Residence (64 p) for people with dementia. Cultural space open to the community.	The people remain integrated in the community. Each household is made up of 16 people, one of whom coordinates the daily routines. Teamwork is worked on, integrating daily routines and leisure as an inseparable part of care. People remain in the community all their lives. Multiple cultural activities are carried out in relation to other entities and agents.	The Huis Perrekes centre is divided into several dwellings integrated into the surroundings of Osterloo. The buildings are part of the urban fabric, indistinguishable from any other building in the locality. More recent extensions have created community spaces with greater contact with the community.	The new "villa" has a large back garden which remains open to the community. It is equipped with swings and play elements. Close to the older dwellings there is a green area with a vegetable garden and a small farm for the care of vegetables, in which the people living in Huis Perrekes participate. In the immediate vicinity of the buildings of Huis Perrekes
The Netherlands				
De Hogeweyk, Weesp, home for people with dementia and Alzheimer's disease.	Long-term residence for people with Alzheimer's disease or dementia.	People with Alzheimer's or dementia live in small living groups of 8 people, grouped by interests and lifestyles. People maintain a normalised and	The functional programme is organised into small-scale living units, with common facilities and services integrated into the streets (antique shops, music shops,	The outdoor spaces inside the building are designed as if they were any other public space in any city in the Netherlands. The centre has views to the outside from each of the dwellings, but the

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

		naturalised routine in a safe environment.	hairdresser, supermarket...).	views and accesses that are favoured and emphasised are those overlooking the inner courtyards.
		The various services offered by the residence are integrated into the design like a shop or city facility.	There is a diversity of programmes and designs of outdoor spaces around which the living units are organised.	The elements of street furniture are very varied, but continue with the elements that can be identified in any other public space: terraces, chairs, benches, a large chess set, fountain, cultivation tables, plaques with the name of the streets...
			Part of the programmes are open to the community for events and businesses to use (theatre/auditorium, restaurant and cafeteria). These are located in the area closest to the entrance, in the most "public" part.	
Kwiek Beweegrouten walk in Nuenen, healthy itineraries around socio-health facilities (elderly).	Itineraries of physical activity integrated in a local environment.	The care teams in a nursing home or day centre use this route to work on stretching or resistance exercises with the elderly. Older people go outside and enjoy a walk in the local environment.	The exercise routine is integrated into the local public space. The itineraries run through different public spaces along an accessible route. Replicability and scalability of the project.	Small elements (tiles, stickers, paint, etc.) are incorporated into the public space to mark the itineraries and exercises proposed at each point along the route. The equipment and elements of the public space (benches, fences, posts...) are used as a support base for the development of the exercise.
Buurtzorg in Almelo, Nurse co-operatives for social and health care services at the neighbourhood level	Socio-health care at home.	The nurses' cooperatives are self-managed and provide coverage at the neighbourhood level. People can stay in their homes with personalised services and care. Replicability and scalability of the project.	Not applicable for the information collected in this case study.	

Tabla 45. Summary of the main innovation elements of the selected case studies. Source: own elaboration.

The projects analysed show a great diversity in their typologies and forms. A total of 12 projects have been analysed, with a complete urban analysis of 8 of them. Of these projects, the vast majority are new types of residential facilities for people with dementia based on the principles of small scale and person-centred care (n=5), there are also examples of city-integrated facilities with specific programmes for people with dementia and their families and carers (n=2), as well as new innovative facilities or programmes to create inclusive environments for people with dementia in community or urban facilities (n=2), there are some that correspond to dementia-friendly initiatives at the municipal level (n=2), and finally, a project of urban micro-interventions in public space (n=1).

From the 4 case studies of Anglo-Saxon cities, a significant investment in innovation projects for new models of integrated services in the community can be identified. As we have seen, the model of care is mainly in the private sphere, and here it is also worth highlighting the work being carried out at national level by different organisations and foundations to raise public awareness so that each of the agents can contribute to creating cities that are friendlier to people with dementia. The 4 cities analysed in more detail (Newcastle-upon-Tyne, Rochester, Dover and Warrington) have dementia-friendly partnerships or communities at local level. The most relevant example is Newcastle-upon-Tyne, where the diversity of actors includes the City Council itself, but also shops and supermarkets, cinema, museums, university and a pioneering Innovation in Ageing centre, churches and parishes and cultural associations. The new models of residential services being developed within the CASCADE project are examples which, if their economic viability and positive impact on the local environment and the reactivation of urban areas are proven, are likely to be further developed in the coming years by different public-private entities and consortia. An example of this type of opportunity is the Hankey Multifunctional Centre, where an interesting opportunity has been seen in creating a new health promotion facility that is inclusive of people with dementia and innovative in offering specific services for the treatment of chronic patients.

On the other hand, in terms of adapting public spaces and creating dementia-friendly physical environments, very differentiated realities are identified. In the case of Newcastle-upon-Tyne, the city centre is the part of the city that maintains a clear legibility of space, thanks to the preservation of heritage and its renovation with current programmes, where initiatives to promote the inclusion of people with dementia have been identified (the Discovery Museum, the Grainger Market or the Tyneside Cinema are clear examples). In addition, in these urban environments, public space is also being remodelled to be

accessible to all people and the city has signposts to help with orientation and navigation in the city. In contrast, in the four cities of Newcastle, Dover, Rochester and Warrington, a high presence of the private car in public space is identified once outside the central historic core. In the immediate surroundings of new facilities and residences, this is striking given the recommendations of the design guidelines which identify the creation of wide pavements and safe pedestrian spaces as one of the fundamental requirements for the creation of safe environments. The setting of the CASCADE project centres and the Warrington facility is also striking in relation to the town centre or a denser mixed-use fabric. All 3 programmes are located away from the city centre, although in all 3 the aim is to interact with the community. Particularly in the two new centres of the CASCADE project, one of which, in the interview, highlights the interest in tourism in the area, despite the walking distance to the main points of interest in the area.

In terms of spatial legibility, this predominance of private vehicles and other infrastructure in the city has a significant impact on the existence of physical barriers that are likely to limit the ability of people with dementia to move and wander freely around the area. There is also a lack of diversity and visual elements in areas further away from the historic centre in both Dover and Rochester, as opposed to the city centre of Newcastle-upon-Tyne.

Finally, it is important to note that all projects comply with the design recommendations for dementia-friendly environments within buildings, including universal accessibility parameters, lifts, signage, visual references and use of colour. Furthermore, 2 of the projects identified (the *Great Sankey Neighbourhood Hub* and *The Catalyst* building in Newcastle-upon-Tyne) have been assessed and certified to the DSDC's *dementia-friendly* standard. However, the public and outdoor spaces are currently not considering design recommendations to facilitate the immediate vicinity environment to promote interconnection with the centre.

In Belgium, out of the 5 case studies included, 3 have been analysed in more depth. It is important to mention that the selected projects all belong to the Flemish region of Belgium. The 3 residential centres visited (WZC De Weister, WZC De Zon and Huis Perrekes) comply with the principles of the person-centred care model and what is locally identified as "small scale and normalised living for people with dementia". Of these projects, WZC De Weister and WZC De Zon have similar characteristics, both are located in small towns around Kortrijk and are residential centres organised in living units for

highly dependent or people with dementia. All spaces have access to the outdoors and green spaces in the surroundings and next to the entrances, cafés and open and welcoming environments have been created to encourage social interaction with the community. In the outdoor areas, the public space is designed with a pedestrian-only design, creating seating areas and intergenerational play areas. Huis Perrekes stands out as the most innovative project for the integration of people with dementia into normal life on a village scale. The organisation owns several buildings in the village, and has recently acquired and renovated an old house in the village, which it has extended and converted into a day and residential centre with a small auditorium in the back garden, open to the whole community and with a very diverse and varied programme of cultural and educational activities. The 3 residential centres illustrate probably the best examples of community living and teamwork to maintain the interpersonal relationships of people with dementia in their close environment and community.

On the other hand, the projects of the Foton Dementia Expertise Centre or the Ghent City Council work on different projects to raise awareness of dementia among the population in order to break the stigma and favour the creation of inclusive environments and good practices with people with dementia, their families and carers. Although they are two separate entities - one is one of the leading Flemish dementia centres and the other is a local authority - there is complementary and synergistic work by both entities to move towards the creation of more dementia-friendly cities. The use of cultural and everyday resources, such as choirs, museums, shops... generate a network of normalised and mutually supportive spaces with a strong component of support and care for interpersonal relationships in the community.

In terms of the legibility of urban environments, the 5 locations have a great variety of landmarks and symbolic elements in the public space. In the case of the larger cities, such as Bruges, it is a clear example of a very clear and intuitive urban legibility, thanks to the great heights of some prominent elements in the urban fabric of the city centre, which usually do not exceed three storeys, or the canals, which despite being physical barriers, help to orientate in the city centre. Small-scale localities also have a clear structure of main paths and visual or symbolic elements that help to orientate and recognise the identity of the surroundings.

As for the 3 case studies selected in the Netherlands, only 2 were visited. Firstly, the paradigm of the De Hogeweyk residence, which has been a benchmark of innovation in

the world of care and a typological model of a residence for people living with dementia. Its outdoor spaces within the complex simulate the typical streets of any other Dutch city, with typical elements of the urban landscape and different "standardised" programmes and facilities. Also structured in small-scale living units, the dwellings are adapted to the lifestyles of their residents, favouring the continuity of their lives in a safe environment. The other project visited, Kwiek Beweegroute, has also been very successful on an international scale and has been developed in numerous Belgian and Dutch cities. The concept is simple and easy to implement, incorporating paths into the usual urban environment of a locality so that it can be used by (mainly) older people for their daily physical exercise and walking routine. Finally, the Buurtzorg model, although not visited, has been analysed and is currently being studied and replicated in multiple cities on a national scale and adapted to other contexts abroad. The main innovation is the self-management of a co-operative of professionals (in this case, nurses) to provide service and support at home in a proximity setting.

The 3 Dutch projects stand out for their high degree of innovation and the great impact they are having on the world of care. In contrast to the Belgian and Anglo-Saxon examples, a movement based on volunteer networks has not been identified as much as the "dementia-friendly" communities, although in part this may well be due to the difficulty in accessing local language documentation to obtain information from associative networks.

On the other hand, the locations of the 2 projects analysed, in Weesp and Neunen, show a typical Dutch urban design, with public space with pedestrian priority, but a road hierarchy and a stronger identity in the footpaths would probably help to create more welcoming and inclusive environments.

DISCUSSION

This thesis has attempted to answer the research questions formulated in the first chapter:

- Is there scientific evidence on criteria or elements of planning and urban design that improve the quality of life and health of people with dementia?

Answer: The literature review has verified that there are indeed planning and urban design elements that not only improve the quality of life and health of people with dementia, but also prevent the risk of developing dementia, as well as multiple

other chronic diseases that influence cognitive impairment. In addition, qualitative studies have also identified elements of public space design that help to create safe environments for people with dementia that are familiar and legible to them, an important condition for reducing stress or anxiety.

- Are these design parameters being applied in plans and proposals for age-friendly cities and dementia-friendly cities? What is being done in other European cities to adapt cities for people with dementia?

Response: The international case studies have identified good practices of dementia-friendly communities or cities in different contexts. Summarising what has been previously discussed both in the partial results of part three and in the findings and conclusions, a high awareness at the municipal level has been identified in all projects to create more dementia-friendly cities through different strategies:

- New residential centres for people with dementia or high dependency based on the model of small scale and normalised living, including housing integrated into the urban fabric.
- Public spaces related and accessible to these new centres, designed with pedestrian routes and itineraries and with varied functional programmes to generate meaningful activities with the community (intergenerational parks, choirs, events and cultural activities hall, reminiscence and heritage walks, etc.).
- Integration of new dementia-specific programmes in historical and symbolic buildings in the city.
- Raising awareness of public and private service networks, shops and businesses to adapt both the physical infrastructure and people's commitment to be more dementia-friendly.
- New community-based care and health promotion facilities and programmes open and adapted for people with dementia, their families and carers.

- What are the most decisive needs of this group to improve their quality of life in cities and what has been the historical evolution in relation to urban environments?

Answer: The needs of people with dementia are progressive throughout life and as the disease progresses, greatly affecting families and carers. Maintaining the autonomy and independence of people with dementia with a good quality of life - participating in society and being able to maintain their daily routines in their immediate environment - is the main objective in all the strategies that have been analysed. Nowadays, the biopsychosocial model approach should be transferred to urban planning and the design of public spaces in cities, which we could translate into a *Person-Centred City model*.

HYPOTHESIS TESTING

The hypotheses formulated in the second chapter have been partly verified:

Hypothesis 1: The public space design criteria included for an *age-friendly city* are insufficient to also consider the needs of people with dementia.

Verification: This hypothesis has been verified. From the review of the scientific literature and design guidelines that were analysed, there is a growing interest in the quality of life and the promotion of autonomy of people with dementia. Studies have shown the positive impact of some design criteria on the well-being of the person that are not normally included in general recommendations for the design of age-friendly cities. However, this is a recent field of research with little research in urban planning and public space design.

Hypothesis 2: The design of public spaces for people with dementia has to be complementarily based on the concepts of *familiarity, identity, legibility, inclusion, comfort, positive stimulation and safety*.

Verification: This hypothesis has not been fully verified. The review of the scientific literature included in the third part has allowed to synthesise the scientific evidence and design recommendations in the tables *Design criteria for public space for people with dementia* in 7 criteria that collect and detail the concepts of *familiarity, identity, legibility, inclusiveness, comfort, positive stimulation and safety*. The selected case studies show good practices in Europe that have been analysed from multiple approaches and techniques. However, it is considered insufficient for not having had a participatory

process through a methodology that would have allowed to obtain complementary points of view to those of the researcher, in order to complete the subjectivity in the personal perception of reality.

As for the specific objectives of each of the established blocks, in the second part of the thesis, those corresponding to the *dementia-friendly public space design block*, in particular, have been included:

- Identify the design parameters and criteria that are being implemented in other countries, the critical review with scientific evidence and the state of application in concrete projects.
- Review design guidelines available in the international context for the creation of dementia-friendly environments.

On the other hand, the third part of the thesis has completed the objective of the previous block on design criteria for public space, together with the *block on living with dementia in the city*:

- Analyse the main design criteria applied in the selected European case studies, including the perspective of public space.
- Analysing good practice from selected case studies in Europe and identifying the key factors that need to be incorporated into urban planning and design.

CONCLUSIONS

Towards an inclusive city model for people with dementia

The city for people with dementia is currently a major challenge in all countries, especially in Spain. The background of the present research has shown the progressive evolution of the care model in Europe and its relation to urban planning. In this context, the current model of Person-Centred Care is the guiding framework for care and support for people with dementia, families and carers, but there is still a gap between urban planning practices and the growing need for a smaller spatial organisation where the scale of proximity is able to provide urban environments and public spaces that meet the criteria of *familiarity, identity, legibility, inclusion, comfort, positive stimulation and safety*, necessary to evolve to a model of a city that is also person-centred. This physical structure is necessary for "age-friendly cities" or "dementia-friendly communities" initiatives to have

spaces in the city that effectively maintain autonomy, independence, social relationships, healthy eating, an active lifestyle, and all the recommendations to enhance and optimise opportunities for ageing well, with or without dementia.

The second part of the thesis analysed the state of the art through a detailed understanding of the symptoms of dementia and their interrelationship with the design of physical environments by systematically reviewing the design criteria for public spaces. From the documentary analysis of guides, manuals and regulations on design for people with dementia, a large number of recommendations for the design of interior spaces and buildings specifically for older people related to the social and health care sector, and ideally to housing, were identified. There are also many recommendations for the design of therapeutic gardens, due to the benefits that natural environments have on physical and mental health, but these projects are generally limited to environments associated with a facility and an enclosed perimeter. Finally, the results found were collected in the summary tables of the public space design criteria presented at the end of the third chapter.

The third part of the thesis has analysed a total of 12 case studies, 8 of them in depth. From their analysis and comparison it was identified that urban planning and policies for living with dementia in the city requires the integration of the concepts of the healthy city by recovering Lynch's quality of legibility on a scale of proximity, which in most cities can be the neighbourhoods. For people with dementia, the external environment is becoming more and more confusing and it is in small scale and familiar surroundings that they can maintain their autonomy and quality of life to the maximum. The Huis Perrekes project is indeed a unique project in which continuity of life is achieved as different care needs and increased dependency emerge. Interaction and integration into the community is facilitated by the design of the environments, both indoors and outdoors, with special emphasis on community facilities such as gardens and a cultural pavilion.

The progressive deinstitutionalisation of residential homes and specific facilities for people with dementia and the increase in services and home care so that people can remain in their homes as long as possible, requires that spaces provide balanced spatial qualities and stimuli. All Dementia Plans identify the importance of accessible and enabling urban environments for independent living where the person can continue as much as possible with their daily routine. In the case of De Hogeweyk, Huis Perrekes and the residences in Kortrijk, a permeability of the recommendations of the scientific evidence and the general

lines of these plans in the municipal regulations can already be identified. On the other hand, in the United Kingdom, it is mainly identified in the innovation of the technological sector integrated in the day-to-day life to facilitate care and promote people's autonomy.

Inclusion and participation in the community also involves reflection on participatory methodologies for analysis and formulation of proposals that can take into account people with dementia and their needs, as well as creating meaningful spaces for them that address unmet needs. The interpretation of these needs in relation to environmental aspects is complex and requires interdisciplinary teams to develop related assessment scales and tools of analysis.

The analysis of the different case studies results in intuitions for future research rather than new evidence. But the knowledge generated from these pioneering projects can serve as inspiration for the current Spanish context, where the government has just approved the new model of care homes based on the Person-Centred Care model.

There is a link between dementia risk factors related to an unhealthy lifestyle that are conditioned by the urban environment (air pollution, physical inactivity, social isolation, obesity and diabetes). For the time being, available studies mainly address proximity to green spaces, pollution or noise levels in the city, or healthy lifestyle habits in terms of diet and alcohol or tobacco consumption. Regarding the design criteria of urban public space to improve the quality of life of people with dementia, research has mainly been carried out in Anglo-Saxon contexts, so although general design principles and recommendations have been identified, research adapted to the Spanish context is still needed.

The pilot study at the IMSERSO State Reference Centre for Alzheimer's Disease shows the need for a cultural and organisational change for the implementation of the Person-Centred Integrated Care model, as well as physical environments that facilitate the application of the model. The analysis and technical diagnosis highlight the limitations of the physical environment to facilitate the interaction of people with dementia with their relatives or with the community, as well as the integration of meaningful activities mainly in natural environments.

The main objective related to the first hypothesis was the "identification of design or planning parameters and criteria that are being implemented in other countries". The research conducted has provided an international overview of the main design guidelines and research being carried out; however, the existing scientific evidence regarding the

impact of urban physical environments on our health, and especially on people with dementia, is almost non-existent. The prevention of cognitive decline and other diseases, the promotion of healthy habits and lifestyles, and the improvement of well-being and quality of life through the design of public space requires multidisciplinary teams to rigorously incorporate existing knowledge in order to cover studies at the urban scale considering the diversity of factors that affect healthy ageing.

At the level of management of geospatial information and health data, as well as urban indicators, there is a great diversity of systems, formats and areas of analysis that make it impossible to analyse and study a correlation between variables of the built environment and prevalence studies in a comparable way between different territories. The need for longitudinal studies that can interrelate quantitative and qualitative variables of urban analysis with relevant health data and indicators in terms of mental health indicators is equally evident.

The possibility of conducting research involving people with dementia in the city requires the coordination of different working teams and multidisciplinary researchers in order to manage the specific needs of people throughout the activity, to be attentive to their well-being and to encourage their interaction. The research identified shows that young adults with dementia, family members and representative associations may be the actors who can share the most information. In addition, methodologies for involving people with dementia in co-design processes require a multidisciplinary team that can review the methodology and accompany them during the activity, to adapt it to the specific needs of the group, as it varies greatly from one person to another.

It also identifies the need for more research investment in longitudinal studies where the effects of an urban environment or design change on mental health and cognitive decline can be studied. To this end, it is recommended that studies can involve the same people over time, compared to healthy subjects of similar age.

Nevertheless, scientific evidence is not sufficient to drive the evolution of urban policies and by-laws. Although the new projects being developed in cities are progressively incorporating principles of sustainability and health promotion, the consolidated city continues to present multiple shortcomings and inequalities. Specifically, in Spain there is a great challenge in the coming decades in which the *baby boom generation* will require progressively more care, however much active ageing is promoted.

The analysis of the international case studies and the interviews with the different actors reflect a common commitment to the search for communities and environments that enable a meaningful life in relationship with the community. Across the different discourses, the importance given to the interaction of the person with dementia with their social environment, and what that person can continue to contribute throughout life varies markedly, but it is probably in the UK, and particularly in the Flanders region of Belgium, where more interaction is identified in the work of small-scale settings with the involvement of people in the community, although this may be due to the very sample selected and projects visited.

LIMITATIONS OF THE RESEARCH

The limitations encountered during the course of this research were as follows:

Initially, the aim was to assess health data with urban design parameters through primary or secondary sources, but it was very difficult to obtain comparable health data with a specific urban setting (health areas of autonomous communities are different from municipal neighbourhood areas as well as census tracts) to conduct a rigorous investigation with a sufficient population sample to relate dementia to urban planning and design.

The selection of case studies was partly conditioned by language, so priority was given to projects where the official language was English or French, although Dutch documents had to be translated in order to be able to consult local information.

The twelve case studies analysed are a small sample of the main innovation projects identified in only three European countries. A larger sample of projects, including some countries such as Denmark, Sweden or Finland, would have been of great interest, because of the advances in alternative building typologies for older people with dementia incorporating services.

The global health emergency due to the Covid-19 pandemic meant that the international stay ended without being able to visit some of the additional projects identified. This situation has also conditioned the possibility of carrying out participatory workshops with elderly people with dementia, one of the most vulnerable population groups affected by the pandemic.

Working alone on such a complex topic from the sole viewpoint of urban planning has conditioned the research, remaining mainly a theoretical framework complemented by case studies from visits and interviews. It highlights the need to support the creation of interdisciplinary teams that can work together to better understand the disease, the unmet needs of the person with dementia and the needs of carers, and their intersection with urban planning and design.

FUTURE LINES OF RESEARCH

The following lines of future research and work have been identified during this research:

To specify for the Spanish context examples of good practices and develop case studies based on participatory processes at urban level and considering the local social, climatic, cultural and economic context.

The study of the impact of urban environments from an approach that relates neuroscience with design and environmental parameters, in order to identify those positive stimuli in the usual routine of people in the city.

The development of units of analysis and intersection of health and territorial data to allow for a more accurate characterisation and more precise comparison of urban parameters and indicators and to establish rigorous correlations to be able to analyse the impact of the built environment over an extended period of time.

To investigate different constructive solutions and design of urban elements (paving, furniture, landscaping, lighting, parks, sculptures, decoration...) that contribute to solving the needs of universal accessibility as well as favouring positive multisensory stimulation in the city.

To develop in depth and in a participatory way the urban analysis from the quality of legibility, heritage and urban landscape, and of streets in relation to memory, orientation and navigability in people with dementia and in comparison with other population groups.

The development of action plans and by-laws regulating urban environments near public facilities and, in particular, those specific to the elderly.

The urgency of urban planning that incorporates new residential alternatives, urban regeneration projects and the provision of care and services, beyond one-off pilot projects.

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

CAPÍTULO 7. RESULTADOS CIENTÍFICOS Y MÉRITOS DURANTE EL PERÍODO DE INVESTIGACIÓN (2018 – 2022)

Libros, artículos y publicaciones

Pozo Menéndez E. e Higuera García E. (2022). "Best Practices from Eight European Dementia-Friendly Study Cases of Innovation" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, no. 21: 14233. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph192114233>

Pozo Menéndez E. e Higuera García E. (2022) (eds). *Urban Design for Age-Friendly Environments Across Europe: North and South*. Future City Series, vol 19. Springer, Cham. Disponible en: <https://link.springer.com/book/9783030938741>

Pozo Menéndez, E. (2022). "Greenery Urban Design for Good Mental Health. Analysis of a Vulnerable District of Madrid". en: Pozo Menéndez, E., Higuera García, E. (eds) *Urban Design and Planning for Age-Friendly Environments Across Europe: North and South*. Future City, vol 19. Springer, Cham. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-93875-8_14

Pozo Menéndez, E. (2022). "Eleven Study Cases Across Europe". In: Pozo Menéndez, E., Higuera García, E. (eds) *Urban Design and Planning for Age-Friendly Environments Across Europe: North and South*. Future City, vol 19. Springer, Cham. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-93875-8_19

Pozo Menéndez, E., Higuera García, E. (2022). "Learning and General Principles for Healthy and Inclusive Design Considering Regional Context". In: Pozo Menéndez, E., Higuera García, E. (eds) *Urban Design and Planning for Age-Friendly Environments Across Europe: North and South*. Future City, vol 19. Springer, Cham. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-93875-8_20

Higuera García E., Pozo Menéndez E., Moneo Fedduchi B. y Brock J. "Ordenación territorial desde la infraestructura verde y azul en el Valle de Guatimar (Colombia)" *Revista Brasileira de Gestão Urbana*. URBE. URBE-2021-0284. ISSN 2175-3369 / www.scielo.br/urbe. Aceptada 19-05-2022.

García-González C., Higuera-García E., Gamazo-Gallego C., Pozo-Menéndez E. y Román López E. (2022) "Prevención en salud desde el diseño del espacio público. El proyecto URB_HealthS como experiencia de transferencia de conocimiento". *Ciudades*, 25. pp. 59-78. Instituto Universitario de Urbanística. Universidad de Valladolid. ISSN-E: 2445-3943. <https://iuu.uva.es/journal/issues-list/ciudades-25/>

Rosa R. (2022) "Transformación de la antigua Fábrica de Clesa. Propuesta de Fábrica Circular por mita atelier". *METALOCUS*. Disponible en:

<https://www.metalocus.es/es/noticias/transformacion-de-la-antigua-fabrica-de-clesa-propuesta-de-fabrica-circular-por-mita-atelier>

Lucía Bentué, Elisa Pozo, Pablo Gómez y Francisco Gómez (2022) “Concurso para rehabilitar la fábrica de Clesa en Madrid” *Arquitectura Viva*. Disponible en: <https://arquitecturaviva.com/obras/concurso-para-rehabilitar-de-la-fabrica-de-clesa-en-madrid>

Pozo Menéndez E. (2021) “Reseña de Envejecimiento de la población y cambio climático. Vulnerabilidad y resiliencia desde la Gerontología Ambiental”. *Cuadernos Geográficos* 60 (1), 315-317. DOI: <http://dx.doi.org/10.30827/cuadgeo.v60i1.17020>

Pozo Menéndez E. and Higuera García E. (2021) “Urban Sustainability Versus the Impact of Covid-19. A Madrid study case”. *disP - The Planning Review*, Volume 56, Issue 4. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.1080/02513625.2020.1906059>

Carpio-Pinedo, J., Pozo Menéndez, E., Lamíquiz Daudén, F.J. et al. (2021) “When a city must be a tree: rethinking the spatial approach to fighting epidemics based on the notion of ‘intermediate confinement’”. *Urban Design International*. <https://doi.org/10.1057/s41289-021-00160-y>

María Trinidad García-Valdez, Diego Sánchez-González, Rosario Román-Pérez; Elisa Pozo-Menendez, “Problemas de accesibilidad del espacio público y aislamiento social de personas mayores con discapacidad en Hermosillo, México”. *Revista de Geografía Norte Grande*, <http://ojs.uc.cl/index.php/RGNG>. Aceptada 23-09-2021

Pozo Menéndez E., Gómez V. e Higuera E. (2021) Las zonas verdes y la población mayor en Madrid: bienestar, salud mental e inclusión. *READAP*.

Pozo Menéndez E. e Higuera García E. (2021) “Barrios saludables para el envejecimiento activo: la ciudad de 15 minutos para todas las edades” en *Foro 15-Minute City and Health*. (publicación pendiente).

Pozo Menéndez (2020) “Evaluación del espacio público para un envejecimiento activo en España: estudio de caso en las 3 ciudades más pobladas” *Territorios en Formación*, 18, pp.3-21. [doi:10.20868/tf.2020.18.4599](https://doi.org/10.20868/tf.2020.18.4599)

Higuera García E. y Pozo Menéndez E. (2020) “Urbanismo y salud: ¿Son las ciudades europeas resilientes a las pandemias?” *The Conversation*. Publicado el 23 de abril de 2020. Disponible en: <https://theconversation.com/urbanismo-y-salud-son-las-ciudades-europeas-resilientes-a-las-pandemias-136758>

Moneo B., Higuera E. y Pozo E. (2020) “Ahora que hemos conocido Madrid sin contaminación”: el manifiesto de tres arquitectas para una ciudad ‘postcovid’. *El País*. Publicado el 23 de abril de 2020. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2020/04/21/icon_design/1587498287_556833.html

Pozo Menéndez E. e Higuera García E. (2020) Residencias, viviendas y ciudades donde envejecer con salud”. *The Conversation*. Publicado el 6 de mayo de 2020. <https://theconversation.com/residencias-viviendas-y-ciudades-donde-envejecer-con-salud-137820>

Pozo Menéndez E. (2020) “Sketches from Spain: Finding inspiration on informal care community networks”. *Blog Housing LIN*. Publicado el 7 de julio de 2020. <https://www.housinglin.org.uk/blogs/Sketches-from-Spain-Finding-inspiration-on-informal-care-community-networks/>

Simón Rojo M., Pozo Menéndez E. e Higuera García E. (2020) “El acceso a los parques, ¿también al alcance de las personas mayores?”. *The Conversation*. Publicado el 17 de agosto de 2020. <https://theconversation.com/el-acceso-a-los-parques-tambien-al-alcance-de-las-personas-mayores-144223>

Pozo Menéndez (2020). “Sal y salud. Poblaciones y territorios” en *Cuadernos de Investigación Urbanística*, 128. DOI: 10.20868/ciur.2020.128.4393

Congresos, ponencias y seminarios

Pozo Menéndez E. y Cambra Rufino L. (2022) “Learning from Person-Centred Care Model in Belgian Elderly Care Homes during first wave of Covid-19”. *ARCH 22 Enabling health, care and well-being through design research*. 22-24 Agosto 2022. Delft, Países Bajos.

Pozo Menéndez E., Cambra Rufino L., Bentué Gómez L. (2022) “El proceso de Diseño Basado en Evidencias para la adaptación de los centros del IMSERSO al modelo AICP”. Ponente invitada en *Sesiones periódicas de difusión del conocimiento*. IMSERSO. 6 Abril 2022. Online.

Pozo Menéndez E. (2022). “Ideas transformadoras para un urbanismo sostenible”. *Rivas en la encrucijada: jornadas para compartir ideas sobre una ciudad sostenible*. 14 Marzo 2022. Online. Disponible en: <https://www.diariderivas.es/urbanismo-inmobiliario-desarrollo-sostenible-rivas/>

Bentué L., Pozo E., Marto B. y Baladrón A. (2022). “Concurso para rehabilitar la Fábrica de Clesa en Madrid”. Ponente invitada Sección de Arquitectura. Ateneo de Madrid. 17 Marzo 2022, Madrid.

Higuera García E. y Pozo Menéndez E. (2021). “Espacios urbanos saludables en los barrios residenciales”. Ponente invitada en *XII European Congress on Energy Efficiency and Sustainability in Architecture and Planning (EESAP12)*, 29-30 Septiembre, Bilbao.

Pozo Menéndez E. (2020). “Communitary care and healthy ageing in vulnerable neighbourhoods. Study case: project Mercado Habitado (Reinventing Cities Madrid - Spain)”. Ponente invitada en la sesión *CollaborAGE: Community-led Housing and*

Lifelong Neighbourhoods. Housing LIN – Summit 2020. HAPPI awareness week. 7-11 Diciembre 2020.
<https://www.housinglin.org.uk/HLINSummit2020/agenda/collaborage-community-led-housing-and-lifelong-neighbourhoods/>

Pozo Menéndez E. (2021). Ponente invitada en la sesión Enfoque técnico-arquitectónico. Encuentros en Ponga. *Encuentro Estatal de Espacios Colaborativos del Principado de Asturias* 23-30 Septiembre 2021. <http://encuentrosenponga.es/>

Foro 15-minute City and Health (2021) Moderadora. Bloque Salud y Focus Group B. 22 y 23 de junio 2020. Universidad Politécnica de Madrid.

Pozo Menéndez E. (2021) Ponente invitada “Multicriteria tools for analysis and indicator systems”, “Best practices: integral health plans and European guidelines”, “Case Study: presentation of UNI-Health project”, “Health, well-being and equity: inclusive and healthy environments” en el master Urban Planning. Department of Urban Design and Regional Planning. Faculty of Architecture. Gdansk University of Technology. 4 horas. Semestre de Verano marzo-mayo 2020. (formato online)

Mesa de debate “Ciudades en constante reciclaje”. Ponente invitada en *Jornada sobre Economía Circular* 15 de noviembre. elDiario.es. <https://youtu.be/ywJb1dSBDuo>

Pozo Menéndez E. (2021) “Resiliencia en las residencias: calidad de vida pese a las circunstancias. Aprendizajes de tres estudios de caso de residencias belgas”. II Congreso Virtual de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Nuevos retos para el envejecimiento. COM 504. Selección por pares.

Encuentro digital “Ciudades Sostenibles”. Ponente invitada. elDiario.es. https://www.eldiario.es/eventos/ciudades-sostenibles-conversacion-debatir-modelo-urbes-futuro_1_8109425.html

Gallego Gamazo C., Pozo Menéndez E., Román López E. e Higuera García E. (2021) “Urb healths: Programa de formación de técnicos municipales en salud urbana” en *Seminario Latinoamericano. Áreas metropolitanas. Salud territorial e incertidumbre.* 1 y 2 de octubre 2020.

Pozo Menéndez E. (2021). “Plan Director de la Bicicleta de Valladolid”. Ponente invitada en *Jornadas Valladolid Resiliente.*

Pozo Menéndez E. (2020) UNI-versity Exchange program creating UNiquel Learning environments for urban HEALTH. Ponente invitada Smart cities for ageing societies – multidisciplinary seminar. 4u+ European University Alliance. http://coin.wne.uw.edu.pl/gkula/Smart_cities_for_ageing_societies.htm

Pozo Menéndez E. (2020). “Le vieillissement actif dans un quartier vulnérable à Madrid”. Investigadora invitada. Université Gustave Eiffel - ESIEE Paris

- Profesora en el Taller en la asignatura “Planificación Ambiental y Salud” del Máster Universitario en Planeamiento Urbano y Territorial (MUPUT) Universidad Politécnica de Madrid. 4,5 ECTS. Diciembre 2020.
- Higueras García E. y Pozo Menéndez E. (2020) “Presentación proyecto URBS-HEALTHS” en Salud urbana de los barrios madrileños. Ateneo de Madrid- Sección de Arquitectura. 7 de julio 2020.
- Pozo Menéndez E. (2020). Ponente invitada en Ciudad, salud y confort, calidad del aire y eficiencia de los sistemas. *Delegación en Gipuzkoa del Colegio Oficial de Arquitectos Vasco-Navarro*. 28-29 septiembre 2020, Donostia-San Sebastián (formato online).
- “Jornada sobre urbanismo de emergencia” (2020). Moderadora. Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid. Universidad Politécnica de Madrid (formato online)
- Pozo Menéndez E. (2020) “Urbanismo táctico. Ensayo, error y solución, la estrategia que funciona en el mundo”. Ponente invitada en *I Jornadas de Movilidad Sostenible*. elDiario.es https://www.eldiario.es/i-jornadas-de-movilidad-sostenible/urbanismo-tactico-ensayo-error-solucion-estrategia-funciona-mundo_1_6441635.html
- Pozo Menéndez E. (2020) Sobre diseño y urbanismo táctico en di_mad_di_álogos. 11 de junio 2020. (formato online) https://dimad.org/di_alogos-sobre-diseno-y-urbanismo-tactico/
- Pozo-Menéndez E., Gallego-Gamazo C., Román-López E., Higueras-García E. (2019). “UNI-Health, Programa Europeo de Innovación Educativa para la Salud Urbana”. *VII Jornadas sobre Innovación Docente en Arquitectura*. 14-15 noviembre de 2019, Madrid.
- Pozo Menéndez E. (2019) Ponente invitada en la Sesión paralela 2: nuevos cuidados a medida de los usuarios y sus familias-cuidadores. *VII Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida*. 29-30 de octubre de 2019.
- Pozo Menéndez E. (2019) Asistencia y ponente proyecto UNI-Health en EIT Health Summit 2019. 2-3 diciembre 2019, París.
- Pozo Menéndez E. (2019) *UNI-Health. Urban Health and natural environments. EIT Health Innovative Education program*. 30 septiembre – 4 octubre de 2019. Newcastle-upon-Tyne.
- Pozo Menéndez E. (2019). ‘Data visualisation in urban environments. Applied examples. Visual programming’. *Seminarios asociados al proyecto UNI-Health*. febrero-abril 2019.

Otros resultados

GATE (2020-2022) "Healthy Urban Design for Active Ageing". Diseño de Laboratorios Virtuales. GATE-UPM. Videojuego para estudiantes de grado y posgrado: salud urbana, envejecimiento activo y diseño del espacio público, innovación para el departamento de Urbanística y Ordenación Territorial y la UPM. Convocatoria competitiva interna UPM. Equipo: Ester Higuera y Emilia Román. Disponible en:

Formación complementaria

2021 *Introducción al Envejecimiento para Innovadores*. Centro Internacional sobre el Envejecimiento (CENIE) y National Innovation Centre of Ageing (NICA). (2 horas)

2020 *Understanding Dementia MOOC*. Wicking Dementia Research and Education Centre. University of Tasmania (Australia)

2020 *Preventing Dementia MOOC*. Wicking Dementia Research and Education Centre. University of Tasmania (Australia)

2020 *Especialización Intersection of Dementia + Design* - Dementia Services Development Centre (DSDC) Stirling

2019 *Curso de especialización en Envejecimiento Activo, Calidad de Vida y Género* – CSIC

2019 *Especialización Ciudad o Comunidad Amigable con las Personas Mayores* – IMSERSO

2019 *Encuentro: urbanismo para una ciudad más sana, envejecimiento activo XXIX* Edición de la escuela de salud pública de Menorca. 20 y 21 de septiembre de 2019. Lazaret de Maó (Menorca).

2018 *Curso de Especialización en geología médica. Elementos trazo: geología, salud e impacto social*. Asociación Internacional de Geología Médica IMGA. Universidad de Salamanca. 11 de noviembre 2018. (8 horas).

Becas, premios y otros méritos

Durante el desarrollo de la presente investigación, se han obtenido los siguientes reconocimientos:

2022 Seleccionada en la 4ª posición en la segunda edición del listado "35 under 35" de Madrid World Capital Communication MWCC y Global Shapers Hub Madrid. <https://www.madridwcc.com/mwcc-y-global-shapers-madrid-publican-el-listado-de-la-segunda-edicion-35-under-35/>

2021 Mención Honorífica en *Epidemic Urbanism Initiative Design Competition. Designing for Health and Equity: Supporting Vulnerable Communities in the Post-Pandemic Age. Category Senior Housing*. (2021) <https://youtu.be/uPfZRaN7vqE>

2021 Segundo premio en Reinventing Cities II (C40 y Ayuntamiento de Madrid): Fábrica Clesa. *Fábrica Circular*, Madrid (2021). <https://estrategiaurbana.madrid.es/ganadores-reinventing-2/>

2020 Tercer Premio Solidaridad Madrid V Convocatoria Premios Talento Joven - Carné Joven Comunidad de Madrid (2020) <https://youtu.be/qbwN9lj2g48>

2020 Primer Premio Urban Add-Ons Ford Challenge Competition “Urban Add-Ons” (2020) <https://youtu.be/rD8qaDuzN8w>

2020 Mención Bienal Colombiana de Arquitectura y Urbanismo (2020) Proyecto Piloto de Nueva Centralidad para el Área Metropolitana de Bucaramanga en el Valle de Guatiguará y el Núcleo Urbano de Piedecuesta. Código OU-074032. Equipo: Área Metropolitana de Bucaramanga, Universidad Santo Tomás, MoneoBrock Studio, Ester Higuera García y Elisa Pozo Menéndez. <https://arqa.com/actualidad/noticias/preyectos-finalistas-xxvii-bcau.html>

2019 Primer Premio Reinventing Cities (C40 y Ayuntamiento de Madrid): Mercado Habitado en Orcasur, Madrid (2019). Equipo Laboratorio Sur. <https://www.c40reinventingcities.org/en/professionals/winning-projects/mercado-de-orcasur-1287.html>

2019 Primer Premio Reinventing Cities I (C40 y Ayuntamiento de Madrid): Tercer Sonido, Villaverde, Madrid (2019). Equipo Laboratorio Sur. <https://www.c40reinventingcities.org/en/professionals/winning-projects/villaverde-1295.html>

2019 Beca de Innovación Educativa Proyecto IE1819.0305. Proyecto PARSU-SS Aprendizaje en retos de Sostenibilidad Urbana: retos de salud y retos sociales. Grupo de Innovación Educativa GIE-UNWW. <https://oa.upm.es/63279/>

2018 Beca Instituto Juan de Herrera (ETSAM) Elaboración de unos criterios generales sobre parámetros de diseño urbano que permitan lograr los objetivos e una ciudad saludable establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Equipo de trabajo: José Fariña Tojo, Ester Higuera García y Emilia Román López. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y la Federación Española de Municipios y Provincias. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ImplementacionLocal/Ciudad_urbanismo_y_salud.pdf

LA CIUDAD PARA PERSONAS CON DEMENCIA. METODOLOGÍA PARA INTEGRAR EL DISEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CIUDADES EUROPEAS

CAPÍTULO 8. BIBLIOGRAFIA

- Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, P. R. R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España 2019. *Envejecimiento En Red*, 22, 38. Retrieved from <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
- Abellán García, A., Aceituno Nieto, M. del P., Ramiro Fariñas, D., & Castillo Belmonte, A. B. (2021). Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. *Informes Envejecimiento En Red*, (27), 1–24. Retrieved from <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf>
- Affairs, E. C. D.-G. for E. and F. (2016). *Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability. Volume 1.* (European Union, Ed.). Publications Office. <https://doi.org/doi/10.2765/680422>
- Aiudo. (2020). Los diferentes modelos de cuidados de ancianos en Europa. Retrieved June 27, 2022, from <https://aiudo.es/cuidado-de-ancianos-europa/>
- Alaba, J. (2016). Matia Fundazioa Blog. Retrieved June 21, 2021, from <https://www.matiafundazioa.eus/es/blog/calidad-de-vida-y-calidad-de-cuidados-al-final-de-la-vida>
- Almeida, J. C., Mateus, P., & Tomé, G. (2017). *Joint Action on Mental Health and Well-being. Towards community-based and socially inclusive mental health care.* Retrieved from https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-02/2017_towardsmhcare_en_0.pdf
- Altman, I., & Rogoff, B. (1986). World view in psychology: trait interactionist, organismic and transactional approaches. In *Handbook of Environmental Psychology*. New York: Wiley.
- Alty, J., Farrow, M., & Lawler, K. (2020). Exercise and dementia prevention. *Practical Neurology*, 20(3), 234–240. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2019-002335>
- Alzheimer's Association. (n.d.). ¿Qué es la demencia? Retrieved June 22, 2021, from <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-demencia>
- Alzheimer's Association. (2022). 2022 Alzheimer's Disease. *Facts and Figures*.
- Alzheimer's Disease International. (n.d.). WHO Global action plan on dementia. Retrieved July 22, 2022, from <https://www.alzint.org/what-we-do/partnerships/world-health-organization/who-global-plan-on-dementia/>
- Alzheimer's Disease International. (2017). *Dementia Friendly Communities Global developments*. London. Retrieved from www.alz.co.uk/DFC
- Alzheimer's Disease International. (2021). Dementia plans. Retrieved September 7, 2022, from <https://www.alzint.org/what-we-do/policy/dementia-plans/>

- Alzheimer's Research UK. (2018). Global prevalence. Dementia Statistics Hub. Retrieved April 22, 2021, from <https://www.dementiastatistics.org/statistics/global-prevalence/>
- Alzheimer's Society. (n.d.). List of Dementia Friendly Communities. Retrieved September 8, 2022, from <https://www.dementiafriends.org.uk/>
- Alzheimer's Society. (2013). Building dementia-friendly communities: a priority for everyone. *Alzheimer's Society*, 96. Retrieved from https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/1916/building_dementia_friendly_communities_a_priority_for_everyone.pdfhttp://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=1916%5Cnhttp://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_inf
- Alzheimer's Society. (2022). Dementia-friendly communities. Retrieved September 8, 2022, from <https://www.alzheimers.org.uk/get-involved/dementia-friendly-communities/what-dementia-friendly-community>
- Alzheimer Disease international. (2016). Dementia Friendly Communities - Key principles. *Alzheimer's Disease International, London.*, 16. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/dfc-principles.pdf>
- Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Luxembourg. Retrieved from https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf
- Alzheimer Scotland Action on Dementia. (2001). *Creating dementia-friendly communities: a guide*. (Alzheimer Scotland, Ed.). Edinburgh.
- Alzheimers.gov. (n.d.). ¿Qué es la demencia con cuerpos de Lewy? Retrieved July 6, 2022, from <https://www.alzheimers.gov/es/alzheimer-demencias/demencia-cuerpos-lewy>
- Amarista, F. J. (2002). Demencia. *Gaceta Médica de Caracas*, 110(3), 310–317. Retrieved from http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622002000300003&nrm=iso
- Amela, V. M. (2020, November 2). El Alzheimer es hoy una pandemia estructural. *La Vanguardia*. Retrieved from <https://www.lavanguardia.com/lacontra/20201102/49151684154/el-alzheimer-es-hoy-una-pandemia-estructural.html>
- APPG on Dementia. (2015). *Hidden No More: Dementia and disability*. Retrieved from https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/2019-06/APPG_on_Dementia_2019_report_Hidden_no_more_dementia_and_disability_media.pdf
- Audenhove, C. van, Declercq, A., Coster, I. De, Spruytte, N., Molenberghs, C., & Van den Heuvel, B. (2003). *Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie*. Amberes/Apeldoorn: LUCAS & Garant.
- Ayuntamiento de Barcelona. (2020). Protegemos las Escuelas. Barcelona. Retrieved from <https://ajuntament.barcelona.cat/ecologiaurbana/es/que-hacemos-y->

porque/urbanismo-para-los-barrios/protegemos-escuelas

Ayuntamiento de Madrid. (2018). Calle escolar. Ordenanza de Movilidad Sostenible. Madrid. Retrieved from <https://estrategiaurbana.madrid.es/entornos-escolares/>

Banco Interamericano de Desarrollo. (2015). ¿Qué son las supermanzanas y cómo benefician a las ciudades? Retrieved July 5, 2022, from <https://blogs.iadb.org/ciudades-sostenibles/es/supermanzanas/>

Baquero Larriva, M. T. (2021). *Confort térmico y acústico para la tercera edad en espacios públicos de la ciudad consolidada del clima mediterráneo continental. Caso de estudio barrio Arapiles, Madrid*. Universidad Politécnica de Madrid.

Barcelona Agencia Ecología Urbana. (2016). *Elaboración de un sistema de indicadores de aplicación para toda la ciudad de Barcelona*. Retrieved from <http://bcnecologia.net/es/proyectos/elaboracion-de-un-sistema-de-indicadores-de-aplicacion-para-toda-la-ciudad-de-barcelona>

Barrett, P., Sharma, M., & Zeisel, J. (2019a). Optimal spaces for those living with dementia: principles and evidence. *Building Research and Information*, 47(6), 734–746. <https://doi.org/10.1080/09613218.2018.1489473>

Barrett, P., Sharma, M., & Zeisel, J. (2019b). Optimal spaces for those living with dementia: principles and evidence. *Building Research and Information*, 47(6), 734–746. <https://doi.org/10.1080/09613218.2018.1489473>

Barrio, E. del, García, A., Tomasena, A., Buiza, C., Arriola, E., Afagi3, A., ... Díaz-Veiga, P. (2019). Friendly Basque Country: Actions for promote dementia friendly communities. In *19th International Conference on Integrated Care, 1-3 April 2019* (pp. 1–8). San Sebastián: International Journal of Integrated Care. Retrieved from doi: [dx.doi.org/10.5334/ijic.s3611](https://doi.org/10.5334/ijic.s3611)

Bedimo-Rung, A. L., J.Mowen, A., & A.Cohen, D. (2005). The significance of parks to physical activity and public health: A conceptual model. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2–2), 159–168. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.10.024>

Berkman, L. F., Kawachi, I., & Glymour, M. M. (Eds.). (2014, July 1). *Social Epidemiology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780195377903.001.0001>

Bernales, A. J. (2021). *Evaluación de las condiciones de habitabilidad del adulto mayor, en las viviendas autoconstruidas en el hábitat informal de los cerros de Valparaíso*. Universidad de Chile.

Bicycle Dutch. (2014). 100 years of recreational cycle path building. Retrieved October 22, 2022, from <https://bicycledutch.wordpress.com/2014/03/13/100-years-of-cycle-path-building/>

Bilsen, H. P. J. G. van. (2016). Lessons to be learned from the oldest community psychiatric service in the world: Geel in Belgium. *BJPsych Bulletin*, 40(4), 207–211. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.051631>

Blackman, T., Mitchell, L., Burton, E., Jenks, M., Parsons, M., Raman, S., & Williams, K.

- (2003). The accessibility of public spaces for people with dementia: A new priority for the "open city." *Disability and Society*. <https://doi.org/10.1080/0968759032000052914>
- Blackman, T., van Schaik, P., & Martyr, A. (2007). Outdoor environments for people with dementia: An exploratory study using virtual reality. *Ageing and Society*, 27(6), 811–825. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006253>
- Blanco Velasco, M. C., Montero Lancho, A., Redondo Rivera, O., & Santiago Villares, G. (2016). *Manual de accesibilidad para espacios públicos urbanizados del Ayuntamiento de Madrid*. Madrid. Retrieved from <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UrbanismoVivienda/Urbanismo/PUBLICACIONES/Manual de accesibilidad en la web/Manual accesibilidad para espacios públicos urbanizados 2016.pdf>
- Bonafont, A. (2020). *Atención centrada en la persona: Historia de Vida y Plan Personalizado de Atención y de Apoyo al Proyecto de Vida*. Retrieved from <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/atencion-centrada-en-la-persona-historia-de-vida-y-plan-personalizado-de-atencion-y-de-apoyo-al-proyecto-de-vida/>
- BrainXChange. (n.d.). Young Onset Dementia. Retrieved May 18, 2021, from <https://brainxchange.ca/Public/Resource-Centre-Topics-A-to-Z/Young-Onset-Dementia>
- Bravo, E. (2016). Barcelona estrena «supermanzanas» pacificadas y libres de coches. Retrieved June 19, 2022, from <https://www.yorokobu.es/supermanzanas-barcelona/>
- Brodsky, J., Habib, J., Hirschfeld, M., & Siegel, B. (2002). Care of the frail elderly in developed and developing countries: The experience and the challenges. *Ageing Clinical and Experimental Research*, 14(4), 279–286. <https://doi.org/10.1007/BF03324451>
- Brooker, D. (2013). *Atención centrada en la persona con demencia. Mejorando los recursos*. Octaedro.
- Bruijn, R. F. A. G. de, Bos, M. J., Portegies, M. L. P., Hofman, A., Franco, O. H., Koudstaal, P. J., & Ikram, M. A. (2015). The potential for prevention of dementia across two decades: the prospective, population-based Rotterdam Study. *BMC Medicine*, 13(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0377-5>
- BSI, B. S. I. (2015). PAS 1365:2015. Code of practice for the recognition of dementia-friendly communities in England. British Standards Institution. Retrieved from <https://knowledge.bsigroup.com/products/code-of-practice-for-the-recognition-of-dementia-friendly-communities-in-england/standard/preview>
- Buckner, S., Mattocks, C., Rimmer, M., & Lafortune, L. (2018). An evaluation tool for Age-Friendly and Dementia Friendly Communities. *Working with Older People*, 22(1), 48–58. <https://doi.org/10.1108/WWOP-11-2017-0032>
- Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). *Age-friendly cities and communities: A global perspective*. *Age-Friendly Cities and Communities: A Global Perspective*.
- Buffel, T., Phillipson, C., & Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing 'age-friendly' cities. *Critical Social Policy*, 32(4), 597–617.

<https://doi.org/10.1177/0261018311430457>

- Buurtzorg. (n.d.). Buurtzorg. Retrieved April 23, 2020, from <https://almelodekolk.buurtzorg.net/teams>
- Câmara, A. do N. D., Trindade, I., Duarte, C., Nobrega, M. de L., Oliveira, B., & Silva, L. (2015). Cuando el edificio encuentra la calle: las relaciones entre la normativa y la construcción del espacio urbano. In Departament d'Urbanisme i Ordenació del Territori. Universitat Politècnica de Catalunya (Ed.), *VII Seminario Internacional de Investigación en Urbanismo, Barcelona-Montevideo*. Barcelona: DUOT. <https://doi.org/10.5821/siiu.6105>
- Cambra-Rufino, L., Paniagua-Caparrós, J. L., & Bedoya-Frutos, C. (2020). La acreditación y certificación del diseño basado en evidencias para la arquitectura sanitaria llega a España. *Revista Española de Salud Pública*, 93. Retrieved from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100010
- Cambra Rufino, L. (2021). *Evaluación de los factores funcionales y ambientales en el diseño de hospitales de agudos españoles*. Universidad Politécnica de Madrid. Retrieved from <https://curarq.net/acerca-de/>
- Camps, V. (2021). *Tiempo de cuidados*. Barcelona: arpa.
- Carpio-Pinedo, J., Pozo Menéndez, E., Lamíquiz Daudén, F. J., & Higuera García, E. (2021). When a city must be a tree: rethinking the spatial approach to fighting epidemics based on the notion of 'intermediate confinement'. *URBAN DESIGN International*. <https://doi.org/10.1057/s41289-021-00160-y>
- CASCADE. (2017). Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe. Retrieved February 25, 2020, from <https://www.interreg2seas.eu/en/cascade>
- CEAFA. (2014). El 99,6% de los ensayos clínicos contra el alzhéimer han fracasado. Retrieved October 28, 2022, from <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/el-99-6-de-los-ensayos-clinicos-contra-el-alzheimer-han-fracasado>
- Centre for Public Impact. (2018). Buurtzorg: revolutionising home care in the Netherlands. Retrieved August 22, 2022, from <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/buurtzorg-revolutionising-home-care-netherlands>
- Cervera, A. (2020). Qué es un jardín terapéutico. Retrieved October 12, 2022, from <https://www.simbiotia.com/que-es-un-jardin-terapeutico/>
- Chalfont, G., & Walker, A. (2013). *Dementia Green Care Handbook of Therapeutic Design and Practice* (Primera). Safehouse Books.
- Charras, K., Bébin, C., Lulier, V., Mabire, J. B., & Aquino, J. P. (2018). Designing dementia-friendly gardens: A workshop for landscape architects: *Innovative Practice. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 15(4), 417–424. <https://doi.org/10.1177/1471301218808609>
- Chiesura, A. (2004). The role of urban parks for the sustainable city. *Landscape and Urban Planning*, 68(1), 129–138.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2003.08.003>

- Christensen, J. J. (2012). *Hurricane Preparedness of Community-Dwelling Dementia Caregivers in South Florida*. University of South Florida. Retrieved from file:///C:/Users/Eli/Downloads/HurricanePreparednessofCommunity-DwellingDementiaCaregivers.pdf
- City of Vancouver. (2015). Healthy City Strategy. Retrieved June 22, 2021, from <https://vancouver.ca/people-programs/public-health-and-social-issues.aspx>
- Clinic Barcelona. (n.d.). Demencia frontotemporal. Retrieved May 7, 2022, from <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/demencia-frontotemporal>
- Coleman, B. J. (1995). European models of long-term care in the home and community. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 25(3), 455–474. <https://doi.org/10.2190/FYP6-DLWY-WKKT-6NNJ>
- Comino Sanz, I. M., & Sánchez Pablo, C. (2018). *Envejecimiento saludable*. (L. L. de la Catarata, Ed.). Madrid: Catarata.
- Comisión de las comunidades europeas. (2009). *Communication from the commission to the European Parliament and the council on a European initiative on Alzheimer's disease and other dementias*. Bruselas. Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0380:FIN:EN:PDF>
- Congdon, P. (2019, February). Obesity and Urban Environments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030464>
- Coulthard, E., Denning, T., & Cooper, R. (2019). *Exercise and Physical Activity. Factsheet 529LP*. Retrieved from [https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/2019-09/529LP Exercise and physical activity.pdf](https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/2019-09/529LP%20Exercise%20and%20physical%20activity.pdf)
- Coupleux, S. (2013). Populations âgées en ville. In D. Sánchez González & C. Egea Jiménez (Eds.), *La ciudad, un espacio para la vida* (pp. 265–278). Granada: Editorial Universidad de Granada.
- Cowbridge Rotary. (2022). Dementia Friendly Vale. Retrieved October 10, 2022, from <https://www.dementiafriendlyvale.com/>
- CREA. (2015). La atención centrada en la persona. Guía de recursos documentales. Retrieved from https://crealzheimer.imserso.es/groups/imserso/documents/binario/guia_acp.pdf
- Croucher, K., Myers, L., & Bretherton, J. (2007). Transforming urban spaces. The links between greenspace and health: a critical literature review. *Greenspace Scotland Research Report*, 1–61.
- Crutch, S. (2020). *What is young-onset dementia? Factsheet 440LP*. London. Retrieved from https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/pdf/factsheet_what_is_young-onset_dementia.pdf
- Culqui, D. R., Linares, C., Ortiz, C., Carmona, R., & Díaz, J. (2017). Association between environmental factors and emergency hospital admissions due to Alzheimer's

- disease in Madrid. *Science of The Total Environment*, 592, 451–457. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2017.03.089>
- Cunningham, E. L., McGuinness, B., Herron, B., & Passmore, A. P. (2015). Dementia. *The Ulster Medical Journal*, 84(2), 79–87.
- Curl, A., Thompson, C. W., Aspinall, P., & Ormerod, M. (2016). Developing an audit checklist to assess outdoor falls risk. *Proceedings of the Institution of Civil Engineers: Urban Design and Planning*, 169(3), 138–153. <https://doi.org/10.1680/udap.14.00056>
- D-care. (2019). Curso de formación para cuidadores no profesionales de personas con demencia. Retrieved September 10, 2022, from <https://dcare.training/es/topic/1-2-enfoque-de-los-cuidados-segun-tom-kitwood-2/>
- Davey, J. (2017). Friendly urban neighbourhoods for people with dementia – and others. Retrieved June 25, 2019, from <https://acnzonresearch.wordpress.com/2017/02/09/friendly-urban-neighbourhoods-for-people-with-dementia-and-others/>
- Day, K., Carreon, D., & Stump, C. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: A review of the empirical research. *Gerontologist*, 40(4), 397–416. <https://doi.org/10.1093/geront/40.4.397>
- DEEP, D. E. E. (2020). *Gardens and nature: creating a care environment garden*. Retrieved from <https://www.enablingenvironments.com.au/dementia-enabling-environment-principles.html>
- Dementia Australia. (2018). *Creating Dementia-friendly Communities Business/Organisation Toolkit*. Retrieved from https://www.dementiafriendly.org.au/sites/default/files/resources/The-Dementia-friendly_Business-Toolkit.pdf
- Dementia Enabling Environments. (2020). Dementia Enabling Environments. Retrieved July 19, 2021, from <https://www.enablingenvironments.com.au/>
- Dementia Friendly Newcastle. (n.d.). Dementia friendly communities. Retrieved September 8, 2022, from <https://www.informationnow.org.uk/article/dementia-friendly-newcastle/#>
- Department of Economic and Social Affairs, & Division Population. (2020). *World Population Ageing 2019*. New York. Retrieved from <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
- Domínguez Velasco, M., García-Milà Lloveras, X., García Muñoz, C., Lamagrande Picos, T., Lindström Karlson, A., de Martí, J., ... Porteus, J. (2018). *Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI*. (P. Rodríguez Rodríguez, Ed.). Fundación Pilares. Retrieved from <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/viviendas-para-personas-mayores-en-europa-nuevas-tendencias-para-el-siglo-xxi/>
- Doxiadis, C. A. (1974). *Anthropopolis: A City for Human Development*. Athens: Athens Publishing Centre.

- DSDC. (n.d.). Dementia Services Development Centre. Retrieved January 30, 2020, from <https://www.dementia.stir.ac.uk/>
- DVA Dementia Village Associates. (n.d.). De Hogeweyk. Dementia village. Retrieved January 13, 2020, from <https://hogeweyk.dementiavillage.com/#NaN>
- Edwards, P., & Tsouros, A. D. (2008). *A healthy city is an active city: a physical activity planning guide*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- EFID. (n.d.). European Foundations' Initiative on Dementia. Retrieved October 19, 2019, from <https://efid.info/>
- EFID. (2016). *Mapping dementia-friendly communities across Europe. A study commissioned by the European Foundations' Initiative on Dementia (EFID)*. Retrieved from [edif.info/wp-content/uploads/2016/06/Collection-of-DFC-ccase-studies-across-Europe.pdf](https://efid.info/wp-content/uploads/2016/06/Collection-of-DFC-ccase-studies-across-Europe.pdf)
- El-Hayek, Y. H., Wiley, R. E., Khoury, C. P., Daya, R. P., Ballard, C., Evans, A. R., ... Atri, A. (2019). Tip of the Iceberg: Assessing the Global Socioeconomic Costs of Alzheimer's Disease and Related Dementias and Strategic Implications for Stakeholders. *Journal of Alzheimer's Disease*, 70(2), 321–339. <https://doi.org/10.3233/JAD-190426>
- Elders Council of Newcastle. (n.d.). Elders Council of Newcastle. Retrieved January 20, 2020, from <https://www.elderscouncil.org.uk/>
- Equalarts. (n.d.). Equalarts. Improving older people's lives through creativity. Retrieved February 2, 2020, from <https://www.equalarts.org.uk/>
- Equipo investigación SIV. (2005). Hábitat. Retrieved September 20, 2022, from <https://infoinvi.uchilefau.cl/glosario/habitat/>
- Etayo Zabalegui, A. (2021). Impacto social y económico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. In *IX Congreso Nacional de Alzheimer*. Vitoria-Gasteiz: CEAFA.
- European Union. (2014). *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission*. Luxemburgo. <https://doi.org/10.2767/32147>
- Eurostat. (2017). A look at the lives of the elderly in the EU today. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/elderly/index.html>
- Fariña, J., Higuera, E., Román, E., & Pozo, E. (2022). *Guía para planificar ciudades saludables*. Madrid. Retrieved from https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Guia_Planificar_Ciudades_Saludables.htm
- Fariña Tojo, J., Higuera García, E., & Román López, E. (2019). *Documento técnico de criterios generales sobre parámetros de diseño urbano para alcanzar los objetivos de una ciudad saludable con especial énfasis en el envejecimiento activo*. Madrid. Retrieved from https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ImplementacionLocal/Ciudad_urbanismo_y_salud.pdf

- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *ENVEJECIMIENTO ACTIVO. CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA*. (PIRAMIDE, Ed.).
- Fernández, J. L., Parapar, C., & Ruíz, M. (2010). Envejecimiento: línea estratégica de la FGCSIC. *LYCHNOS Cuadernos de La Fundación General CSIC*, 2, 6–11. Retrieved from https://fgcsic.es/lychnos/es_ES/publicaciones/lychnos_02
- Fillat Delgado, Y. (2020). *Censo de personas con Alzheimer y otras demencias en España. Fundamentación, metodología, datos disponibles, herramientas, aprendizajes y propuestas*. Madrid. Retrieved from www.ceafa.es
- Fleming, R., Zeisel, J., & Bennett, K. (2020). *World Alzheimer Report 2020. Design, Dignity, Dementia: Dementia-related design and the built environment. Vol.2*. London. Retrieved from <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2020Vol2.pdf>
- Foucault, M., Barret-Kriegel, B., Thalamy, A., Béguin, F., & Fortier, B. (1979). *Les Machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles.
- Fundación Pasqual Maragall. (2020). Costes ocultos del Alzheimer: impacto económico para la sociedad. Retrieved September 7, 2021, from <https://blog.fpmaragall.org/costes-ocultos-alzheimer>
- García Lantarón, H. (2015). *Vivienda para un envejecimiento activo. El Paradigma Danés*. Universidad Politécnica de Madrid. Retrieved from http://oa.upm.es/40528/1/HEITOR_GARCIA_LANTARON.pdf
- GasteizBerri. (2022, February 16). "Supermanzanas", un modelo de ciudad donde el peatón recupera las calles. *GasteizBerri*. Retrieved from <https://gasteizberri.com/2022/02/supermanzanas-un-modelo-de-ciudad-donde-el-peaton-recupera-las-calles/>
- Gehl, J. (2010). *Cities for People*. Washinton DC: IslandPress.
- Gemeente Weesp, & LOS stadomland. (2013). *Structuurvisie Weesp 2013-2030 "Weesp vertelt haar verhaal."* Weesp. Retrieved from https://www.weesp.nl/bestuur-organisatie/projecten_42384/item/structuurvisie-weesp_80246.html
- Geriatricarea. (2020). Fundación Pasqual Maragall pide priorizar la atención a las demencias, que constituyen una pandemia estructural. Retrieved August 22, 2021, from <https://www.geriatricarea.com/2020/07/27/fundacion-pasqual-maragall-pide-priorizar-la-atencion-a-las-demencias-que-constituyen-una-pandemia-estructural/>
- Gil, S. L. (2011). *Nuevos feminismos. Sentidos comunes en la dispersión. Una historia de trayectorias y rupturas en el Estado español*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Gilroy, R. (2022). Framework for Inclusive Residential Projects for All: Further Research Lines BT - Urban Design and Planning for Age-Friendly Environments Across Europe: North and South: Developing Healthy and Therapeutic Living Spaces for Local Contexts. In E. Pozo Menéndez & E. Higuera García (Eds.) (pp. 161–170). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-93875-8_8
- Gobierno de Los Países Bajos. (2013). *National Policy Strategy for Infrastructure and*

- Spatial Planning*. Retrieved from <https://www.government.nl/topics/spatial-planning-and-infrastructure/spatial-planning-in-the-netherlands>
- Gobierno de Los Países Bajos. (2020). *National Dementia Strategy 2021-2030*. The Hague. Retrieved from [https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-09/Dutch National Dementia Strategy 2021-2030_9.pdf](https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-09/Dutch%20National%20Dementia%20Strategy%202021-2030_9.pdf)
- Gobierno Flamenco. (2016). *Continuing to build a dementia-friendly Flanders together. Updated Dementia Plan for Flanders 2016-2019*. Retrieved from [https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-10/Flanders Dementia Plan 2016-2019 - English_0.pdf](https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-10/Flanders%20Dementia%20Plan%202016-2019%20-%20English_0.pdf)
- Gobierno Flamenco. Decreto del Gobierno de Flandes por el que se modifica el Anexo XII del Decreto del Gobierno de Flandes de 24 de julio de 2009 relativo a la programación, las condiciones de reconocimiento y el régimen de subvenciones de los centros de acogida residencial (2017). Bélgica. Retrieved from <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2016/12/16/2017010304/staatsblad>
- Goldstein, J. L., & Godemont, M. M. L. (2003). The Legend and Lessons of Geel, Belgium: A 1500-Year-Old Legend, a 21st-Century Model. *Community Mental Health Journal*, 39(5), 441–458. <https://doi.org/10.1023/A:1025813003347>
- Goñi Murillo, M. C., Goñi Murillo, A. C., & Goñi Murillo, M. P. (2006). Demencia por enfermedad de Pick. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 32(4), 172–175. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(06\)73248-8](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(06)73248-8)
- González Ingelmo, M. I., Vicente Fuentes, Fernando Martínez-Lage, P., Rodrigo Ramos, J., & Lleó Bisa, A. (2019). *Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)*. Madrid. Retrieved from www.mscbs.gob.es
- González Ingelmo, M. I., Vicente Fuentes, F., Martínez-Lage, P., Rodríguez Ramos, J., & Lleó Bisa, A. (coord. . (2019). *Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)*. Madrid. Retrieved from [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alhzeime r_Octubre_2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alhzeime_r_Octubre_2019.pdf)
- González Salgado, I. de L. (2021). *Abordaje cualitativo de la salud urbana en tres barrios con distinto nivel socioeconómico, y su relación con el consumo de tabaco y alcohol*. Universidad de Salamanca. Retrieved from <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=qLU%2BIKi b%2FLU%3D>
- Gordon, A. A., Burton, J., Everard, L., & Philippe, N. (2016). *GUIDELINES FOR THE DEMENTIA-FRIENDLY COMMUNITIES*.
- Górska, S., Forsyth, K., & Maciver, D. (2018). Living With Dementia: A Meta-synthesis of Qualitative Research on the Lived Experience. *Gerontologist*, 58(3), e180–e196. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw195>
- Grey, T., Xidou, D., O'Donoghue, J., Burke, E., Puntambekar, M., Kennelly, S., & O'Neill, D. (2022). *Residential Long-Term Care and COVID-19: Role of the Built Environment in Balancing Infection Control and Quality of Life. Key Findings and Recommendations*. Retrieved from <https://residentiallongtermcaredesign.ie/wp->

content/uploads/2022/06/SFI-RLTC-key-findings-recommendations-31-05-22-revA.pdf

- Gruebner, O., Rapp, M. A., Adli, M., Kluge, U., Galea, S., & Heinz, A. (2017). Cities and mental health. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(8), 121–127. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>
- Gutiérrez Cabello, L. (2007). *Comportamiento cognitivo y afectivo en un grupo de pacientes con ictus no corticales*. Universitat de Barcelona. Retrieved from <https://1library.co/document/7q0p4w9z-comportamiento-cognitivo-afectivo-grupo-pacientes-ictus-corticales.html>
- Hadjri, K., Faith, V., & McManus, M. (2012). Designing dementia nursing and residential care homes. *Journal of Integrated Care*, 20(5), 322–340. <https://doi.org/10.1108/14769011211270765>
- Halsall, B., & MacDonald, R. (2017a). *Design for Dementia - A Guide with helpful guidance in the design of exterior and interior environments. Vol. 1*. Liverpool: Halsall Lloyd Partnership.
- Halsall, B., & MacDonald, R. (2017b). *Design for Dementia - A Guide with helpful guidance in the design of exterior and interior environments. Vol. 2*. Liverpool: Halsall Lloyd Partnership.
- Hancock, T., & Duhl, L. (1988). *Promoting Health in the Urban Context. WHO Healthy City Papers No. 1*. (WHO, Ed.) (WHO Health). Copenhagen.
- Harmonia Village. (2020). Harmonia Village. Retrieved September 22, 2022, from <https://www.harmoniavillage.org.uk/>
- Harvey, R. J., Skelton-Robinson, M., & Rossor, M. N. (2003). The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 74(9), 1206–1209. <https://doi.org/10.1136/jnnp.74.9.1206>
- Hazen, T., & McManus, M. (2012). Activities and outside space. In A. Pollock & M. Marshall (Eds.), *Designing outdoor spaces for people with dementia* (p. 227). Greenwich: HammondPress.
- Hebert, C. A., & Scales, K. (2019). Dementia friendly initiatives: A state of the science review. *Dementia*, 18(5), 1858–1895. <https://doi.org/10.1177/1471301217731433>
- Higuera, E., Román, E., & Fariña, J. (2020). Guidelines for Healthier Public Spaces for the Elderly Population: Recommendations in the Spanish context. In J. Martínez, C. A. Mikkelsen, & R. Phillips (Eds.), *Handbook of Quality of Life and Sustainability* (pp. 35–54). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-50540-0>
- HIN, H. I. N. S. L. (2014). *What is person-centred care and why is it important?* London. Retrieved from <https://healthinnovationnetwork.com/resources/what-is-person-centred-care/>
- Holland C., Clark A., K. J. and P. S. (2007). *Social interactions in urban public places*. Bristol UK.

- Holmes, K. (2020). *Mismatch. Cómo la inclusión da forma al diseño, la tecnología y la sociedad*. (M. T. M. P. Cambridge, Ed.) (Primera). España: Gráficas Muriel S.A.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Homes4Life. (2018). Homes4Life. Certification for ageing in place. European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement N° 826295. Retrieved October 22, 2021, from <http://www.homes4life.eu/>
- Hoof, J. van, Kazak, J. K., Perek-Białas, J. M., & Peek, S. T. M. (2018). The challenges of urban ageing: Making cities age-friendly in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112473>
- Howard, E. (1902). *Garden Cities of To-Morrow*. London: Swan Sonnenschein & Co., Ltd. Retrieved from <https://archive.org/details/gardenciestom00howagoog>
- HUDU, L. U. C. (2007). *Delivering Healthier Communities in London*. London. Retrieved from <https://www.healthyurbandevelopment.nhs.uk/our-services/delivering-healthy-urban-development/>
- Huis Perrekes. (n.d.). Huis Perrekes. Retrieved February 14, 2020, from <https://perrekes.be/home/>
- ILC-UK. (2022). *Retail therapy: Helping people with dementia enjoy spending*. London. Retrieved from <https://www.housinglin.org.uk/Topics/type/Retail-therapy-Dementia-and-spending/>
- INE. (2022a). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) Principales resultados. Año 2020*. Retrieved from https://www.ine.es/prensa/edad_2020_p.pdf
- INE. (2022b). Esperanza de vida. Retrieved September 20, 2022, from https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
- Instituto Nacional de Estadística, I. (2014). Proyección de la Población de España 2014–2064. *Notas de Prensa.*, p. 1p.
- Interreg Europe. (n.d.). Interreg 2 Seas Mers Zeeën. Retrieved February 24, 2020, from <https://www.interreg2seas.eu/en>
- ISNA España. (2022). Asociación de Estimulación Sensorial y Snoezelen. Retrieved November 7, 2021, from <https://www.isnaespaña.es/formación/>
- Johnson, E. (2015). Feature: Dementia-Friendly Cinema at Tyneside Cinema, Newcastle. *Narc Magazine*. Retrieved from feature: Dementia-Friendly Cinema at Tyneside Cinema, Newcastle
- Junta de Andalucía. (2014). *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Boletín número 243. Decreto 169/2014*. Retrieved from <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2014/243/2>

- Kelly, F., & Maynard, R. L. (2022). *Air pollution: cognitive decline and dementia*. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/air-pollution-cognitive-decline-and-dementia>
- Kelson, E., Phinney, A., & Lowry, G. (2017). Social citizenship, public art and dementia: Walking the urban waterfront with Paul's Club. *Cogent Arts and Humanities*, 4(1). <https://doi.org/10.1080/23311983.2017.1354527>
- King Baudouin Foundation. (n.d.). Working together for a better society. Retrieved July 22, 2022, from <https://www.kbs-frb.be/en>
- Kitwood, T. (2019). *Dementia Reconsidered, revisited. The Person Comes First (Rethinking Ageing)*. (D. Brooker, Ed.). Open University Press.
- Kodama, A., Kume, Y., Tsugaruya, M., & Ishikawa, T. (2016). Deriving the reference value from the circadian motor active patterns in the “non-dementia” population, compared to the “dementia” population: What is the amount of physical activity conducive to the good circadian rhythm. *Chronobiology International*, 33(8), 1056–1063. <https://doi.org/10.1080/07420528.2016.1196696>
- Konis, K., Mack, W., & Schneider, E. (2018). Pilot study to examine the effects of indoor daylight exposure on depression and other neuropsychiatric symptoms in people living with dementia in long-term care communities. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 1071–1077.
- Kuruppu, D. K., & Matthews, B. R. (2013). Young-onset dementia. *Seminars in Neurology*, 33(4), 365–385. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1359320>
- Larrosa, M., Casado, E., Gómez, A., Moreno, M., Berlanga, E., Ramón, J., & Gratacós, J. (2008). Vitamin D deficiency and related factors in patients with osteoporotic hip fracture. *Medicina clínica*, 130(1), 6–9. <https://doi.org/10.1157/13114538>
- Le Mandat, M. (2009). Les plantes médicinales et les Hori medici dans les hôpitaux médiévaux. *Revue de La Société Française d'histoire Des Hôpitaux*, 133–134, 3–6. Retrieved from <https://www.bnds.fr/revue/rsfhh/sfhh-133.html>
- Lebrusán Murillo, I. (2020). La vivienda en la vejez. Problemas y estrategias para envejecer en sociedad. In *Politeya: estudios de política y sociedad* (p. 248). Madrid: CSIC. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 36.
- Lennon, S. (2019, October 10). Country's first dementia village, Harmonia in Randolph Road, Dover, to open in December. *KentOnline*. Retrieved from <https://www.kentonline.co.uk/dover/news/first-dementia-village-on-the-way-213942/>
- Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M., & Cook, S. (Eds.). (2013). *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*. Malta. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf
- Lewis, S. (2017). *Dementia and Town Planning: Creating better environments for people living with dementia*. Retrieved from <http://rtpi.org.uk/knowledge/practice/dementia-and-town-planning/>

- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000100. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Linares, C., Culqui, D., Carmona, R., Ortiz, C., & Díaz, J. (2017). Short-term association between environmental factors and hospital admissions due to dementia in Madrid. *Environmental Research*, 152, 214–220. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.envres.2016.10.020>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Ludden, G. D. S., van Rompay, T. J. L., Niedderer, K., & Tournier, I. (2019). Environmental design for dementia care - towards more meaningful experiences through design. *Maturitas*, 128, 10–16. <https://doi.org/10.1016/J.MATURITAS.2019.06.011>
- Lynch, K. (1964). *The image of the city* (2nd ed.). Cambridge, Massachusetts: Harvard-MIT Joint Center for Urban Studies Series.
- Lynch, K. (1981). *A Theory of Good City Form*. (MIT Press, Ed.). Cambridge.
- Marquardt, G., Büter, K., & Motzek, T. (2014). Impact of the Design of the Built Environment on People with Dementia: An Evidence-Based Review. *Health Environments Reseach & Design Journal*, 9, 127–157. <https://doi.org/10.1177/193758671400800111>
- Martín-Moreno, J. M., Arenas, A., Bengoa, R., Borrell, C., Franco, M., García-Basteiro, A. L., ... Vives-Cases, C. (2022). Reflexiones sobre cómo evaluar y mejorar la respuesta a la pandemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*, 36(1), 32–36. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.008>
- Martín, J. (2020, September 18). Coronavirus Alzheimer y COVID-19: la suma de dos “pandemias” que multiplica el deterioro cognitivo y el riesgo de contagio. RTVE. RTVE. Retrieved from <https://www.rtve.es/noticias/20200918/alzheimer-covid-19-suma-dos-pandemias/2042509.shtml>
- Martínez T., Díaz-Veiga P., Sancho-Castiello, M., R.-R. P. (2014). *Cuadernos prácticos Modelo de Atención Centrado en la Persona 1.- ¿En qué consiste este modelo de atención?* San Sebastián. Retrieved from <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/cuadernos-practicos-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-1-en-que-consiste-este>
- Mayo Clinic. (n.d.-a). Demencia con cuerpos de Lewy. Retrieved July 6, 2022, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/lewy-body-dementia/symptoms-causes/syc-20352025>
- Mayo Clinic. (n.d.-b). Enfermedad de Alzheimer. Retrieved June 27, 2022, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/vascular-dementia/symptoms->

causes/syc-20378793

- McCay, L., Bremer, I., Endale, T., Jannati, M., & Yi, J. (2017). Urban Design and Mental Health. In N. Okkels, C. Blanner Kristiansen, & P. Munk-Jorgensen (Eds.), *Mental Health and Illness in the City* (pp. 421–444). Singapore: Springer. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-981-10-2327-9_12
- MedlinePlus. (n.d.). Demencia con cuerpos de Lewy. Retrieved July 6, 2022, from <https://medlineplus.gov/spanish/lewybodydementia.html>
- Meiden, J. van der, Noordegraaf, M., & Ewijk, H. van. (2018). Applying the Paradigm of Relational Ethics into Contextual Therapy. Analyzing the practice of Ivan Boszormenyi-Nagy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(3), 499–511. <https://doi.org/10.1111/jmft.12262>
- Michael, Y. L., Keast, E. M., Chaudhury, H., Day, K., Mahmood, A., & Sarte, A. F. I. (2009). Revising the senior walking environmental assessment tool. *Preventive Medicine*, 48(3), 247–249. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.12.008>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022). *Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*. Madrid. Retrieved from <https://dependencia.info/noticia/5431/actualidad/el-boe-publica-el-acuerdo-belarra-con-los-criterios-para-el-nuevo-modelo-de-residencias.html>
- Mitchell, L. (2012). *At a Glance: a Checklist for Developing Dementia Friendly Communities*. Retrieved from www.housinglin.org.uk
- Mitchell, L., & Burton, E. (2006). Neighbourhoods for life: Designing dementia-friendly outdoor environments. *Quality in Ageing and Older Adults*, 7(1), 26–33. <https://doi.org/10.1108/14717794200600005>
- Mitchell, L., & Burton, E. (2010). Designing dementia-friendly neighbourhoods: Helping people with dementia to get out and about. *Journal of Integrated Care*, 18(6), 11–18. <https://doi.org/10.5042/jic.2010.0647>
- Mitchell, L., Burton, E., & Raman, S. (2004). Dementia-friendly cities: Designing intelligible neighbourhoods for life. *Journal of Urban Design*, 9(1), 89–101. <https://doi.org/10.1080/1357480042000187721>
- Mitchell, L., Burton, E., Raman, S., Blackman, T., Jenks, M., & Williams, K. (2003). Making the outside world dementia-friendly: Design issues and considerations. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 30(4), 605–632. <https://doi.org/10.1068/b29100>
- Mittelman, M. S., Haley, W. E., Clay, O. J., & Roth, D. L. (2006). Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, 67(9), 1592–1599. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000242727.81172.91>
- Mogollón García, I. (2022). Es hora de pasar de los archipiélagos de cuidados a un continente de cuidados interconectado, parte de todo un sistema. Retrieved September 29, 2022, from <https://www.udalbiltza.eus/es/noticias/201ces-hora-de-pasar-de-los-archipelagos-de-cuidados-a-un-continente-de-cuidados->

interconectado-parte-de-todo-un-sistema201d?set_language=es

- Moreno, C. (2020). *Droit de cité, de la “ville-monde” à la “ville du quart d’heure*. (L’Observatoire, Ed.). L’Observatoire. Retrieved from https://www.editions-observatoire.com/content/Droit_de_cité
- Moreno, C., Allam, Z., Chabaud, D., Gall, C., & Pratlong, F. (2021). Introducing the “15-Minute City”: Sustainability, Resilience and Place Identity in Future Post-Pandemic Cities. *Smart Cities*, 4, 93–111. <https://doi.org/10.3390/smartcities4010006>
- Mueller, N., Rojas-Rueda, D., Basagaña, X., Cirach, M., Cole-Hunter, T., Dadvand, P., ... Nieuwenhuijsen, M. (2017). Urban and Transport Planning Related Exposures and Mortality: A Health Impact Assessment for Cities. *Environmental Health Perspectives*, 125(1), 89–96. <https://doi.org/10.1289/EHP220>
- Mueller, N., Rojas-Rueda, D., Khreis, H., Cirach, M., Andrés, D., Ballester, J., ... Nieuwenhuijsen, M. (2020). Changing the urban design of cities for health: The superblock model. *Environment International*, 134, 105132. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2019.105132>
- Naciones Unidas. (1991). *Principios de las Naciones Unidas para las personas mayores, resolución 46/91*. Retrieved from <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/588/45/IMG/NR058845.pdf?OpenElement>
- Naciones Unidas. (2020). *The Decade of Healthy Ageing: a new UN-wide initiative*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/14-12-2020-decade-of-healthy-ageing-a-new-un-wide-initiative>
- National Institute of Ageing. (2021). What is Alzheimer’s Disease? Retrieved March 11, 2022, from <https://www.nia.nih.gov/health/what-alzheimers-disease>
- NHS. (n.d.). Causes of dementia. Dementia guide. Retrieved June 19, 2022, from <https://www.nhs.uk/conditions/dementia/causes/>
- NHS. (2020). Can dementia be prevented? Retrieved September 22, 2022, from <https://www.nhs.uk/conditions/dementia/dementia-prevention/>
- NICA. (n.d.). National Innovation Centre Ageing. Retrieved January 28, 2020, from <https://uknica.co.uk/>
- Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., ... Vos, T. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105–e125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
- Nutbeam, D. (1986). Health Promotion Glossary. *Health Promotion*, 1(1), 113–127. <https://doi.org/DOI: 10.1093/heapro/1.1.113>
- OCMW Kortrijk. (n.d.). Centro Público de Bienestar Social. Retrieved July 15, 2022, from <https://www.kortrijk.be/ocmw/adressen/ocmw-kortrijk-sociale-dienst>
- OCU. (2017). *Encuesta de OCU: el 82% de los mayores españoles quiere envejecer en*

su propia casa. Retrieved from <https://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2017/mayores-vivienda-07122017>

OECD. (n.d.). Ageing and demographic change. Retrieved October 1, 2022, from <https://www.oecd.org/economy/ageing-inclusive-growth/>

OECD. (2021). *Pensions at a Glance 2021*. <https://doi.org/https://doi.org/https://doi.org/10.1787/ca401ebd-en>

Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., ... Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161–178. <https://doi.org/10.1159/000316119>

OMS. (1946). Definition of health. Official Records of the World Health Organization No.2. In *Constitution of the World Health Organization in the International Health Conference 19-22 July*. (p. 100). New York.

OMS. (2020a). *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*. Retrieved from <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>

OMS. (2020b). Demencia. Retrieved September 19, 2021, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

OMS. (2021). El mundo no está abordando el reto de la demencia. Retrieved June 22, 2022, from <https://www.who.int/es/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>

OMS, & Banco Mundial. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Geneva. Retrieved from Organización Mundial de la Salud

OMS, & OPS. (2013). *Demencia: una prioridad de salud pública*. Organización Panamericana de la Salud. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/98377>

ONU. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. Retrieved September 30, 2022, from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Paisaje Transversal. (2018). ¿Qué es el urbanismo feminista? Retrieved September 17, 2021, from <https://paisajetransversal.org/2018/05/urbanismo-feminista-ciudades-integrales/>

Pantzartzis, E., Pascale, F., Price, A. D. F., & Al., E. (2014). *Dementia-friendly Health and Social Care Environments*. *Health Building Note 08-02*. <https://doi.org/10.1525/curh.2014.113.763.207>

Paradox expertisecentrum dementie. (2021). Escape Game Dementie. Retrieved July 13, 2022, from <https://www.dementie.be/paradox/escape-game-dementie/>

Park, J., & Porteus, J. (2018). *Age-friendly housing. Future design for older people*. (D. Culver & J. Rogers, Eds.). London: RIBA Publishing.

- Parlamento Europeo. European initiative on Alzheimer's disease and other dementias (2011). Estrasburgo. Retrieved from https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-7-2011-0016_EN.html?redirect
- PASTA. (2017). Physical Activity Through Sustainable Transport Approaches. Unión Europea. Retrieved from <https://www.pastaproject.eu/>
- Peen, J., Schoevers, R. A., Beekman, A. T., & Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 84–93. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01438.x>
- Pérez Urdániz, A. (2014). *Curso básico de psiquiatría*. Salamanca: Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca.
- Perry, C. A. (1929). The neighbourhood unit. In Regional Plan of New York and its Environs (Ed.), *Monograph 1. Neighbourhood and community planning. Regional survey. Volume VII.* (pp. 20–141). New York: Regional Plan of New York and its Environs (ed.) Neighbourhood and community planning. Regional survey.
- Peters, R., Ee, N., Peters, J., Booth, A., Mudway, I., & Anstey, K. J. (2019). Air Pollution and Dementia: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 70(s1), S145–S163. <https://doi.org/10.3233/JAD-180631>
- Petiprin, A. (2020). Nursing Theory. Retrieved September 10, 2022, from <https://nursing-theory.org/theories-and-models/roger-theory-of-unitary-human-beings.php>
- Pham, N. (2009). *Designing Dementia Friendly Neighborhoods*. Grand Valley State University. Retrieved from https://www.gvsu.edu/cms4/asset/41BD4140-E833-EC59-3F25827028CDBF83/nguyen_pham_designing_dementia_friendly_neighborhoods.pdf
- Picard, C. (2022). Social innovation and adaptability for ageing in place in cities: a comparison between France and Japan. In E. Pozo Menéndez & E. Higuera García (Eds.), *Urban Design and Planning for Age-Friendly Environments Across Europe: North and South* (pp. 27–44). Springer. Retrieved from <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-93875-8#toc>
- Pikora, T. J., Bull, F. C. L., Jamrozik, K., Knuiiman, M., Giles-Corti, B., & Donovan, R. J. (2002). Developing a reliable audit instrument to measure the physical environment for physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(3), 187–194. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00498-1](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00498-1)
- Pozo-Menéndez, E. (2020). Evaluación del espacio público para un envejecimiento activo en España: estudio de caso en las 3 ciudades más pobladas. *Territorios En Formación*, 18, 3–21. <https://doi.org/https://doi.org/10.20868/te.2020.18.4599>
- Pozo-Menéndez, E., & Higuera García, E. (2020). Urban Sustainability Versus the Impact of Covid-19. *DisP - The Planning Review*, 56(4), 64–81. <https://doi.org/10.1080/02513625.2020.1906059>
- Pozo Menéndez, E. (2022). Greenery Urban Design for Good Mental Health. Analysis of a Vulnerable District of Madrid BT - Urban Design and Planning for Age-Friendly Environments Across Europe: North and South: Developing Healthy and Therapeutic

- Living Spaces for Local Contexts. In E. Pozo Menéndez & E. Higuera García (Eds.) (pp. 291–309). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-93875-8_14
- Pozo Menéndez, E., Cambra-Rufino, L., & Bentué Gómez, L. (2022). *Centro de Referencia Estatal de Alzheimer (CREA) de Salamanca. Análisis del estado actual*. Madrid.
- Pozo Menéndez, E., & Higuera García, E. (2022). Best Practices from Eight European Dementia-Friendly Study Cases of Innovation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114233>
- Pozueta Echavarrí, J., Lamíquiz Daudén, F. J., & Porto Schettino, M. (2013). *La ciudad paseable*. (Centro de Estudios y Experimentación de Obras Públicas, Ed.) (Segunda). Madrid: CEDEX.
- Price, C., & Tsouros, A. D. (1996). *Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development*. (C. Price & A. D. Tsouros, Eds.) (vol. 14). Copenhagen: WHO Healthy Cities Project Office. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/100999/wa38096OU.pdf
- Prieto Jurczynska, C., Eimil Ortiz, M., López de Silanes deMiguel, C., & Llanero Luque, M. (2011). *Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Retrieved from http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf
- Primer Ministro de Reino Unido. (2015). *Prime Minister's challenge on dementia 2020*. London. Retrieved from [https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-10/Prime Minister%27s Challenge 2020.pdf](https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-10/Prime%20Minister%27s%20Challenge%202020.pdf)
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Gemma-Claire, A., Wu, Y.-T., & Prina, M. (2015). World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia - An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. *Alzheimer's Disease International*, (September), 84. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00293.x>
- PRP Architects LLP. (2013). *Landscape Design for Dementia Care*. London.
- Psicología de la salud. (2020). El modelo biomédico y el modelo biopsicosocial. Retrieved September 10, 2022, from <https://psicologia.gratis/el-modelo-biomedico-y-el-modelo-biopsicosocial/>
- Qido. (2021). Terapia Multisensorial en personas con Enfermedad de Alzheimer. Retrieved August 7, 2022, from <https://qido.es/blog/terapia-multisensorial-en-personas-con-enfermedad-de-alzheimer/>
- Ray, S., & Davidson, S. (2014). *Dementia and cognitive decline. A review of evidence*. London. Retrieved from <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/types-dementia/what-is-dementia>
- Regalado Doña, P. J. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74–105. Retrieved from <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- Reid, C. (2020). Anne Hidalgo to Make Good on Pledge to Remove Half of City's Car

- Parking Spaces. *Forbes*. Retrieved from <https://www.forbes.com/sites/carltonreid/2020/10/20/paris-mayor-anne-hidalgo-to-make-good-on-pledge-to-remove-half-of-citys-car-parking-spaces/>
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139, 1136–1139. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>
- Rodríguez-Blázquez, C., & Forjaz, M. J. (2022). Quality of Life, Living Arrangements, and Care Support for the Older Population BT - Urban Design and Planning for Age-Friendly Environments Across Europe: North and South: Developing Healthy and Therapeutic Living Spaces for Local Contexts. In E. Pozo Menéndez & E. Higuera García (Eds.) (pp. 71–85). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-93875-8_4
- Rodríguez Cabrero, G. (2020). El modelo europeo de cuidados de larga duración (CLD): sistemas mixtos de responsabilidad familiar, asistencialización y socialización del riesgo de dependencia. Hacia un modelo integral de cuidados centrado en la persona. Retrieved September 20, 2022, from <https://cenie.eu/es/el-modelo-europeo-de-cuidados-de-larga-duracion-cld-sistemas-mixtos-de-responsabilidad-familiar>
- Rodríguez Rodríguez, P. (2021). Género y envejecimiento en perfiles, datos y reflexiones. Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. No.6. Retrieved from <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/papeles-6-genero-y-envejecimiento-en-espana/>
- Rodríguez Rodríguez, P., & Vila i Mancebo, A. (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid. Retrieved from <https://www.fundacionpilares.org/red-de-buenas-practicas/la-red/modelo-de-atencion-integral-y-centrada-en-la-persona-aicp/>
- Rodríguez Rodríguez, V., Prieto-Flores, M. E., Lardiés-Bosque, R., Ahmed-Mohamed, K., Frades-Payo, M. B., Forjaz, M. J., & Rojo-Abuín, J. M. (2011). *Calidad de vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. (F. Rojo-Pérez & G. Fernández-Mayoralas, Eds.). Madrid: Fundación BBVA.
- Rogers, M. E. (1970). *The Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Romero, G., Mesías, R., Enet, M., Oliveras, R., García, L., Coipel, M., & Osorio, D. (2004). *La participación en el diseño urbano y arquitectónico en la producción social del hábitat*. (G. Romero & M. Rosendo, Eds.), *CYTED-HABYTED-Red XIV*. México: CYTED-HABYTED-Red XIV.F. Retrieved from <https://es.scribd.com/document/334663535/ROMERO-Gustavo-2004-La-Participacion-en-el-Disenio-Urbano-y-Arquitectonico-en-la-Produccion-Social-del-Habitat-pdf>
- Rubio, A. (2022). *España fea. El caos urbano, el mayor fracaso de la democracia*. (Penguin Random House Grupo Editorial, Ed.) (Primera). Barcelona.
- Rueda Estrada, J. D. (2018). La soledad en las personas mayores en España. Una realidad invisible. In Fundación-Caser (Ed.), *Actas de Coordinación Sociosanitaria* (Vol. 23, pp. 43–64). Madrid. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11181/6199%0A>

- Rueda Palenzuela, S. (2008). Una ciudad más sostenible en un modelo de ciudad del conocimiento. In *Jornadas sobre nuevos retos y buenas prácticas urbanas. 17-18 noviembre 2008.* (p. 68). Madrid: CaixaForum Madrid. Retrieved from https://www.mitma.gob.es/recursos_mfom/pdf/73D992FB-5153-49BD-B0FC-BB5F7EE5FAFB/95907/7.pdf
- Rueda Palenzuela, S. (2016). La supermanzana, nueva célula urbana para la construcción de un nuevo modelo funcional y urbanístico de Barcelona. Retrieved April 20, 2020, from http://bcnecologia.net/sites/default/files/proyectos/la_supermanzana_nueva_celula_poblenou_salvador_rueda.pdf
- Rueda S. (2016). La supermanzana, nueva célula urbana para la construcción de un nuevo modelo funcional y urbanístico de Barcelona. Agencia de Ec
- Rueda Palenzuela, S. (2019). “Supermanzanas” como nuevo modelo urbano. Retrieved July 20, 2022, from <https://www.archdaily.cl/cl/922775/supermanzanas-como-nuevo-modelo-urbano-por-salvador-rueda>
- Rueda Palenzuela, S. (2020). *El urbanismo ecosistémico*. Spain: Colegio Oficial de Arquitectos de las Illes Balears. Retrieved from <http://www.coaib.org/es/cultura/videos-coaib/DetalleVideo.aspx?id=101>
- Rueda Palenzuela, S. (2022). La salud en un plan urbanístico de ciudad. El caso de las supermanzanas. In Servicio de Urbanismo de la Diputació de & Barcelona (Eds.), *Ciudad y salud. Colección Estudios.* (pp. 57–76). Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Runeson, P., & Höst, M. (2009). Guidelines for conducting and reporting case study research in software engineering. *Empirical Software Engineering, 14*(2), 131–164. <https://doi.org/10.1007/s10664-008-9102-8>
- Sallis, J. F., Floyd, M. F., Rodríguez, D. A., & Saelens, B. E. (2012). Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation, 125*(5), 729–737. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.969022>
- Sánchez de Madariaga, I., & Novella Abril, I. (2020). Género y Urbanismo en España: experiencias y perspectivas. *Ciudad y Territorio. Estudios Territoriales, LII*(203), 5–12. Retrieved from https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/107998/1/Genero_urbanismo_Espana.pdf
- Sánchez González, D. (2013). El derecho a la ciudad a través de los espacios públicos creativos. In D. Sánchez González & C. Egea Jiménez (Eds.), *La ciudad, un espacio para la vida* (pp. 130–145). Granada: Editorial Universidad de Granada.
- Sánchez González, D., & Chávez Alvarado, R. (2019). *Envejecimiento de la población y cambio climático. Vulnerabilidad y resiliencia desde la gerontología ambiental*. Granada: Editorial Comares.
- Sánchez González, D., & Cortés Topete, M. B. (2016). Espacios públicos atractivos en el envejecimiento activo y saludable. El caso del mercado de Terán, Aguascalientes (México). *Revista de Estudios Sociales, 57*, 52–67. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7440/res57.2016.04>

- Sancho Castiello, M. (2020). *Modelo de atención centrado en la persona: algunas experiencias del País Vasco*. Banco Interamericano de Desarrollo. Retrieved from <https://vimeo.com/414076851>
- Schmachtenberg, T., Monsees, J., Hoffmann, W., van den Berg, N., Stentzel, U., & Thyrian, J. R. (2020). Comparing national dementia plans and strategies in Europe – is there a focus of care for people with dementia from a migration background? *BMC Public Health*, 20(1), 784. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08938-5>
- SEGG, S. E. de G. y G. (2020). *Resumen Normativa de Residencias*. Retrieved from <https://www.segg.es/actualidad-segg/2020/06/11/la-segg-publica-un-estudio-comparativo-de-las-normativas-de-residencias-para-personas-mayores-en-espana>
- Sepúlveda Mellado, O., & Vela Cossío, F. (2015). Cultura y hábitat residencial: el caso mapuche. *Revista INVI*, 30(83), 149–180.
- Shanahan, D. F., Bush, R., Gaston, K. J., Lin, B. B., Dean, J., Barber, E., & Fuller, R. A. (2016). Health Benefits from Nature Experiences Depend on Dose. *Scientific Reports*, 6(June), 1–10. <https://doi.org/10.1038/srep28551>
- Shanahan, D. F., Fuller, R. A., Bush, R., Lin, B. B., & Gaston, K. J. (2015). The Health Benefits of Urban Nature: How Much Do We Need? *BioScience*, 65(5), 476–485. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/biosci/biv032>
- Shannon, K., Bail, K., & Neville, S. (2019). Dementia-friendly community initiatives: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.14746>
- Snoezelen. (2022). Snoezelen. Multi-Sensory Environments. Retrieved October 28, 2022, from <https://www.snoezelen.info/>
- Sonmez Turel, H., Malkoc Yigit, E., & Altug, I. (2007). Evaluation of elderly people's requirements in public open spaces: A case study in Bornova District (Izmir, Turkey). *Building and Environment*, 42(5), 2035–2045. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2006.03.004>
- Stad Kortrijk, & OCMW Kortrijk. (2014). *Mémoire Vivante. Quatre itinéraires permanents à Aalbeke*. Commune Alzheimer admis. Kortrijk: Koning Boudewijnstichting.
- Stahle, A. (2016). *Closer Together: This Is the Future of Cities*. Dokument Press.
- State of Victoria. (2019). *20-minute neighbourhoods. Creating a more liveable Melbourne*. Retrieved from https://www.planning.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0031/428908/Creating-a-more%20liveable-Melbourne.pdf
- Steyaert, J., & Meeuws, S. (2015). *Langer thuis met dementie. De (on)mogelijkheden in beeld*. Berchem: EPO. Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Retrieved from <https://www.dementie.be/wp-content/uploads/2016/07/2015-Steyaert-Meeuws-Langer-thuis-met-dementie-comm.pdf>
- Su, J. (2013a). *Built for Dementia: Urban Design Analysis for Dementia-Friendly Communities Built for Dementia*. San Jose State University. <https://doi.org/doi.org/10.31979/etd.2s5z-359b>

- Su, J. (2013b). *Built for Dementia: Urban Design Analysis for Dementia-Friendly Communities Built for Dementia*. San Jose State University. <https://doi.org/https://doi.org/10.31979/etd.2s5z-359b>
- Sureda, X., Villalbí, J. R., Espelt, A., & Franco, M. (2017). Living under the influence: normalisation of alcohol consumption in our cities. *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 66–68. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.018>
- Takano, T., Nakamura, K., & Watanabe, M. (2002). Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: The importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(12), 913–918. <https://doi.org/10.1136/jech.56.12.913>
- Tellechea, P., Pujol, N., Esteve-Belloch, P., Echeveste, B., García-Eulate, M. R., Arbizu, J., & Riverol, M. (2018). Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz y de inicio tardío: ¿son la misma entidad? *Neurología*, 33(4), 244–253. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.08.002>
- Thaneshwari, Kumari, P., Sharma, R., & Sahare, H. A. (2018). Therapeutic gardens in healthcare: A review. *Annals of Biology*, 34(2), 162–166.
- The Centre for Health Design. (2018). *Building the Evidence Base: Understanding Research in Healthcare Design*. (The Center for Health Design, Ed.).
- The Commonwealth Fund. (2015). Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. Retrieved September 22, 2022, from <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model>
- thedesignconcept ltd. (2020). Gold Award for Great Sankey Neighbourhood Hub. Retrieved July 15, 2022, from <https://thedesignconcept.co.uk/news/gold-award-for-great-sankey-neighbourhood-hub/>
- TICC. (2017). Transforming Integrated Care in the Community. Retrieved July 31, 2022, from <https://www.interreg2seas.eu/en/ticc>
- UDP. (2013). *Las personas mayores y los problemas de accesibilidad. Barómetro mayores UDP* (Vol. Informe 5.). Retrieved from <https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2014/09/Accesibilidad.pdf>
- Ulrich, R. S. (1984). View Through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science*, 224, 420–421.
- Ulrich, R. S. (1999). Effects of gardens on health outcomes: theory and research. *Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations*, (2), 27–86. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/304109537_Effects_of_gardens_on_health_outcomes_theory_and_research
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201–230. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80184-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80184-7)

- UN-Habitat. (2022). *Envisaging the Future of Cities. World City Report*.
- UN-Habitat, & WHO. (2020). *Integrating health in urban and territorial planning: A sourcebook*.
- UNIR. (2022). Terapia de reminiscencia. Retrieved September 3, 2022, from <https://www.unir.net/salud/revista/terapia-de-reminiscencia/>
- Vassos, E., Pedersen, C. B., Murray, R. M., Collier, D. A., & Lewis, C. M. (2012). Meta-Analysis of the Association of Urbanicity With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1118–1123. Retrieved from <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/38/6/1118/1860155>
- Verdaguer, C. (2005). *Evaluación del espacio público. Indicadores experimentales para la fase de proyecto*. Universidad Politécnica de Madrid, Madrid.
- Vidal-Folch, I. (2022). España fea. El libro de Andrés Rubio, “España fea”, denuncia el saqueo y destrucción del patrimonio paisajístico y arquitectónico en nuestro país. Retrieved May 11, 2022, from https://cronicaglobal.lespanol.com/letraglobal/artes/arquitectura/espana-fea_655025_102.html
- VOICE. (n.d.). VOICE. Retrieved January 21, 2020, from <https://www.voice-global.org/>
- VVSG. (2021). Association of Flemish Cities and Municipalities. Retrieved July 14, 2022, from <https://www.vvsg.be/>
- VZW. (n.d.). Familiezorg West-Vlaanderen. Retrieved July 17, 2020, from <https://www.familiezorg-wvl.be/>
- Wayalia. (2017). El cuidado de ancianos: ¿cómo funciona en cada país? Retrieved July 31, 2022, from <https://wayalia.es/el-cuidado-de-ancianos-como-funciona-en-cada-pais/>
- Werner, C. M., Altman, I., & Oxley, D. (1985). Temporal Aspects of Homes. In Irwin Altman & C. M. Werner (Eds.), *Home environments. Human Behaviour and Environment* (pp. 1–32). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2266-3_1
- WHO. (2017a). Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025. *World Health Organization*, 52. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/
- WHO. (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. France. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>
- WHO. (2021a). *Global status report on the public health response to dementia*. Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
- WHO. (2021b). *Towards a dementia- inclusive society. WHO toolkit for dementia-friendly initiatives (DFIs)*. Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031531>

- WHO. (2022). Dementia-friendly initiatives. Retrieved October 8, 2022, from <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/5206>
- WHO European Healthy Cities Network. (n.d.). Healthy Cities approach. Retrieved July 10, 2020, from <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>
- WHO, W. H. O. (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Geneva. Retrieved from https://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/en/
- WHO, W. H. O. (2017b). *Caídas*. Retrieved from <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.html>
- WHO Western Pacific Region. (2020). *Promoting dementia-inclusive communities. A strategic communications toolkit*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789290619314>
- Wicking Dementia Research and Education Centre. (2020). Preventing Dementia MOOC. University of Tasmania. Retrieved from <https://www.utas.edu.au/wicking/preventing-dementia>
- Wijffels, M., van Kollenburg, J., & van Wulfften Palthe, L. (2013). Kwiek Beweegroute. Retrieved January 15, 2020, from <http://kwiekbeweegroute.nl/>
- Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y. T., Prina, A. M., Winblad, B., ... Prince, M. (2017). The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimer's and Dementia*, 13(1). <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.07.150>
- Wimo, A., & Prince, M. (2010). *World Alzheimer report 2010: the global economic impact of dementia*. Retrieved from <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>
- Wolfe, A. (2017). *DEMENTIA FRIENDLY COMMUNITIES: Municipal Toolkit*. Saskatchewan. Retrieved from www.DementiaFriendlySaskatchewan.ca
- Woodbridge, R., Sullivan, M. P., Harding, E., Crutch, S., Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., ... Wilson, L. (2018). Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: A systematic review. *Dementia*, 17(5), 533–572. <https://doi.org/10.1177/1471301216648670>
- Woodward, M., Arthur, A., Darlington, N., Buckner, S., Killett, A., Thurman, J., ... Goodman, C. (2019). The place for dementia-friendly communities in England and its relationship with epidemiological need. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(1), 67–71. <https://doi.org/10.1002/gps.4987>
- World Atlas. (n.d.). Countries by life expectancy. Retrieved October 1, 2022, from <https://www.worldatlas.com/articles/countries-by-life-expectancy.html>
- Wortmann, M. (2013). Importance of national plans for Alzheimer's disease and dementia. *Alzheimer's Research & Therapy*, 5(5), 40. <https://doi.org/10.1186/alzrt205>
- Wu, Y.-T., Fratiglioni, L., Matthews, F. E., Lobo, A., Breteler, M. M. B., Skoog, I., & Brayne, C. (2016). Dementia in western Europe: epidemiological evidence and

implications for policy making. *The Lancet Neurology*, 15(1), 116–124. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00092-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00092-7)

WZC De Weister. (2012). Woonzorgcentrum De Weister. Retrieved February 20, 2020, from <https://www.kortrijk.be/zorg/adressen/woonzorgcentrum-de-weister>

Yin, R. (2017). *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. (SAGE Publications, Ed.) (Sexta).

Zarco Colón, Juan Ramasco Gutiérrez, M., Marcos Pedraz, A., & Palmar Santos, A. M. (2019). *Investigación cualitativa en salud (Cuadernos Metodológicos)*. (Centro de Investigaciones Sociológicas, Ed.) (Primera). Centro de Investigaciones Sociológicas. Retrieved from <https://www.une.es/investigacion-cualitativa-en-salud>

Zunzunegui, M. V. (2022). COVID-19 en centros residenciales de personas mayores: la equidad será necesaria para evitar nuevas catástrofes. *Gaceta Sanitaria*, 36(1), 3–5. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.06.009>

CAPÍTULO 9. ANEXOS

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

ANEXO II. TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTAS REALIZADAS

ANEXO III. TABLAS DE EVALUACIÓN MULTIESCALA DEL ESPACIO PÚBLICO Y ENTORNOS

ANEXO IV. CERTIFICADO DE VISITA INSPIRACIONAL DE HOGWEYK (WEESP)

ANEXO V. CERTIFICADO CURSO ESPECIALIZACIÓN DEMENCIA Y DISEÑO (DSDC) UNIVERSITY OF STIRLING

ANEXO VI. CERTIFICADO ESTANCIA INTERNACIONAL EN NEWCASTLE UNIVERSITY

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

1. PRINCIPIOS DE DISEÑO Y CRITERIOS DEL ENTORNO FÍSICO PARA ESPACIOS PÚBLICOS Y BARRIOS AMIGABLES CON LAS PERSONAS CON DEMENCIA	365
Tabla 1. <i>Neighbourhoods for life y Dementia and Town Planning</i>	365
Tabla 2. <i>Creating Dementia-friendly Business/Organisation</i>	368
Tabla 3. <i>Design for Dementia</i>	369
2. PRINCIPIOS Y RECOMENDACIONES DE DISEÑO PARA JARDINES TERAPÉUTICOS PARA PERSONAS CON DEMENCIA.....	370
Tabla 4. Diseño de jardines y espacios naturales integrados con los edificios y alternativas residenciales	370
Tabla 5. Jardines y entornos naturales para los cuidados.....	372
3. FACTORES ESPECÍFICOS Y SÍNTOMAS DE LA DEMENCIA Y PRINCIPIOS DE DISEÑO FACILITADORES	373
Tabla 6. <i>Health Building Note 08-02. Dementia-friendly Health and Social Care Environments</i>	373
Tabla 7. <i>Dementia Enabling Environments (DEE)</i>	385

1. PRINCIPIOS DE DISEÑO Y CRITERIOS DEL ENTORNO FÍSICO PARA ESPACIOS PÚBLICOS Y BARRIOS AMIGABLES CON LAS PERSONAS CON DEMENCIA

Tabla 1. *Neighbourhoods for life y Dementia and Town Planning*

Principios de diseño y criterios del entorno físico para espacios públicos y abiertos para desarrollar barrios para la vida amigables con las personas con demencia.

Criterios y recomendaciones de diseño de <i>barrios para la vida</i> (“neighbourhoods for life”)	Principios de diseño del entorno					
	familiar	legible	distintivo	accesible	confortable	seguro
Tamaño y escala del desarrollo o del entorno						
Las transformaciones deben de ser paulatinas y de pequeña escala (evitar cambios radicales).	X					
Los espacios y edificios preexistentes deben ser mantenidos o renovados.						
Las tipologías y organización de las viviendas y edificios residenciales deben ser compactos.						
Mezcla de usos y tipologías en el desarrollo						
Proveer de variedad de usos, funciones y tipologías de vivienda flexibles.				X		
Asegurar que las viviendas no estén a más de 500 m de los servicios locales básicos primarios, como tienda de alimentación general, parada de transporte público, oficina de correos, banco o centro de salud.				X		
Asegurar que las viviendas no estén a más de 800 m de los servicios y equipamientos secundarios, como un espacio público abierto, una biblioteca, espacios religiosos o espirituales, servicios comunitarios o equipamientos de ocio.				X		
Diseño y planificación						
Utilizar una trama urbana irregular.						
Jerarquizar el tipo de calles: calles principales, calles secundarias, travesías o pasajes.		X				
Las manzanas deben ser pequeñas.		X				
Las calles deben estar conectadas en curvas de más de 90°.						
Las calles deben ser relativamente cortas, de sección estrecha y con trazado curvo.		X				
Diseñar las intersecciones bifurcadas, escalonadas o en T.		X				
Proveer de alternativas tranquilas frente a las calles principales concurridas y con tráfico. Esto puede diseñarse en dos bandas de circulación peatonal diferenciadas de paseo en una misma calle o calles diferenciadas.						
Espacios abiertos						
Los espacios exteriores locales deben ser acogedores, pequeños e informales, con variedad de elementos y actividades en ellos.			X		X	
Debe existir variedad de espacios abiertos como parques, plazas, huertos urbanos, jardines, patios, etc.			X			

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS
DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Los espacios exteriores deben tener acceso a baños públicos, asientos y bancos, zonas de refugio, iluminación y puntos de agua para consumo.				x	X	
Los espacios exteriores han de estar libres y alejados del tráfico motorizado, pudiendo haber calles completamente peatonales.					x	
Forma y estilo de los edificios						
La identidad local y los elementos identitarios de las construcciones deben ser mantenidos.						
Asegurar cierta variedad en la forma y tipología de los edificios.			x			
Las calles, edificios y otros elementos arquitectónicos deben ser variados, manteniendo los estilos locales, colores, materiales y formas que son fácilmente reconocibles por las personas mayores.	x		X			
La función de los espacios y de los edificios ha de resultar evidente y obvia.	x					
Las entradas de acceso a los edificios y otros espacios han de ser reconocibles, visibles y acogedoras.		x		X		
Las puertas o portones no deben tener más de 2 kg de presión para abrirse y deben tener manijas de palanca.				x		
Utilizar muretes bajos, vallas o arbustos para la separación del espacio público y privado.						
Los espacios y los edificios deben ser diseñados y orientados para evitar la creación de áreas con sombras oscuras o brillos y reflejos.						X
Elementos de referencia o hitos						
Los edificios y edificios cívicos históricos deben ser mantenidos.			x			
Mantener o integrar las estructuras distintivas existentes.			x			
Mantener o incorporar las distintas zonas de actividades.						
Ubicar el mobiliario o los elementos estéticos más identitarios y distintivos en puntos estratégicos, como cruces e intersecciones.		X				
Señalética y símbolos						
Las señales deben dar la información esencial de una forma clara y simple.	x					
Se debe evitar el desorden en las calles, como plétora de letreros y carteles, vallas publicitarias y bolardos.					X	
Las señales deben evitar superficies reflectantes e iluminación que no refleje.	x					
Los textos y los símbolos deben ser suficientemente grandes y en color claro y contrastado con el color de fondo (preferiblemente letras oscuras sobre fondo claro).		x				
Las señales de dirección deben estar situadas preferiblemente en postes y señalar una única dirección.		x				
Las señales para dar direcciones sobre servicios y equipamientos primarios deben ubicarse en perpendicular a las paredes o muros.		x				
Mobiliario urbano						
Debe existir variedad de elementos estéticos y funcionales en el espacio público, como mobiliario urbano y arbolado			X			
El mobiliario urbano ha de tener un diseño familiar y reconocible para personas mayores.			x			
Los asientos públicos deben ser resistentes, robustos y de materiales que no sean conductores del frío o del calor.					x	
Los asientos públicos deben tener reposabrazos y respaldos.						
Los asientos públicos deben de estar situados cada 100 m.						
Los refugios, las paradas de autobús o zonas estanciales deben estar recogidas y contar con asientos.					x	
Las cabinas de teléfono deben estar preferiblemente cerradas.					x	
Itinerarios, paseos y pasos peatonales						
Los cambios de nivel deben evitarse siempre que sea posible.				x		

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Las rampas y desniveles deben de ser suaves, con una pendiente máxima entre 1 y 20 grados. Se utilizarán escalones solo cuando sea imposible salvar los desniveles.				x		
Señalar e iluminar los cambios de nivel, utilizar superficies antirresbaladizas, antirreflejantes, lisas e incorporar barandillas.						x
Los árboles, aparcamientos en superficie y los carriles bici deben ser utilizados para separar los itinerarios peatonales del tráfico.						
Las barreras acústicas, como vallado o setos, ayudan a reducir y minimizar el ruido ambiental.					X	
Los carriles bici deben estar separados de las zonas peatonales y señalizados de forma clara.						x
Disponer los pasos de peatones y los baños públicos a nivel de suelo.				x		
Los pasos de peatones deben estar señalizados e indicados con señales acústicas y disponer de tiempos de paso suficientes para que las personas mayores puedan cruzar a su ritmo.						x
La iluminación de la calle debe asegurar unos niveles mínimos y adecuarse a personas con discapacidad visual.						x
Las aceras deben ser amplias y anchas, con pavimento en buen estado de mantenimiento, liso y antirresbaladizo.				x		X
El pavimento debe ser liso y antirreflejante, en colores claros con contraste suficiente con muros, carriles bici o con elementos de calmado de tráfico.						x
Las rejillas y los desagües deben estar enrasados con el pavimento con aberturas más pequeñas que el diámetro de un bastón.						
Los árboles situados en las aceras tienen hojas de pequeño tamaño para evitar que se adhieran al pavimento cuando están mojadas.						x

x: coincidencia con otra guía de diseño y de recomendaciones;

X: coincidencia con más de una guía de diseño

Fuente: Elaboración propia a partir de las guías "Neighbourhood for Life" y "Dementia and Town Planning" (Mitchell & Burton, 2006; Mitchell, Burton, & Raman, 2004; RTPi, 2017).

Tabla 2. *Creating Dementia-friendly Business/Organisation*

Espacios abiertos y edificios
El espacio público y las zonas de jardines están en buen estado de mantenimiento, limpias y son agradables.
Los asientos y bancos públicos en espacios exteriores son suficientes y son seguros.
Las zonas que están descubiertas en los parques aseguran la accesibilidad en todas las condiciones climáticas.
Las aceras e itinerarios peatonales son amplios, están nivelados cuando es posible, son antirresbaladizos, están libres de obstáculos y en buen estado de mantenimiento.
Los carriles bici están siempre separados de los itinerarios y recorridos peatonales.
Los pasos de peatones son adecuados en número y son funcionales para personas con distintos niveles de discapacidad con bandas antirresbaladizas.
Los pasos de peatones tienen señales visuales y auditivas y tienen una duración suficiente para cruzar.
Existen hitos visuales que mejoran la orientación, como zonas ajardinadas, murales, fuentes de agua y otros elementos.
Las entradas a los edificios son suficientemente claras y evidentes.
La iluminación de las calles está distribuida de forma homogénea y uniforme asegurando unos niveles de iluminación continuos y suficientes para personas con demencia o con menor capacidad visual.
Los cambios de nivel están claramente marcados y bien iluminados con pasamanos, son antirresbaladizos y con superficies antirreflejantes.
Los edificios están bien señalizados en el exterior y en el interior, con suficientes puntos de apoyo o asientos, baños accesibles, ascensores, rampas, barandillas y superficies de suelo antirresbaladizas.
Los baños están en buen estado de mantenimiento, limpios, accesibles y adecuados en número con una señalética adecuada.
Las paradas de autobús están cerradas y protegidas y tienen asientos adecuados.
El desorden de la calle es mínimo, incluyendo la señalización excesiva, la música, los anuncios y los bolardos.
El sonido de fondo es mínimo gracias a barreras acústicas como vegetación o césped, más que superficies duras, árboles, setos o vallas.
La señalética tiene gráficos y símbolos de tamaño suficiente y en contraste claro respecto al fondo, preferiblemente letras oscuras sobre fondo claro.
Las señales están suficientemente iluminadas sin brillos y con superficies no reflejantes.
Existen espacios tranquilos de fácil acceso y disponibles para personas que puedan sentirse ansiosas o confusas.

Fuente: Traducción y adaptación a partir de la tabla *Outdoor Areas and Buildings* en *Creating Dementia-friendly Communities – Business/Organisation Toolkit* (Dementia Australia, 2018, p.16).

Tabla 3. *Design for Dementia*

Diseño del espacio público
Reconocer el estímulo que supone incorporar “la historia del lugar” en el diseño del espacio público.
Incorporar arbolado en el espacio público y privado.
Los espacios y lugares del espacio público deben incorporar elementos espaciales del pasado y del futuro para crear variedad y diversidad con un “collage” evocador de recuerdos y memorias. El objetivo de los barrios amigables con la demencia debería ser ayudar a reavivar la memoria.
Incluir elementos de agua ornamentales o equipamientos seguros en el espacio público.
Los asientos o bancos deben de estar en una posición adecuada respecto a la vegetación, árboles o setos. Los jardines y espacios verdes deben ser legibles, incorporando en el diseño la estimulación de la variedad de sentidos, como el tacto, el olfato, la vista, el sabor y el oído, teniendo en cuenta las posibles diversidades funcionales.
Asegurar la accesibilidad a los centros espirituales, iglesias, o entornos comunitarios que den apoyo espiritual.
Los jardines y parques deben de ser seguros para permitir que en ellos puedan deambular y moverse las personas con demencia de forma segura.
Existencia de servicios y equipamientos sociosanitarios en el entorno de proximidad.
Acceso próximo a puntos de transporte público, trenes y autobuses.
Variedad de tiendas locales y variadas a una distancia de proximidad.
Bibliotecas y clubs de lectura en el entorno de proximidad, así como quioscos, supermercados, oficinas de correos, bancos, etc.
Los posibles problemas y distorsiones en la percepción visual de las personas que viven con demencia requieren una consideración especial en el diseño de los espacios interiores y exteriores. Existen peligros que pueden surgir de cambios arbitrarios como el tono de una superficie o cambios de nivel que pueden ser no resultar perceptibles debido a la falta de contraste creando un peligro de tropiezo.
Las vistas a entornos naturales y el acceso a espacios para poder caminar, socializar y estar en el exterior tienen beneficios muy positivos (terapéuticos) para las personas con demencia.
Los colores -especialmente los tonos rojos/amarillos del espectro- se identifican mejor. El contraste entre los distintos tonos se puede utilizar para distinguir un itinerario, o para identificar la diferencia entre superficies, o formas horizontales y verticales.
Los colores pueden ayudar a identificar una puerta principal en un conjunto de elementos con propiedades homogéneas y uniformes.
Los patrones demasiado fuertes o prominentes pueden causar molestias, como, por ejemplo, pavimentos con forma de espiga con juntas demasiado pronunciadas o cortinas o tapicerías con estampados grandes. Una apariencia irregular de la superficie del suelo o “parches” con tonos o colores más oscuros pueden ser confusos, ocasionar dudas o, incluso, accidentes. Una baldosa oscura puede ser interpretada como un agujero.
La orientación a través de la familiaridad de un entorno ayuda a la legibilidad. Esto se consigue manteniendo las imágenes de edificios o lugares reconocibles más antiguos.
Las obstrucciones y el desorden en el entorno provocan confusión y distintos trastornos, lo que dificulta el movimiento y la autonomía de las personas con demencia.
Los entornos y espacios pueden favorecer la socialización de las personas. Los entornos “institucionales” no invitan a la interacción social (por ejemplo, ubicación de las sillas en el perímetro de una sala o en filas paralelas).
El sentido del lugar se puede desarrollar mediante la creación de identidad a gran o pequeña escala; por ejemplo, asientos o bancos en una gama de colores o diseños, calles con características distintivas en lugar de uniformidad repetitiva.

Fuente: Traducción y adaptación a partir de *Design for Dementia* Volúmenes 1 y 2 (Halsall & MacDonald, 2017b, 2017a).

2. PRINCIPIOS Y RECOMENDACIONES DE DISEÑO PARA JARDINES TERAPÉUTICOS PARA PERSONAS CON DEMENCIA

Tabla 4. Diseño de jardines y espacios naturales integrados con los edificios y alternativas residenciales

Diseño de jardines y espacios naturales integrados con el entorno construido
Acceso, movimiento y orientación
Proporcionar un acceso nivelado a las áreas del jardín desde las salas comunes o patios privados. Maximizar las vistas a los espacios naturales.
Crear balcones seguros y generosos en los pisos superiores para maximizar la disponibilidad del espacio externo y permitir que los residentes accedan al aire fresco, la luz del sol y las vistas del entorno natural.
Ubicar las mayores superficies y mayor número de espacios disponibles para jardines orientadas al sur, este u oeste del edificio, sin proyecciones de sombras de otras edificaciones colindantes.
Los itinerarios en los espacios exteriores deben trazarse de manera legible, clara, nivelada y sin barreras arquitectónicas o visuales para promover la confianza y la independencia. Los senderos alrededor del jardín deben ser visibles, reconocibles y estar claramente señalizados. No tener acceso a un jardín o espacio exterior que se ve puede resultar en un comportamiento agitado o ansioso.
Incluir itinerarios circulares o en anillo para la deambulación. Los paseos nunca deben terminar en callejones sin salida y las puertas de acceso deben estar ocultas o camufladas.
Instalar elementos de apoyo a la navegación e hitos, como plantas con colores o aromas fuertes y vivos, esculturas o elementos memorables para ayudar a orientarse.
Diseñar el espacio exterior con temáticas coherentes con temas y colores complementarios que ayuden a facilitar la orientación.
Instalar elementos de apoyo a la navegación e hitos, como plantas con colores o aromas fuertes y vivos, esculturas o elementos memorables para ayudar a orientarse, en esquinas, intersecciones, zonas estanciales o en los puntos de acceso.
Los caminos han de ser lo suficientemente anchos para dos personas para poder pasear acompañado y utilizar sillas de ruedas. Incorporar espacios para sentarse y descansar a lo largo de las rutas.
Memoria y mapas mentales
Muchas personas con demencia pueden tener experiencia en jardinería. Posibilitar y favorecer el acceso al espacio exterior puede desencadenar recuerdos positivos y brindar una sensación de logro. Existen múltiples actividades que pueden desarrollarse en el exterior, como tender la ropa, recoger flores y cultivar hierbas y vegetales para cocinar.
Las características de un jardín -que incluyen imágenes y olores particulares- pueden estimular los recuerdos de la persona, generando una fuerte sensación de normalidad, seguridad y refugio.
Estimulación sensorial
A pesar de que algunas personas pueden presentar deficiencias sensoriales -pérdida de la audición o visión deficiente- el entorno exterior puede brindar oportunidades para la contemplación, para aliviar el estrés, la ansiedad y el comportamiento agresivo, que son síntomas potenciales de la demencia.
Evitar materiales pulidos como mobiliario urbano de acero inoxidable que pueda generar deslumbramientos o pavimentos brillantes y reflejantes que puedan confundirse con charcos o superficies resbaladizas.
El agua es un elemento que puede estimular el oído, el tacto y mejorar el confort térmico y acústico. Debe introducirse de manera segura y controlada, como estanques poco profundos o fuentes.
Asegurar mesas de cultivo accesibles para los usuarios de sillas de ruedas y aquellas personas que tengan dificultad para agacharse.
Iluminar los caminos, los árboles y otros elementos dentro del jardín para mejorar la seguridad y permitir que los jardines se disfruten por la noche (esto es particularmente importante para los residentes que experimentan una sensibilidad aguda a la luz solar).
Proporcionar oportunidades para la elección, la intuición, el aprendizaje y la autonomía.
Refugio y sombra

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Incorporar en el diseño y programa espacios protegidos, como galerías o terrazas cerradas para poder disfrutar de los espacios exteriores a lo largo de todo el año.

Asegurar que las zonas estanciales estén protegidas del viento y de la radiación excesiva con elementos de protección como pérgolas, trepadoras y arbolado caducifolio. Crear microclimas con condiciones de confort.

Proporcionar oportunidades suficientes para relajarse en lugares sombreados para mitigar la posible sensibilidad de la piel a la luz solar provocada por algunos medicamentos.

Actividades de mantenimiento y jardinería

La participación en actividades de jardinería (por ejemplo, los residentes pueden identificar el proceso de los alimentos cultivados para luego cocinar) puede ser un elemento que ayude a reunir a los residentes, las familias y el personal.

Los proyectos de jardinería favorecen que las personas conserven un sentido de identidad, mientras trabajan junto con el personal de atención y los coordinadores de actividades en el propio mantenimiento del jardín.

Estrategia de siembra

Crear una paleta de plantas y cultivos que reflejen el cambio estacional para facilitar la asociación del paso de las estaciones y cronología natural con la persona. Incorporar también los distintos elementos sensoriales empleando combinaciones de colores, texturas, sonidos y aromas dentro de esquemas claramente definidos.

Incluir árboles de tamaño pequeño a mediano para proporcionar sombras en las áreas de descanso.

Evitar plantas tóxicas, espinosas o especies con hojas dentadas, o colocar las plantas con bayas coloridas o brillantes o frutas no comestibles fuera del alcance.

Consideraciones de seguridad

Incorporar parasoles o pérgolas en las entradas para facilitar la adaptación de los ojos al cambio de los niveles de iluminación desde el interior al exterior.

Los límites del espacio deben ser seguros y estar bien protegidos con una combinación de barrera física y plantaciones que ayuden a camuflarlos.

Incluir barreras vegetales próximas a las ventanas en planta baja para mejorar la privacidad y la seguridad.

Incorporar elementos de apoyo o barandillas según la normativa vigente para facilitar el uso de los espacios exteriores; así como barandillas o balaustradas que den seguridad en las terrazas o balcones (altura mínima recomendable 1,8 m).

Diseño de las barandillas y balaustradas, o estructuras decorativas que impidan trepar. Igual atención al mantenimiento de la vegetación para evitar el riesgo de escalada.

Evitar un fuerte contraste tonal en los acabados de las superficies adyacentes (algunas personas con demencia son sensibles a la luz brillante y al deslumbramiento por reflexión de las superficies, y también pueden confundir un cambio de tono o color con un escalón o cambio de nivel).

Valorar el tipo de riesgos que se quieren asumir en un diseño diverso y variado, sin comprometer la seguridad de la persona, pero sí estimular la autonomía e independencia.

Naturaleza y vida silvestre

Seleccionar plantas que favorezcan la biodiversidad e instalar nidos y bebederos o baños para pájaros para favorecer la vida silvestre en el jardín para el disfrute y estímulo de los residentes.

Fuente: Traducción y adaptación a partir de (Chalfont & Walker, 2013; PRP Architects LLP, 2013).

Tabla 5. Jardines y entornos naturales para los cuidados

Jardines y naturaleza para los cuidados
Zonas para cocinar o comer al aire libre, en la naturaleza.
Crear huertos con árboles frutales, verduras y plantas comestibles.
Reservar y disponer de zonas de hierba sin podar ofrece un estímulo sensorial positivo.
Incluir elementos de agua ornamentales o equipamientos seguros en el espacio público.
Los accesos y entradas de seguridad o servicios y el vallado han de estar camufladas en el diseño de los espacios para evitar la sensación de estar atrapados o encerrados.
Cobertizos, espacios seguros para talleres o manualidades para facilitar que las personas mantengan sus hobbies, incorporando utensilios seguros.
Promover las oportunidades de cuidar de animales reduce los sentimientos de impotencia y permite desarrollar compromisos significativos.
Incluir mesas de cultivo elevadas y accesibles para cultivar vegetales o hierbas en altura.
Incluir flores y plantas atractores de insectos y mariposas, así como bebederos y comederos para pájaros.
Evitar especies tóxicas o alergénicas y seleccionar plantas con floraciones diversas a lo largo de todo el año y distintas características sensoriales. Elija plantas con diferentes cualidades sensoriales y colóquelas apropiadamente.
Incluir suficientes zonas protegidas de la radiación excesiva para sentarse y relajarse.
Incluir áreas de descanso resistentes a la intemperie para ofrecer zonas protegidas de la lluvia o el viento para un mínimo de tres personas con estímulos sensoriales cercanos.
Los instrumentos musicales al aire libre ofrecen un estímulo multisensorial, pueden actuar como puntos de referencia para ayudar a la orientación y son elementos que favorecen la interacción intergeneracional.
Los tendederos accesibles fomentan las oportunidades familiares y significativas de participación en el jardín o espacio exterior.
Ubicar asientos cerca de la entrada principal de un edificio o espacio para producir una sensación de seguridad y protección.
Un aviario o mariposario son elementos estimulantes y favorecen el interés y compromiso con el cuidado de los animales.
Asegurar que los caminos son seguros, con un pavimento firme y drenante; y que estén despejados dentro del jardín (considerar las ramas colgantes, plantas con espinas, musgo, moho, adoquines irregulares o rotos o grava suelta).
Incluir un área de juegos para niños/as para fomentar la interacción y el compromiso con las familias y las escuelas/guarderías/ludotecas locales.

Fuente: Traducción y adaptación a partir de (DEEP, 2020).

3. FACTORES ESPECÍFICOS Y SÍNTOMAS DE LA DEMENCIA Y PRINCIPIOS DE DISEÑO FACILITADORES

Tabla 6. Health Building Note 08-02. Dementia-friendly Health and Social Care Environments

Síntomas y necesidades de las personas con demencia y principios de diseño facilitadores del cuidado.

Principio 1. Proveer de un entorno seguro	
Las personas que viven con demencia requieren entornos de cuidados sociosanitarios que sean seguros y donde sea fácil moverse y desenvolverse, para que puedan llevar a cabo de la mejor forma posible las habilidades que les quedan.	
Retos de la edad y del envejecimiento	Entornos para los cuidados
<p>Muchos de los síntomas asociados a la demencia reducen significativamente la seguridad de las personas que viven con la demencia. Esto puede estar relacionado con el deterioro cognitivo, físico o sensorial de múltiples formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deterioro sensorial asociado con la disminución de las capacidades de vista, oído, sabor, olor y tacto. Las personas que viven con demencia pueden encontrar difícil distinguir y diferenciar estímulos que tienen lugar de forma simultánea y pueden sentirse confundidos. Esto puede derivar en una mayor exposición a riesgos y a una necesidad de supervisión continua a medida que la enfermedad va progresando. - Deterioro cognitivo asociado con la pérdida de concentración y de memoria, desorientación y una percepción reducida del tiempo. Esto puede derivar en perderse, desorientado o en la necesidad de irse de un lugar. - Deterioro físico asociado con el equilibrio, la marcha, habilidades motrices, mayor fragilidad y dificultades visuoespaciales. La falta de actividad física aumenta el riesgo de sufrir obesidad, diabetes, enfermedades cardíacas o un derrame cerebral, y el riesgo de caídas, ya que la falta de equilibrio y la disminución de la resistencia muscular son las principales causas el aumento de riesgo de caídas. 	<p>Los entornos amigables con la demencia para facilitar los cuidados sociosanitarios deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar diseñados para ser entornos seguros con un control de seguridad sin obstrucciones incorporando elementos de seguridad y barreras integradas sin que sean percibidas, ya que de lo contrario puede derivar en mayor frustración y agitación. - Estos entornos deben incluir elementos de diseño apropiados, incrementando la intensidad de la iluminación y el contraste, las barandillas con suficiente contraste con el fondo, soportes para caminar apropiados, antideslizantes, con un pavimento mate sin patrones ni elementos de sombras, texturas contrastadas y/o colores al inicio y al final de las escaleras, contraste en los bordes de los escalones, y tecnología apropiada y sensores para reducir el riesgo de resbalones, tropiezos y caídas. - Almacenamiento seguro de materiales peligrosos, en lugares con poco contraste y camuflados sin marcar las entradas reduciendo así el riesgo de accesos inadecuados. - Hitos y señales para mejorar la orientación y la navegabilidad y así reducir el riesgo de perderse o desorientarse. - Elementos distintivos visuales para reducir el riesgo de desnutrición y deshidratación. - Entornos interiores y exteriores seguros, nivelados y despejados para reducir el riesgo de inactividad y caídas. - Diseñar elementos que reduzcan el riesgo de infecciones. - Superficies antirresbaladizas en baños, aseos y otros cuartos húmedos.
Consideraciones para los distintos niveles y tipos de demencia	Evitar
<ul style="list-style-type: none"> - Las personas con Demencia de Cuerpos de Lewy pueden experimentar alucinaciones y tener dificultades con el equilibrio y juzgando las distancias, lo que puede progresar más rápidamente con el tiempo. - La mayoría de los síntomas de la demencia de cuerpos de Lewy son progresivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliario, accesorios, herramientas peligrosas y otros elementos que puedan ocasionar un accidente. - Plantas tóxicas. - Agua demasiado caliente (instalaciones) y grifos difíciles de reconocer. - Bordes afilados o accesorios que puedan suponer un riesgo.

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS
DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Principio 2. Proveer de niveles suficientes de estímulos

Las personas que viven con demencia necesitan niveles óptimos de estimulación. La demencia puede reducir la capacidad de filtrar y procesar los estímulos, y solo atender aquellos que resultan importantes, creando por lo tanto dificultades a la hora de atender a distintos niveles y tipos de estimulación. No obstante, la privación excesiva la estimulación sensorial también puede tener impactos negativos.

Retos de la edad y del envejecimiento	Entornos para los cuidados
<p>Las personas con demencia pueden tener dificultades con la sobreestimulación sensorial, lo que puede incrementar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las distracciones, la confusión y las agitaciones. - sobrepasar los umbrales de estrés - agravar la pérdida auditiva relacionada con la edad y la demencia - puede estar más acentuado por el deterioro visual. <p>Al mismo tiempo, la privación sensorial es común en las personas que viven con demencia, lo cual tiene otras consecuencias que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pueden estar causadas por la falta de una estimulación apropiada que el propio entorno provea. - Contribuya a un aumento de confusión y agitación - Lleve a la apatía. - Reduzca la comunicación y la interacción con el personal. - Reduzca el rendimiento funcional y la atención en el entorno. 	<p>Los entornos amigables con la demencia para facilitar los cuidados sociosanitarios deben:</p> <p>Estar diseñados considerando los cinco sentidos, minimizando la exposición a los estímulos negativos, como entornos ocupados y llenos de gente, paredes y pavimentos con patrones, desorden y accesorios innecesarios, ruido de televisiones, alarmas y otros ruidos similares</p> <p>Proveer de estimulación positiva para permitir a las personas que viven con demencia tocar, ver, oír y oler distintos elementos como superficies táctiles y sensoriales, artesanías o elementos artísticos atractivos, música calmante o vegetación y elementos naturales. Esto provee referencias que les ayudan a situarse y a orientarse y a saber qué pueden hacer. Estos elementos tienen que estar diseñados con cuidado para que no incrementen el desorden y lleven a un sobreestímulo.</p> <p>Estos entornos deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entornos multisensoriales, como habitaciones sensoriales que combinen elementos de diseño interior con elementos ambientales que generen experiencias multisensoriales. El personal necesita tener una formación específica para asegurar que los recursos son utilizados con el mayor efecto. En algunos casos se pueden utilizar elementos móviles o incorporar estos elementos en habitaciones flexibles como medidas más económicas. - Áreas donde las personas que viven con demencia pueden participar en actividades significativas y con un propósito. - Salas pequeñas y salitas que ayuden a reducir la sobre estimulación. - Áreas tranquilas donde las personas que viven con demencia puedan buscar calma. - Jardines sensoriales para estimular los sentidos, disfrutando de varias formas de estimulación sensorial como aire fresco, fragancias, vistas, trino de pájaros, radiación solar y rayos de sol. - Actividades al aire libre variadas y con propósito como jardinería, recoger flores, alimentar pájaros...

Consideraciones para los distintos niveles y tipos de demencia

- Los diseñadores deben tener en cuenta que las distintas estrategias para la estimulación sensorial pueden aplicarse a medida que la enfermedad progresa.
- La estimulación sensorial es especialmente importante en los últimos estadios de demencia, cuando puede que no sea posible procesar la información o comunicarse con palabras, pero sí mantener la habilidad de responder a una estimulación sensorial adecuada.

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Principio 3. Proveer de una iluminación adecuada y suficiente contraste

La iluminación es un aspecto significativo del diseño de los edificios y uno de los principales elementos que contribuyen al entorno visual. El diseño de la iluminación puede ayudar a definir la función de un espacio, especialmente para las personas mayores o con problemas de visión.

Retos de la edad y del envejecimiento	Entornos para los cuidados
<p>Las personas que viven con demencia en residencias de larga duración o que pasan bastante tiempo en una residencia o centro asistencial a veces experimentan una exposición reducida a la luz, lo cual puede afectar a los ritmos circadianos y causar desórdenes en el sueño como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para conciliar el sueño. - Síndrome crepuscular. - Caminar durante la noche. - Levantarse demasiado pronto. - Sentirse cansado y fatigado después de despertarse. - Estar aletargado y con sueño durante el día. <p>La vista se deteriora con la edad y puede incluir los siguientes efectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la agudeza visual. - Disminución de la vista natural. - Deterioro de la sensibilidad del campo visual. - Reducción de la visión del color generalizada (los colores se perciben con menos brillo y el contraste entre colores distintos colores se perciben peor). - Disminución de la sensibilidad al contraste, lo que afecta también a la habilidad de percibir la profundidad. - Dificultad para adaptarse a la luz intensa o a la oscuridad. - Incapacidad para tolerar los brillos. 	<p>Los entornos amigables con la demencia para facilitar los cuidados sociosanitarios deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proveer de luz natural, permitiendo que la luz solar esté presente a lo largo del día. - Proveer de niveles altos de iluminación para garantizar una iluminación adecuada de las áreas principales. - Garantizar la uniformidad de la luz y reducir las áreas oscuras donde el contraste con partes más iluminadas de la habitación puede inhibir la visión. <p>Estos entornos deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducir la exposición a la luz durante la noche ya que puede estar asociada con síntomas depresivos (control de luz, evitar las luces fuera de la habitación y elementos para aislar la cama pueden ser de ayuda) - Reducir los brillos de los accesorios de iluminación, evitar una vista directa desde la cama y las zonas de estar sentado. - Apoyar la autonomía y la independencia facilitando una iluminación apropiada entre la cama y el baño en las habitaciones y un color con contraste alto en la taza del inodoro. - Apoyar las actividades diarias favoreciendo la visibilidad en los planos de las tareas con una iluminación direccional, evitando zonas brillantes dentro del campo de visión alrededor de la tarea, incrementando la luminancia en esta zona y utilizando el contraste de colores. - Reducir el riesgo de acceso a zonas fuera de los límites utilizando la falta de contraste para disimular las entradas.

Consideraciones para los distintos niveles y tipos de demencia

- El diseño de la iluminación ha de considerar las distintas capacidades visuales de las personas jóvenes y mayores con demencia. Han de tener en cuenta también los distintos desórdenes en el patrón de sueño que pueden variar según el tipo de desorden y pueden requerir soluciones distintas.

**ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS
DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA**

Principio 4. Proveer de un entorno y una escala no institucionalizada

Las personas que viven con demencia deben ser apoyadas para vivir de forma independiente en sus hogares al máximo posible, evitando la admisión temprana e innecesaria en hospitales y residencias. No obstante, cuando el cuidado hospitalario o residencial es necesario, los entornos terapéuticos han de ser espacios no institucionalizados lo máximo posible en distintos aspectos.

Retos de la edad y del envejecimiento	Entornos para los cuidados
<p>Si las personas que viven con demencia no tienen apoyo en la transición desde su hogar hasta una residencia o un hospital pueden experimentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grandes dificultades en habituarse al nuevo entorno, pérdida de su identidad personal y social y dificultades para asumir su rol, pérdida de su control y privacidad, pérdida de interpretar los entornos no familiares y sus condiciones específicas. - Problemas de comportamiento o síntomas psicológicos, como agresión, agitación o psicosis, alucinaciones delirios, ansiedad, apatía y depresión. - Mayor riesgo de institucionalización y mortalidad tras una admisión en el hospital. - Mayor riesgo de institucionalización y mortalidad después de una estancia en el hospital. - Problemas de movilidad y de socialización. <p>El comportamiento y los sentimientos de las personas que viven con demencia pueden verse afectados por la escala de un edificio. Los factores que contribuyen a definir esta escala son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El número de personas que la persona se encuentra. - El tamaño general del edificio. - La forma de los elementos individuales, como las puertas, los pasillos o las habitaciones. 	<p>Los entornos amigables con la demencia para facilitar los cuidados sociosanitarios deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentar una escala que ayude a la persona que vive con demencia sentir que tiene control y no estar intimidada por el tamaño del entorno o verse expuesta a multitud de interacciones y alternativas/opciones. - Evitar escalas y diseños que puedan derivar en condiciones de alta concurrencia (densidad espacial y social alta) y en una sobreestimulación sensorial. - Evitar pasillos largos con un carácter institucional. - Apoyar actividades diarias creando una decoración interior y entornos que ayuden a comprender el funcionamiento y el programa de una habitación- - Apoyar la calidad de vida con un diseño no institucional, decoración y piezas de arte. <p>Estos entornos deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salas de estar y salitas pequeñas, acogedoras y hogareñas que reduzcan la sobre estimulación - Una variedad de espacios para permitir alternativas a las personas residentes, así como favorecer la interacción con otros residentes, familiares y personal. - Habitaciones con baños integrados diseñadas de tal forma que se permita la personalización del espacio privado. - Habitaciones individuales para favorecer la privacidad y evitar interrupciones durante la noche.

Consideraciones para los distintos niveles y tipos de demencia

- Las residencias de larga estancia deben de estar diseñadas en el concepto de “viviendas para toda la vida”, lo que significa que las personas residentes pueden quedarse en la misma residencia para el resto de sus vidas.
- El entorno debe de estar diseñado para acoger a residentes que vayan progresivamente siendo más dependientes a lo largo de los años.
- La variación de las habilidades cognitivas y funcionales durante los distintos estadios de la demencia necesitan ser considerados para mejorar y adaptar los requerimientos en el diseño.

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS
DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Principio 5. Apoyo a la orientación	
<p>Las personas que viven con demencia pueden experimentar problemas con la orientación, así como la propia conciencia sobre la persona, sobre las personas de alrededor, su localización, la fecha y el tiempo.</p>	
Retos de la edad y del envejecimiento	Entornos para los cuidados
<p>Las personas que viven con demencia cuando llegan a un entorno desconocido o nuevo con personas que no conoce puede sentirse ansiosa, confusa o desorientada. La desorientación en el lugar y el tiempo puede llevar a los residentes a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deambular sin razón. - Intentar irse. - Despertarse en medio de la noche y vestirse preparados para el día siguiente (sobre todo en invierno). 	<p>Los entornos amigables con la demencia para facilitar los cuidados sociosanitarios deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar objetos y mobiliario que puede ser confuso respecto a la función de un espacio. - Incorporar zonas suficientes de almacenamiento para evitar y reducir el desorden. - Incorporar elementos en el diseño vinculados a las terapias de reminiscencia para ayudar a la persona en su propia conciencia. <p>Estos entornos deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elementos y referencias visuales que ayuden a identificar la función de un espacio. Evitar la redundancia de elementos y referencias, lo que puede tener significado para una persona puede que no lo tenga para otra. - Los hitos visuales exteriores deben de ser visibles desde espacios de circulación, como edificios, árboles de gran tamaño para facilitar la orientación en el exterior. - Hitos en el interior para ayudar a las personas identificar la fecha, la hora y la localización, como relojes grandes, paneles con elementos visuales y la información del tiempo o el calendario. Estos elementos de referencia también pueden incluir artesanías y elementos artísticos, así como otros objetos que ayuden a mejorar la orientación. Estos elementos deben de estar localizados en zonas bien iluminadas, con un buen contraste de colores.

Consideraciones para los distintos niveles y tipos de demencia

- Las estrategias de diseño deben tener en cuenta la naturaleza progresiva de la demencia, ya que las personas pueden sufrir un incremento en los niveles de desorientación y fallar a la hora de reconocer entornos familiares.
- No todos los tipos de demencia tienen impacto en la orientación de la misma forma que la enfermedad de Alzheimer. Las personas que tienen Alzheimer experimentan un mayor impacto en la orientación y en la memoria. Los problemas en la orientación espacial pueden ser menos graves en pacientes con una degeneración lobular frontotemporal y más pronunciada en pacientes con demencia de cuerpos de Lewy.
- A medida que la demencia progresa las personas pueden sentirse también confundidas sobre dónde están. En los estadios más avanzados de la demencia, especialmente en el Alzheimer, las personas puede que no sean capaces de reconocer su nombre o reconocerse a sí mismos en el espejo. Los espejos deben de poder taparse o eliminarse en estos casos.
- La reubicación de las personas con demencia puede tener un impacto negativo con una mayor desorientación que afecten al comportamiento de la persona. La reubicación de personas con demencia debe reducirse al mínimo diseñando residencias y equipamientos basados en el concepto de “viviendas para toda la vida”.

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Principio 6. Apoyar la orientación y la navegación en un entorno

El deterioro en la orientación espacial es una de las consecuencias más comunes de la demencia. La reducción de la habilidad para llegar al destino deseado puede afectar a su autonomía y calidad de vida. La orientación espacial debe ser considerada como una necesidad básica psicológica.

Retos de la edad y del envejecimiento	Entornos para los cuidados
<p>Las personas con demencia tienden a operar en una secuencia desde un punto de referencia hasta el siguiente. También tienden a tener una menor habilidad a la hora de desarrollar algunas de las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recordar el camino a seguir a la hora de llegar a un destino. - Llevar a cabo los distintos pasos de una ruta, como, por ejemplo, dudar a la hora de elegir en qué punto se ha de girar - Comprender las direcciones y mantener el sentido de la orientación. - Rectificarse a sí mismos o identificar una forma de situarse visualizando una ruta alternativa - Acciones de rastreo, por ejemplo, a la hora de volver a casa después de llegar a un destino, como si fuera un nuevo problema. - Mantener la atención y la concentración en una tarea. - Distinguir entre información relevante e irrelevante. - Procesar información sobre la situación y localización. - Diferenciar objetos de un fondo. - Percibir la profundidad, reconociendo las dimensiones de un objeto en altura, anchura y profundidad - Recordar y aprender de los errores para evitar volver a cometer el mismo error. - Buscar su propia habitación en el pasillo correcto. - Recordar su número de habitación o identificar su habitación, incluso si su nombre y foto están en la puerta. 	<p>Los entornos amigables con la demencia para facilitar los cuidados sociosanitarios deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adoptar una estructura basada en la escala pequeña, simple y reduciendo la necesidad de tomar decisiones a partir de la memoria y de deducciones. - Permitir acceso visual directo a espacios y funciones relevantes para mejorar la comprensión de un lugar. - Garantizar la proximidad espacial de funciones relacionadas, como la cocina, el comedor y las salas de actividades. - Tener puntos de referencia claros, sirviendo como hitos y anclajes espaciales para poder establecer relaciones entre forma, función y significado - Evitar pasillos largos, monótonos y composiciones arquitectónicas uniformes o entornos repetitivos. - Incluir rutas de circulación claras y definidas - Evitar cambios de dirección en los sistemas de circulación. <p>La señalética para las personas con demencia debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incorporar pictogramas, fotografías, nombres y otras referencias visuales. - Situar las flechas próximas a los textos, para establecer una relación directa entre ambas. - Evitar abreviaciones. - Introducir elementos de referencia que puedan tener un significado especial para las personas usuarias que pueda ser utilizado como puntos de referencia (fotografías de un lugar, por ejemplo). - Utilizar objetos personales para identificar espacios privados o personales.

Consideraciones para los distintos niveles y tipos de demencia:

- Los diseñadores deben tener en cuenta que, durante el avance de la enfermedad, la capacidad de orientarse en un entorno se reduce. En los primeros estadios, las personas que viven con demencia pueden perderse cuando viajan o cuando están en un entorno desconocido.
- Durante los estadios medios y más avanzados pueden incluso llegar a perderse en entornos familiares. En los estadios más avanzados, incluso pueden sentirse desorientados en su propia casa.

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS
DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Principio 7. Proveer de acceso a la naturaleza y a espacios exteriores

El acceso a la naturaleza y al exterior son aspectos importantes a la hora de cuidar a las personas con demencia ya que tienen efectos muy beneficiosos. Cada vez hay un mayor reconocimiento en la importancia que tiene el hacer uso de los espacios al aire libre y estar en contacto con la naturaleza, incluso a través de las vistas desde la habitación, como parte de un tratamiento médico o parte de una estrategia terapéutica.

Retos de la edad y del envejecimiento	Entornos para los cuidados
<p>Un acceso limitado a la naturaleza o a los espacios exteriores puede tener los siguientes impactos negativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una menor exposición a la luz natural y falta de vitamina D. - Problemas de sueño y alteraciones de los ritmos circadianos - Menos oportunidades de hacer ejercicio, lo que incrementa el estrés y la ansiedad, así como el riesgo de obesidad, diabetes problemas cardiovasculares y derrames cerebrales. - Incremento de la deambulación. - Problemas de comunicación y expresión verbal. - Agitación, estrés y agresiones. - Peor nutrición. - Falta de motivación. 	<p>Los espacios exteriores y los jardines amigables con la demencia deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incluir itinerarios bien definidos, libres de obstáculos y de puntos de decisión complejos que permita a las personas encontrar elementos de interés y oportunidades para realizar actividades e interactuar con las personas. - Elegir un buen contraste entre los itinerarios, los distintos elementos y mobiliario, y plantaciones, para hacer los entornos exteriores más accesibles. <p>Incorporar espacios para desarrollar actividades con significado, como huertos, jardinería. Elegir plantas no tóxicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promocionar la conexión con experiencias familiares, como un cobertizo con herramientas seguras, zonas con mesas y sillas para comer o merendar, un espacio donde puedan jugar los niños que vengan de visita, ya que pueden dar también estímulo y alegría. - Espacios suficientes para sentarse y con protecciones de la excesiva radiación, del viento o refugios para la lluvia. - Incluir acceso a mascotas o animales, lo que tiene efectos terapéuticos en muchos casos. - Incorporar elementos de estimulación sensorial diversa para los cinco sentidos. <p>Los entornos en residencias sociosanitarias deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar el acceso visual a la naturaleza y a los espacios exteriores para facilitar la orientación, la hora del día y el paso de las estaciones ayudando a compensar la pérdida de orientación. - Plantas de interior no tóxicas e imágenes adecuadas de obras de arte y decoraciones que puedan complementar el acceso a la naturaleza y generar un sentimiento de pertenencia.

Consideraciones para los distintos niveles y tipos de demencia

- A medida que la demencia progresa, los estímulos exteriores del entorno pueden ayudar a estimular aquellos sentidos que todavía permanecen más desarrollados.
- En estadios más avanzados de la demencia es importante considerar el acceso a los jardines por personas en la cama o en sillas de ruedas.

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Principio 8. Promover las relaciones con amistades, familiares y personal

Mantener las relaciones con amistades, familiares y personal puede ayudar a las personas que viven con demencia a mantener su identidad, ayudándoles a recordar quiénes son.

Retos de la edad y del envejecimiento	Entornos para los cuidados
<p>Tener un familiar viviendo en una residencia puede ser una experiencia difícil para los familiares, pudiendo sentir culpabilidad o el vacío de que la persona a la que cuidaban ya no está en casa. Woods, Keady y Seddon (2008) identificaron la importancia de involucrar a las familias en las actividades de los centros y describieron el triángulo de los cuidados de la demencia como una relación entre las personas con demencia, sus familiares y el personal del centro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las personas que viven con demencia pueden: - Experimentar una capacidad reducida en comunicarse y en algunos casos mostrar un comportamiento desinhibido lo cual puede dificultar la interacción con la comunidad, los familiares o con el personal. - Sufrir de un sobre estímulo sensorial y tener dificultades para procesar la información, lo que significa que los familiares han de aprender también nuevas formas de interactuar y comunicarse. - Tener grandes dificultades en encontrar sus habitaciones y sus espacios en residencias de larga estancia y una pérdida de su identidad social y personal, control y privacidad. 	<p>Los entornos amigables con la demencia para facilitar los cuidados sociosanitarios deben:</p> <p>Normalizarse e integrarse con el resto de los edificios, sin resultar un "centro especializado", ya que existe todavía un estigma social sobre las personas que viven con demencia. Cuando sea posible, es necesario crear lazos con la comunidad y el centro creando espacios que puedan ser más públicos utilizados por todos.</p> <p>Permitir el acceso alrededor del centro, integrando éste como parte de un conjunto, facilitando la interacción de las personas residentes, sus familiares y amistades con otras personas que vivan en el entorno.</p> <p>Estos centros deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una variedad de espacios que permitan a las personas con demencia elegir cuando quieren estar solas o pasar tiempo con otras personas, como espacios más acogedores y reducidos para mantener conversaciones tranquilas con una persona o dos o espacios más amplios para estar con más personas. - Una variedad de espacios interiores y exteriores que tengan una gran variedad de características, como por ejemplo un lugar agradable para leer o hablar, una zona para poder mirar por la ventana a algún sitio interesante del paisaje... - Espacios comunes y comedores que faciliten la interacción social entre residentes, familiares y personal. - Espacios que permitan a los residentes y a sus visitantes utilizar tanto espacios interiores como exteriores. Deben ser atractivos, cómodos y alentar a los visitantes a pasar tiempo en el centro y participar en actividades con significado, como puede ser la jardinería. - Tecnologías y redes sociales que permitan a las personas con demencia comunicarse con amistades y familiares cuando estos no pueden visitarles de forma regular. - Existen programas y dispositivos que pueden ayudar a los familiares (sobre todo a los más jóvenes) a construir las historias de vida de forma digital, lo cual puede ayudar en las terapias y aumentar la autoestima, el respeto y la dignidad de la persona. Fotos de la familia y software de reminiscencia también puede ser utilizado para dar apoyo cuando los familiares no están físicamente con la persona.

Consideraciones para los distintos niveles y tipos de demencia:

- La transición a una residencia de larga estancia puede ser un proceso traumático y estresante, aunque también puede facilitarse gracias a la ayuda de familiares, amistades y cuidadores.
- En los estadios más leves de demencia, se pueden incorporar actividades en las que los familiares y el personal puedan participar. A medida que la demencia avanza, el apoyo de persona a persona se va haciendo más necesario. La ayuda e implicación de los familiares puede ayudar a que estas nuevas necesidades sean satisfechas correctamente.

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS
DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Principio 9. Proveer de buena visibilidad y accesibilidad visual

Una buena visibilidad y acceso visual puede dar a la persona que vive con demencia mayor confianza para explorar su entorno y promover más oportunidades para participar. También puede permitir al personal una observación directa desde los lugares donde pasan la mayor parte del tiempo. Esto puede ayudar a reducir la ansiedad de la persona residente, los familiares y del personal.

Retos de la edad y del envejecimiento	Entornos para los cuidados
<p>Las personas con demencia pueden experimentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de memoria, lo cual puede crear ansiedad, estrés y cambios en el comportamiento - Un deterioro de la capacidad cerebral de procesar la información visual, ocasionando una malinterpretación del entorno o experimentar alucinaciones. <p>También puede haber otras causas relacionadas con la visión reducida como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El envejecimiento del ojo. - Condiciones oculares, como cataratas. <p>La visión humana se deteriora con la edad, incluyendo los siguientes efectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la agudeza visual. - Disminución de la vista natural. - Deterioro de la sensibilidad del campo visual. - Reducción de la visión del color generalizada (los colores se perciben con menos brillo y el contraste entre colores distintos colores se perciben peor). - Disminución de la sensibilidad al contraste, lo que afecta también a la habilidad de percibir la profundidad. - Dificultad para adaptarse a la luz intensa o a la oscuridad. - Incapacidad para tolerar los brillos. 	<p>Los entornos amigables con la demencia para facilitar los cuidados sociosanitarios deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a las personas con demencia a reconocer dónde están, de dónde vienen y qué van a encontrarse si siguen caminando en una dirección. - Ayudar a las personas con demencia a tomar decisiones e identificar a dónde quieren ir, creando espacios fácilmente reconocibles, como un salón, comedor, dormitorio, cocina o áreas exteriores. - Proveer de visuales sin interrupciones y garantizar la conexión visual de un espacio a otro para mejorar la sensación de seguridad al ver a los cuidadores cerca - Utilizar contrastes fuertes entre colores, suelos anti reflectantes y paredes que mejoren la claridad visual - Tener una buena iluminación natural y artificial, neutra y homogénea. <p>Estos entornos deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrastes entre texturas y/o colores al inicio y al final de las escaleras, así como en el borde de los escalones. - Apoyos sensoriales y visuales para facilitar la visibilidad y el acceso visual, como superficies con texturas, sonidos o señalética. - Entornos sin obstrucciones y ordenados para evitar la sobreestimulación de los sentidos. - Mobiliario con puertas transparentes para reconocer lo que hay dentro. - Cortinas y persianas y otros elementos de diseño que permitan reducir los síntomas crepusculares (reducir las sombras) y los reflejos de las ventanas por la noche.

Consideraciones para los distintos niveles y tipos de demencia:

- El proceso de envejecimiento suele ir asociado a una necesidad de iluminación más brillante para la mayoría de las personas.
- Para los estadios moderados de Alzheimer puede resultar en el equivalente de visión de túnel.

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Principio 10. Promover la privacidad, la dignidad y la independencia

La demencia puede impactar significativamente en la privacidad, dignidad e independencia, que son factores fundamentales en la calidad de vida. A pesar de que el comportamiento y el humor puede cambiar a medida que avanza la demencia, el individuo sigue siendo único y una persona que merece ser tratada con respeto por lo que ha sido y lo que son.

Retos de la edad y del envejecimiento	Entornos para los cuidados
<p>La demencia puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afectar a la memoria de una persona, su capacidad de hablar y comunicar y de llevar a cabo sus actividades diarias. - Tener un impacto considerable en la privacidad, dignidad e independencia, así como un incremento en la necesidad de ayuda para sus tareas diarias. - Pérdida de memoria que puede derivar en sentimientos de baja autoestima o pérdida de la identidad. - La reducción de la habilidad visual o física puede dificultar el ir al baño o asearse sin ayuda. 	<p>Los entornos amigables con la demencia para facilitar los cuidados sociosanitarios deben:</p> <p>Permitir a las personas con demencia mantener su autonomía gracias a un entorno familiar, con colores y accesorios de apoyo</p> <p>Ofrecer oportunidades para personalizar el entorno utilizando objetos personales y familiares</p> <p>Mejorar la orientación y la comprensión del espacio favoreciendo la participación en actividades con la mayor autonomía posible</p> <p>Apoyar la autonomía haciendo que los aseos sean fácilmente identificables y accesibles desde los espacios públicos y desde la cama</p> <p>Asegurar unos niveles adecuados de iluminación entre la cama y el baño en los dormitorios.</p> <p>Estos entornos deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habitaciones con baños integrados que puedan personalizarse y mejorar la privacidad. - Buenas conexiones visuales y rutas circulares que permitan la movilidad, favoreciendo el sentimiento de autonomía. - Espacios y tecnologías adecuadas que apoyen las actividades terapéuticas y con significado. - Espacios como comedores y espacios comunes que pueden ser flexibles y permitir alternativas, favoreciendo el sentimiento de independencia y autonomía. - Espacios para peinarse y lavarse que las personas con demencia puedan utilizar de forma independiente. - Cuartos húmedos que garanticen la privacidad y la seguridad. - Áreas con actividades para la reminiscencia, lo cual puede mejorar el carácter, el humor y el bienestar, promoviendo la inclusión social y a la persona como individuo con una experiencia vital única.

Consideraciones para los distintos niveles y tipos de demencia:

- Las habitaciones han de poder adaptarse a dos posiciones de cama distintas, una frente al muro y otra con acceso a través de tres zonas, a medida que la persona va limitando sus capacidades. También tiene que haber espacio para una silla de ruedas. Limitar el número de giros en las transferencias desde la habitación a la cama o a la silla de ruedas y viceversa.
- A medida que aumentan los efectos de la demencia, la persona puede sentirse más desorientada, perder independencia y la capacidad de desarrollar por sí misma las actividades de cuidados e higiene personal.
- Los baños privados han de ser accesibles en silla de ruedas.
- Los espacios han de estar diseñados de forma ergonómica, especialmente las camas y bañeras, para facilitar la movilidad de las personas mayores, además de ayudar al personal en el aseo de la persona.
- El riesgo de infecciones puede aumentar con la pérdida de autonomía.

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS
DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Principio 11 Promover la actividad física y actividades significativas

La demencia puede impactar significativamente en la privacidad, dignidad e independencia, que son factores fundamentales en la calidad de vida. A pesar de que el comportamiento y el humor puede cambiar a medida que avanza la demencia, el individuo sigue siendo único y una persona que merece ser tratada con respeto por lo que ha sido y lo que son.

Retos de la edad y del envejecimiento	Entornos para los cuidados
<p>La habilidad de las personas con demencia para desarrollar actividades físicas puede verse reducida por la rigidez muscular, lentitud en el movimiento, discapacidad en la marcha y otros problemas del movimiento.</p> <p>La falta de actividades con significado puede conducir a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acelerar el deterioro de las capacidades funcionales. - Aumento de la tendencia a deambular. - Aumento de los problemas de comportamiento, apatía y aislamiento. - Conducir a una peor calidad de vida que puede afectar a la mortalidad y a la depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los entornos amigables con la demencia para facilitar los cuidados sociosanitarios deben: Proveer de áreas de escala pequeña que acompañen el desarrollo de actividades centradas en la persona, además de actividades en grupo. - Tener un diseño interior que no sea institucional y que estimule la interacción - Incorporar elementos de diseño universal como accesibilidad en silla de ruedas, espacio libre suficiente para los giros y barandillas accesibles ergonómicas <p>Estos entornos deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir itinerarios de circulación claros y libres de obstáculos, sin puntos complejos de decisión que permita guiar a las personas a buscar puntos de interés. - Espacios para actividades de reminiscencia. - Espacios para actividades como música y coro. - Espacios para actividades de ocio, como leer o tejer. - Socializar especialmente cuando los familiares están presentes y participan. - Espacios para el ejercicio físico. - Espacios dedicados para actividades diarias domésticas, como cocinas terapéuticas. - Zonas de trabajo que reflejen intereses o trabajos del pasado, basados en la historia personal del residente.

Consideraciones para los distintos niveles y tipos de demencia:

- Las habilidades cognitivas y físicas de una persona con demencia tienden a deteriorarse a lo largo de los distintos estadios de la enfermedad. Por lo tanto, las estrategias para participar en distintas actividades físicas y con significado también tienen que ir variando de forma progresiva. Debido a la pérdida de habilidades para iniciar actividades y una mayor necesidad de un estímulo visual o verbal para comenzar una actividad, las personas con demencia pueden ir aumentando su dependencia del entorno con necesidad de referencias claras.
- Los diseñadores deben trabajar con el personal, sobre todo con terapeutas ocupacionales, para identificar cómo en entorno puede ser utilizado mejor para facilitar la actividad física y otras actividades con significado según las necesidades de los residentes.

ANEXO I. TRADUCCIÓN Y RESUMEN DE CRITERIOS Y PRINCIPIOS DE DISEÑO DE DISTINTAS GUÍAS DE DISEÑO AMIGABLE CON LA DEMENCIA

Principio 12 Apoyar las dietas, la nutrición y la hidratación

Las personas con demencia suelen experimentar problemas en sus dietas, nutrición e hidratación, pudiendo sufrir anorexia, desnutrición o pérdida de peso involuntaria.

Retos de la edad y del envejecimiento	Entornos para los cuidados
<p>Las personas que viven con demencia a veces presentan las siguientes dificultades para comer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad parcial o completa para empezar a comer o mantener la atención durante la comida y los distintos pasos a seguir, meter comida en la boca, masticar o tragar, y reconocer la comida. - Comportamientos problemáticos durante la hora de las comidas, como deambular, rechazo, apatía o indiferencia. - Dificultad en utilizar la cubertería o la vajilla para llevar la comida del plato a su boca. - Dificultad en abrir la boca a medida que la comida se va acercando y puede que se les tenga que recordar hacerlo. - Reducción o pérdida del sentido del olfato o del gusto, debido a la edad, a la medicación o a una enfermedad. - Incapacidad de identificar la temperatura de la comida. 	<p>Los entornos amigables con la demencia para facilitar los cuidados sociosanitarios deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disponer de niveles de iluminación adecuados Incorporar referencias visuales y estímulos agradables como olores agradables de comida que pueden ayudar a generar apetito Eliminar distracciones, sobre todo el ruido. <p>Estos entornos deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comedores con un estilo y diseño familiar. - Espacios diferenciados de socialización. - Equipamiento para bebidas, como carritos, por ejemplo, para visitantes y familiares y residentes, de forma que puedan animar y ayudar a la persona a beber y mejorar la hidratación. - Colores con contrastes entre el plano de la mesa y los manteles o vajilla. - Sistemas de asistencia adecuados. - Sillas adecuadas (no sillas de ruedas) con una buena posición. - Comida casera.

Consideraciones para los distintos niveles y tipos de demencia:

Los diseñadores deben tener en cuenta que, debido a la naturaleza degenerativa de la demencia, el impacto en la dieta, la nutrición y la deshidratación puede aumentar con el tiempo. Es necesario por tanto un entorno que facilite la ayuda en estos procesos.

Fuente: Traducción de *Health Building Note 08-02. Dementia-friendly Health and Social Care Environments* (Pantartzis, Pascale, Price, & Al., 2014)

Tabla 7. *Dementia Enabling Environments (DEE)*

Recomendaciones para crear entornos más amigables y adaptados para personas con demencia desarrollados por *Dementia Enabling Environments (DEE)*.

	Orientación y ejes visuales	Simplificar las tareas	Señalética accesible y clara	Contrastes de colores y patrones	Diseñar a escala humana	Reducir riesgos sin obstrucciones	Tecnología de apoyo	Naturaleza	Espejos	Incluir estimulación positiva
Dificultad con tareas complejas	X	X								
Disminución de la memoria a corto plazo	X	X			X		X		X	
Disminución de la percepción visuoespacial	X			X						
Dificultad para comprender el lenguaje escrito y oral		X	X				X			
Desorientación en el tiempo							X	X		
Desorientación y desubicación en el espacio			X	X	X	X				
Problemas para reconocer a las personas									X	
Apatía y aislamiento		X						X		X

Fuente: Traducción de los principios de diseño de entornos y ambientes que promueven la autonomía para las personas con demencia (*Dementia Enabling Environments*, 2020).

ANEXO II. TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTAS A AGENTES CLAVE

ANEXO II. TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTAS A AGENTES CLAVE	386
1. REINO UNIDO.....	387
1.1. Joanne Charlton, Discovery Museum (Newcastle-upon-Tyne)	387
1.2. Henry Quinn, Proyecto Harmonia Village (CASCADE) (Dover)	400
1.3. Samantha Robinson, Proyecto Harmony House (CASCADE) (Rochester).....	411
2. BÉLGICA.....	438
2.1. Jan Goddaer, WZC De Weister y WZC De Zon (Kortrijk)	438
2.2. Bart Deltour y Hilde Delameilleure, proyecto FOTON (Brujas)	464
2.3. Veerle Baert, Ciudades Amigables con la Demencia en Flandes (Gante)	469
2.4. Jakob Decavel, ciudad amigable con la demencia (Gante)	493
2.5. Karen Lambrechts, Huis Perrekes (Osterloo).....	506
3. PAÍSES BAJOS.....	524
3.1. Eloy van Hal, De Hogeweyk (Weesp).....	524
3.2. Manuel Wijffels, Kweik Beweegroute (Nuenen).....	564

Para facilitar la lectura, se ha revisado el texto y eliminado las interrupciones naturales de un diálogo.

1. REINO UNIDO

1.1. Joanne Charlton, Discovery Museum (Newcastle-upon-Tyne)

Cargo: Responsable del *Platinum Program* (programa *Dementia-friendly museums*) en el Discovery Museum, Newcastle-upon-Tyne

Fecha de la entrevista: 04/02/2020. Duración: 40 minutos.

Preguntas de la entrevista e información a recolectar

1. Can you give more details about DISCOVERY MUSEUM and the dementia-friendly project that you are developing?
2. How the museum welcomes people with dementia?
3. Is the whole network of Tyne & Wear museums engaged with this project?
4. How is the physical environment of the museum adapted to people with dementia?
5. How this project started?
6. Do you work with any kind of reminiscence therapy?
7. Is it the service and activities available during the whole year?
8. Do you work with other institutions or associations in Newcastle within this dementia-friendly approach?

Transcripción de la entrevista

Joanne: So I run the Platinum Program and I'll give you... I thought about this. You can take that, it's got my details on the back, but this is just to advertise what we do. So the Platinum Program is for people over 55. So, essentially, all the people, but I don't like to go out to groups and start saying 'oh, older you're old and all this...'. So I always just say over 55. So the outreach team, we've got a member of staff who runs the *Well-being Program*, which is for people accessing mental health services, we've got the *Recovery Program*, which is for people who are in recovery from addiction... I can... I've got your email, I can send you the link to the website, because it's all written down, so I'll do that. And then, there's myself with the older one, I say older people, but like I say, I try to say 'over 50'.

Elisa: Over 50, five years...

Joanne: Which isn't very old...

Elisa: Well, I really realized about which term, how to use... and then I wrote something somewhere online...and someone told me not to use *elderly* because... it's older people. But older people it's even the same...

Joanne: Yeah, no I've definitely learned elderly used, it's a bit old-fashioned now. So here at the museum, well as you can see today with it being half-term there's the museum attracts a lot of kids. But what I try and do is a lot of reminiscence with older people and bringing back memories. A lot of what I do is I go out to... I go out and about to care homes and day-centres and places that the older people can't get out and about. They wouldn't visit the museum but I can take museum objects to them. So just yesterday, I was at a care home and we've got a lot of different themed object boxes that I take along and which has got lots of... I'll show you. Let's see what I can find in there. Actually that's not a great exactly... so a big part of what I do is taking a lot of museum objects to out and about into the community and what I try to do is get the groups to get to know me, and then they might feel a bit more confident to come at the museum. If you know that they're coming and know me... so an example this is one of my... the objects that belongs in one of the boxes, so I'll take this into a...

[Enseña una caja con objetos antiguos]

Elisa: Wow, I love them.

Joanne: Yeah, me too... So this is part of one of the like household boxes, that it's got like old soap, so that the older people can smell and that brings back a lot of memories, old washing powder, old and scrubbing brushes like all things to do with like household in the past. Another example I brought this over, but this I try not to... We've got it at the seaside box and I try not to have just photos, I try more to have things that people can...

Elisa: Touch and be interactive.

Joanne: Touch and smell and... but this was just on my desk. So just starting conversations about holidays and in the past, where people have been on holidays in this country... So that's just another example. I just happen to be on my desk, as well as going out and about in the community, and trying to bring the museum out to older people. I obviously try and get them to come in here and take them around the galleries if they can. And one thing that we're doing at the minute, you can take that it's called *slow museums*. And there's a lady in Newcastle who came up with slow shopping, have you heard of that?

Elisa: Yes...

Joanne: Oh, good.

Elisa: Well, not in Newcastle. But I know about the movement... (...)

Joanne: So with the *slow shopping* and for an afternoon once a week, the shops that are involved will turn the music down in the shops, they'll have more chairs out, the staff are all

trained up on - just a little bit more extra training on how to deal with people with dementia and just older people in general -. So we really liked what she was doing with the shops and we were like 'let's bring it in the museum!'. So, at the minute it's sort of having a little revamp, so I haven't got any dates at the minute, but I've got a list of when it's going to start again. So do you know... I should have just started with this, you know that Tyne&Wear all kinds of museums?

Elisa: No...

Joanne: So this is Discovery Museum within Tyne&Wear all kinds of museums. There's actually nine venues throughout the northeast and there's the Hancock Museum in Newcastle, and the Laing Art Gallery, the Shipley Art Gallery, okay... Segedunum Roman Fort, South Shields... so there's a lot of museums who are all part of Tyne & Wear all kind of museums. So our venues are going to introduce *slow museums*, where we're going to advertise this to all, to lots of care homes, lots of dementia groups, the Alzheimer's Society, Age UK and say '*come along to the museum!*'. I mean, it wouldn't be great to bring an older people's group in today, when it's like crazy, full of kids running around. So, once a month, on an afternoon, we will... we'll make it, so it will make sure it's a quiet afternoon where we know where it's going to be quiet, and we'll turn the music down on any exhibitions, we'll put extra seating out and like *slow shop* and all the staff have been trained into in how to - like all of the customer phase and staff get customer service training - but this one's just a little bit extra about how to deal with older people, who might have a disability, especially dementia. You must have heard of Dementia Friends, doesn't it?

Elisa: Yes, I know, yes.

Joanne: So, we've trained the staff up to be dementia-friends so they've just got that little bit extra knowledge. So, if people with dementia are coming into the museum, the staff understand a little bit more and hopefully have a little bit more confidence to deal with anyone that needed help. So, does that make sense?

Elisa: Yes, for sure.

Joanne: So that's... you can take that as well.

Elisa: Thank you very much.

Joanne: It's got some information about *slow museums*. What else have I been doing?

Elisa: All the Tyne & Wear museums are engaging this program of festival museums?

Joanne: Yes. That's why... it's... we started it with a few venues. but now we've got staff trained up and pretty much everyone. So I've got a list on my desk of potential dates that are going to go out soon, but what we're gonna have to do is advertise it a lot to get it out there, so that's the next step.

Elisa: And about the facilities in the museum, are they adapted to a universal accessibility or...?

Joanne: Yes, I'll show you what I'm working on. I'll just bring it over.

Elisa: Okay, thank you.

Joanne: Each venue... and in the entrance will have one of those boxes. And in the... it's going to be a *slow museum's* box and in the box, it's going to have things like this so... so, instead of -you know, like large prints and things - so instead of having to type everything in large print and have everything then, they can just use this as a magnifier. So anyone who comes in and needs extra assistance with things like that, the box is also gonna have in some signage that we're gonna put on the toilets, and we're gonna have a *slow museum's* dedicated toilet where, you know, like just putting the hand dryers on and things... during *slow museums* we won't have that we'll get some paper towels instead because not just people with dementia, but anyone who comes into the building, who might just be a little bit uncomfortable with loud noises and things...

You thought that was quite a nice thing to do just for those few hours... and the box are also having like maps of the building and like the toilets are here, which they do have in certain venues, but this is more dedicated to older people, like there's a seat here, here's the café, here... Things like that, but it's still in the development stage, as you can see. I've got the boxes and I've got these and I'm in the middle of filling them. So nice, that's what we're doing that way.

Elisa: And how many... the care homes, for example, do you usually visit to raise awareness and to... all in Newcastle? Like...

Joanne: Tyne and Wear... yesterday, I was in Gateshead. And tomorrow, I'm in Denton in Newcastle, but because we've got venues throughout Tyne and Wear, like I said... I'll send you the link to the website.

Elisa: So, tell me a bit more about the museum...

Joanne: We've got venues in North Tyneside, South Tyneside, Newcastle and Gateshead so... so it's anywhere and it the bowl is definitely rolling with. I don't have to advertise it, people it's just word of mouth. So, and people just ring me up and say '*can you come*

along?’ And I do it for free, because I'm paid by the museum, and which is great because the staff and the care homes are like *'oh - my guess – please, come along, sit with a resident and talk about telephones of the past and things like that'*. So... that's a big part of what I do.

Elisa: How long have you been working in this program?

Joanne: This is... since... 2013 was when the program came along. Yeah, 2013-14, but I've actually been in this team for 10 years since 2009.

Elisa: Yes, and how did the museum started to think about this dementia-friendly engagement?

Joanne: The outreach team we used to... we used to work a bit differently. When I first started in 2009 and I used to work with all different kinds of groups, any mental health groups... anything. I would just work with anyone who wanted to work with the museum, trying to bring vulnerable people into museums and things... But like I say, 2013-14 to... when the funding was renewed, we needed to come up with what we wanted to do and we decided that what we thought would be best. It was like I say, this office is quite big, but there's only 4 of us in the team now. Because different funding comes and the office might be full and then, a year goes by, and they've gone again... So we decided that we would split it up into those 4 sections, so we thought that obviously a lot of what I was doing in any case was working with older people in museums, and we decided that people in recovery that would be another one, and the mental health one... and there's the network program as well, so I don't think there was like... that wasn't like a conscious decision. We're now going to wait with all the people...

Elisa: Yes, just make it the naturally. Yes, it wasn't just a step...

Joanne: Yes, okay.

Elisa: What is your background?

Joanne: I did a degree in Art History and wanted to get into museums and realized that I was actually good with people and enjoyed working with people and I do enjoy working with the older people. A long time ago, I thought I might have enjoyed working and learning with the children, but I really... I mean, like I said, yesterday I was at this care home, when I was getting these old objects out and the older people were... like you haven't seen one of these for years and telling us about *'oh my mom used to send us the shop to get...'*. And that's so much more rewarding. I think so...

Elisa: Well, it's just being children again, like having the... *'oh, I haven't seen this for years!'*

Joanne: Yeah and with children they look at somebody like this and they think it's a touch screen or something like '*what does this do?*'

Elisa: Yes, they don't figure out what's about.

Joanne: So I think I'm very lucky that I've managed to own... I didn't unconsciously wanted to work in museums and manage to get into this line of work because I enjoy it so...

Elisa: Great. And then, how many people have been visiting the museum? You could say more or less? Or the percent of all people... Normally, do you measure these visits of the...?

Joanne: I've got statistics and everything. I do to show the funders. What we're doing, so I would say I've got a lot of relationships with people like dementia care in Newcastle and Age UK. And they're the ones who bring groups to me, and but I also go and see them, so because I've got these good relationships with the members of staff, I'll see them once a month. So I think next week dementia care is coming in again. And I'll take them around to the gallery or I'll sit with some of the objects and things and Age UK, we've got... it's a group called *The Time Travellers*. They called themselves *The Time Travellers* because they didn't want to be known as the Age UK dementia group, they thought this is they didn't want dementia in the title. So they call themselves the time travellers, because we look at different periods of time and so that's again once a month and they will meet in the museum with myself and I'll do some sort of topic and I think I'm meeting them. Next week it's coming around and I'm going to talk to them about the Egyptians and do just some activities to do with that. And that used to be once a week and so, I used to see this group once a week, which was great. The group got to know each other, they'd be seeing each other outside of the group, there was all people with early stage dementia and their carers and so, they were making friends and I was seeing them like once a week, it was like just going to say mates again, because I... and then funding, we la got.... we used to have... we got like an injection of cash of a lot of funding from Northern Ireland, but that only lasted for three years. So, when that finished, we couldn't... we can't afford to do it, because it's only me doing this job and so it's now only once a month, which is still great. It's still... they still come along and they still really enjoy it, but we are trying to get more funding to have it, that to get another member of staff to just have it a bit more often, because it was... so, I mean, the aids UK and staff, they thought it was great and we had waiting lists of people wanting to join.

Elisa: How many people can join a session?

Joanne: I would say the most I would have on the books would be 15 people and then we would book out a room in the museum and we would sit around. But it was very rare, I forgot 15... because of the nature of the illness, not every week or every month I would... like

someone might have a hospital appointment, so they couldn't come this week and they might have... they might not feel... be feeling very well this week and things...

Elisa: Yes, it depends a lot.

Joanne: So maybe it's about 10-12 people that would come. So that's another big part of what I do.

Elisa: Well, interesting. And it is all along the year or you're stopping during the summer?

Joanne: No, just Christmas.

Elisa: All the year... okay.

Joanne: It stops at Christmas, I guess, but... no just because I bring them into the museum and I find... I book out one of our meeting rooms, so we can sit round the table and talk and it doesn't matter if the kids are on holidays or anything, because I'm just bringing them in and bring them to a room, so it happens all the time.

Elisa: Now, it's great because probably some people can travel also during the the main holidays, or it depends on the family travel, but the people stay here. So having the same cultural activities, that they can get engaged even during the holidays it's quite important.

Joanne: Yes definitely.

Elisa: And do you work with other institutions or associations apart of their home care? For example, I don't know, the Grainger Market, they have this also the dementia-friendly... ?

Joanne: Yes.

Elisa: So you all the dementia-friendly associations and initiatives are you... are engaged together also, and you meet each other sometimes or...?

Joanne: No, not much. I know that the Tyneside Cinema do that and we know about what they do, and they know about what I do. But we don't have any collaboration. I am with the Grainger Market, I'm going to take down some museum objects and we're going to do some sessions, to do with shopping in the past. But that's just because we know, because we're in Newcastle and we know the Newcastle Council staff, who are running that. So that's going to be happening where we go down to the Grainger Market and run some historical shopping in the past and get people reminiscing about what used to be here and the Grainger Market's a great place to do that.

Elisa: It is... I know, I love that market. Anytime, because I'm living in Heaton and each time I come to the city centre and it's like *'oh, let's go to the market just to walk around*

and...'. And see it, because I think it's part of the environment, the city... it's very nice. And what other... So, from your point of view to get here, people normally come on foot or they usually have like a little bus or is people that bring them in private cars? Like because I've seen that it's not very 'in the city centre'. So I usually go everywhere on foot just to try how accessible is a place, but the access then once you cross the road it's easy to... once in the surroundings of the building...

Joanne: Yes, like I say, I've got dementia care and I'd have someone like... we always work with groups and group leader so the, for example, Age UK. They have on their books, people who are living with dementia and they will get in touch with the people and say '*would you like to come to the museum this week?*' and the people from Age UK will then bring them on a bus.

Elisa: Okay, so it's usually schedule activities.

Joanne: Yes, we have had activities in the past, it was called '*culture and cake*'.

And that was for older people again, but it didn't have to be necessarily older people with an illness or things. It was older people who have retired and like to get out and about, so we came up with *culture and cake*, where they paid 5 pound, they got a tour of one of our exhibitions or one of the stores upstairs, so we got to see behind the scenes at the museum and then afterwards we would sit and have a cup of tea and a cake.

Elisa: That's funny.

Joanne: So, for the 5 pounds, they would get a tour of the museum and then they could sit around with the other people who came and chat over that cup of tea. But that was aimed at people who could and use public transport and get the main central station metro, just and that's the nearest metro station. And there are bus stops, but it's for like I say people who do wander around town, not just for the old frail people who can't get on about.

Elisa: Yes, of course.

Joanne: Trying to still get people in who would like to come once a week and learn something, but they can get here by themselves.

Elisa: Of course, but the... I mean, from the point of view... also from the demonstrating communities, there's also the importance of the people with mild dementia that still live at home, that can have access and still be independent as long as possible, so also mobility is quite a topic.

Joanne: The Time Travellers from Age UK do that. They know that they've got early-stage dementia, but they still get out and about, so they do bring themselves to the museum.

Elisa: And do you organize also intergenerational activities sometimes or just trying to focus on different groups?

Joanne: Not so much, I must say it's more just the groups.

Elisa: I think it's difficult to do an activity focusing on different sectors...

Joanne: Yes, I mean, I would like to, but it just hasn't happened at the minute.

Elisa: Yes... I know, in urban planning and architecture, we are seeing that from... well the new tendency is to try to integrate more intergenerational and multi-functional buildings, so you have like the kindergarten and also with the care home, but also you have to be conscious of the noise of the children and by disturb or something, and then also a gym or whatever so it's like help promotion.

Joanne: But you know, why in the spectrum and but also for the people that have to manage and work with the people is also very specific... I mean it's not the same *'friendly'* with people that have disabilities or older people or children... that not everybody has the same and also the dynamics of a group, they are completely different, so children don't get bored, but totally can get engaged without the losing of my full scene.

Elisa: Yes, it is quite difficult

Joanne: Yeah, I know, I've seen projects like that on the news on the TV and it's...I think...

Elisa: Maybe with teenagers, maybe... but also the museum maybe it's not... I don't know, it does... do a lot of groups of teenagers come?

Joanne: Yes, I think it will work, it's just we haven't done it. Just hasn't had the opportunity, but I would like to. I know that one of my colleagues works a lot with them refugees and she is working on a project where just bringing nursery children to their groups, so that'll be interesting to see how that goes.

Elisa: Great. Then, do you usually have like a... or the budget or the funding or the project... or the timing for a project, for example, how often do you review or you apply for fundings or...?

Joanne: It's quite... when we did have this funding, we used to work with the group for 6 weeks. So we would find a group of older people to work with them for 6 weeks, and then we found that the problem was after the 6 weeks the older people were like... well, this has been helping me, I've been meeting new people, I've been and learning new things and so,

we didn't just want to like after the 6 weeks you've ticked our box for the fun, but then, bye. So what we're doing now, is any groups that we have, anything that does come to and end, we're having monthly socials where the groups can still come and meet up once a month in the different venues all of the groups together. But like I say with my project, I've been working with the Age UK and *The Time Travellers* for years that just continues and dementia care that just continues. If I can and I get to know the group and things there isn't really an ending, it just continues because it works well for both of us so...

Elisa: Yes, but it's also important that people have the engagement and you, for example, that is also your work here, that are committed with this and engaged and really passionate, it's also put the value on people doing this kind of works that are quite important for the community.

Joanne: Yes. Now like I say, and all the people and older person can come and if they fill in an evaluation, they've made Friends, yes and they're not, they don't feel as isolated as what they were, and they've learned new things and... and then, like I say, we don't want to just stop that for them because they realize that they want that. They want to continue doing that, you know? Yes, and so that's why we've came up with these monthly socials, where if a project does come at one end, everyone can come, so hopefully, that's just new this starting this year so hopefully... We're trying... we're in the very early stages, we're hoping it'll happen eventually with social prescribing, you know social prescribing? You know...

Elisa: I can imagine it.

Joanne: Yeah, so and... so instead of older people going to the doctors and saying '*you know i'm feeling really down, I'm really lonely, and I've got an ache and all that*', instead of the doctor saying '*oh, well, here's some medication, I'll write you out a prescription, there you go*'. What the doctors will say is '*well, here's a leaflet showing you what groups you can join at the museums of the art galleries, so we will have a running program and doctors will prescribe them 'Why don't you go along to this on a Wednesday afternoon and meet some new people?'. And 'are you interested in the Romans? You know, the Hancock Museum down the road is doing a group session to do with the Romans for a few weeks, why don't you go along?'. So that just instead of prescribing them pills, which isn't...*

Elisa: It doesn't make sense.

Joanne: Yes, so instead of that, like they're prescribing them, here's the information, get yourself along in this group so...

Elisa: Aha, interesting. I have heard about the nature prescription, so when you are burn out, just go to the mountain and get some fresh air and disconnect a little bit then (...). I

think it's very interesting this initiative and it's a legislation or the social prescription is just a movement or initiative or it's already legislation and a doctor can do it?

Joanne: Yeah, the doctors can't do it, but it's very early day. It is a thing and especially with museums, I mean, anyone it can be the libraries, it can be just day centres, lunch clubs, it is... it's not just the museums. But have a look.

Elisa: Yes, I will have a look.

Joanne: Just google social prescribe and will show you.

Elisa: Great. I know, it's very interesting, I think it's like the commitment, also from the healthcare system with the communities that there are a lot of resources that doesn't have to deal with the... I mean, from the point of view... for example, we are working with urban health and some of the problems are isolation and loneliness, but also the mental health. But many of these problems could be just from the preventive point, that if you try to do this effort to go into the parks more often or to engage some groups or associations although volunteering things or whatever, you push yourself to be in a healthier environment.

Joanne: It's like preventative. It doesn't get worse.

Elisa: And also for other people I think it's kind, they... so, normally they go to the doctor, because they have some pain or something doesn't work, but sometimes it's because they don't realize that they are just having a lifestyle that is...

Joanne: It's all life mental...

Elisa: Very interesting... Yes, this is it. And I think it's a very big step to prevent instead of putting pills like to *'oh, no you're having something bad, let's put a remedy on it'*.

Joanne: Yes, it's like I say it's early days, but we're hoping that the whole culture will change, where doctors won't be like an *add-on*, it'll be part of what they do every day, it'll just be just part of what they do. Does that make sense?

Elisa: Interesting... very interesting. So you give the information to the doctors or they have this list of places that can...

Joanne: They'll have a list, but like I say it's still very big. But we're hoping that as time goes on...

Elisa: Very very interesting... And about the surroundings of this building, what do you think it could be improved to make it more accessible to the citizens?

Joanne: All of the museums are very good at being accessible. For wheelchairs and things like that, but I think what we do with the *slow museums*, which the access is only once a month, but that's the time when it'll be less noisy, we'll turn things down, there'll be more seats out, because we try and do that a lot. (...) a new gallery that's opening a temporary exhibition so... And it's like '*but what about seats?*'. Because all the people are gonna want to have a seat, so I think because of just the general laws in this country our museum buildings are very accessible, we have accessible toilets, we have all of the ramps and all the wheelchair access, and wheelchairs for people, but with my job, like I say, just training the staff, to know a little bit more... So, like I say, a bit more signage as well if we're doing *slow museums*, we can just make things a little bit... a little more obvious as to... where things are and like I said, they'll get this pack with the leaflet in show and then work things on things...

Elisa: Yes... then, I had one question about this, but I forgot.

Joanne: You can always email us.

Elisa: You know, what you were talking and I just like... you know, something on mind but I've gone off about the... Well, it will come somehow. Okay, so I think it's quite complete the information. Ah, yes. For the training of the people that work here, this is funded or they do it voluntarily or how's it...?

Joanne: I've got one of these, you can take one of these.

Elisa: Thank you

Joanne: And I forgot you could have one of these.

(...)

Elisa: Oh okay, thank you...

Joanne: So this is the train... so that's me, and this is Catherine who does the training, and then... so this is the training that we do. So that the staff think about the environment, the signage and things what I've been talking about, toilets, sounds, restaurants... then, effective communication. Just how to communicate with people who might need more help visual impairment, hearing impairment... dementia wheelchair users, guide dog users... but you can take this.

Elisa: And it's compulsory to all the staff?

Joanne: No, I mean, most the staff want to do it. And we've tried to get as many as much stuff as we can, but just with... you know, there might be someone who's on holiday, when

the training takes place and I'd be off sick or something, so we just try to do every so often do the training and then get it off.

Elisa: Oh great, and it's for free?

Joanne: Yes.

Elisa: Is the museum who funds it? Or is it part of the...

Joanne: Yes, it's part of my budget.

Elisa: Okay, great.

Joanne: It's part of what the *Platinum Program* gets, for them and we pay Catherine, this lady here who came up with *slow shopping*, we pay here to do the training.

Elisa: Great, very very interesting. Well, thank you very much for all the information. It has been very interesting.

Joanne: Like I said, you've got my emails or anything else and I'll send you an email with the website.

Elisa: Yes, for sure, for sure. I think it's very very interesting what you're doing here. It's so new, everything is new for me.

Joanne: Yeah, well...

Elisa: From the perspective of the sign, normally we focus on just like the environment, well, the physical environment... that is necessary. In Spain we have developed a very strong law about regulation of accessibility. Well, mobility, accessibility, but then we are now trying to find out the... also the wayfinding orientation in streets, but then the social participation is always very important, very important. Then you need to promote social inclusion, you need also a support... so it's something that has to be integrated from both sides.

Joanne: Well, good luck with it.

Elisa: I will try... (...) I'm discovering many interesting things that could be very helpful, I think.

Joanne: Good, good.

Elisa: To develop interesting initiatives too and try to change things a little bit and raise awareness...

Joanne: That's what we are trying to do as well, yes.

Elisa: Thank you very much, it was very nice to meet you.

1.2. Henry Quinn, Proyecto Harmonia Village, Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe (CASCADE project) (Dover)

Cargo: Director de la Unidad de Inteligencia Estratégica (*Strategic Intelligence Unit*), Kent & Canterbury Hospital, Coordinador proyecto CASCADE, socio local en Dover

Fecha de la entrevista: 04/02/2020 Duración: 38 minutos.

Preguntas de la entrevista e información a recolectar

1. Can you give more details about CASCADE project and the international consortium?
2. How many “dementia villages” are you planning/it is expected to be built?
3. Why do you think this kind of model offers better quality of life to people with dementia?
4. How Harmonia Village ended in this part of the city of Dover?
5. Is it a long-term facility? Which is the average age of residents? How many people live here? Do careers and other staff members live here?
6. Is the Harmonia Village open for residents? Can they leave the village? Is it open for other people? How can they get in?
7. Which is the engagement with local communities? Which kind of activities/groups/associations...? Is there any other facility (public equipment/service) around/inside?
8. Which were the main criteria for designing and adapting public spaces?
9. Did you have any consideration about dementia-friendly principles guidelines?
10. Which kind of features/criteria did you considered for indoor space design?
11. Where architects and design team hired with these skills or they learnt during the process? Did you know about design + dementia and how to adapt environment and design?
12. Which is the profile of carers? How the teams work? How many people will live here?
13. Have you considered thermal/lightning comfort as design criteria?
14. What about other features in public design? Green areas, colours, benches, furniture...
15. Is it well connected this site by public transport?
16. Will you measure any data about residents living here? Which kind of data? How would you connect it with environmental parameters?
17. What would you say that are the main challenges for integrating people with dementia in communities? Social inclusion depending on community or environmental factors such as accessibility, for example?
18. How do you think dementia-friendly cities could be?

Transcripción de la entrevista

[Transcripción deficiente por ruido ambiental en la sala]

Henry: The project from our side differs. So, we have 6 guest rooms. They have 20, it's not "a dementia village". They have 20 guest rooms... it's not a dementia "village". They are just guest rooms, for temporary stays. So, they have 20 rooms and other partners in Holland have 10 guest rooms. Again, the only dementia village is here.

Elisa: OK. And where this model, the idea, come from? You visited other projects so far?

Henry: Me... We have been looking for other facilities, we know the necessities for the residents very well. We know the case of Hogeweyk in Holland for very long, but it's very expensive. (...) We could not replicate all the services in the community inside the walls. So people don't need to leave. And we felt that was quite isolating. We want people to use the community facilities and become more normal for people with dementia to be in the community. But also more important, it's less costly to construct, if you don't build all those facilities. So, the fact is that we have used existing housing. (...) They were originally 12 houses, we've converted them and so, again, that keeps your investment costs down.

Elisa: Because... is it connected to the city? I mean, it is a little walk to go to the main street and I've seen that there are new developments also and new refurbishment there...

Henry: The reality is... that anybody can come here and say this would be better if it was here, it would be better if it had a swimming pool, if you had this, you had that... the reality is, that the more you do that kind of things, the more expensive it is, and the more the cost of current increases. So, what we've got, our proposal is "use what you've got". If you are a council that has housing that nobody wants to live in, you just donate it, use it for this. As long as it's within some kind of community, it will help. Because one of the things we're measuring here is the economic impact of this facility on the local community. So, the construction contract was only open to local companies. We're basically employing local people and all the technology, everything we're using is locally sourced. So, we're trying and also by using like instead of having a hairdresser's in here, or a cinema...we're going to go out and use those services in the local community. And thereby have a beneficial economic impact also.

Elisa: And have you thought about long-term? How many years do you think you are going to measure this economic impact?

Henry: Well, the CASCADE project finishes in March 2021, so we will until then...

Elisa: Being measuring everything.

Henry: Yes. We are working with the Canterbury Christ Church University, a Technical University in Holland, the University of Lille... so we have involved on the academic side.

The Canterbury Christ Church has employed an economist, so the Catholic Christ Church will basically be doing the evaluation. We're not going to stop in 2021, we're going to continue to do the research and measure things.

Elisa: Of course, for sure. And are you going also to measure the impact on the well-being of the residents?

Henry: Yes, again, the two universities have expertise in what you've said, following and measuring sense of wellbeing, autonomy, etc. for the residents, but they're also doing that for the staff. Because we don't want to create a model that's great for the residents but quite low the staff. So, they'll be measuring both.

Elisa: And people that will work here are all local?

Henry: Yes, it is not far away.

Elisa: And people that will live here would it be any priority to the people local from Dover or surroundings? Or anyone can join...

Henry: What we want to do is that we would like it to be for local people. Now with hundreds of these, across the country, it could be for local people. But the reality is that it will be kind of on a first-come first-basis when people can apply to stay here. So this will be the criteria, and so, the answer is no. One of the big issues about care in the UK is that funding for care is... it doesn't cover the cost of care, so if the government funds you, ok. Basically, you have to cash in assets or less than 23,000 pounds (...) So it doesn't cover the cost of care so it's quite problematic, especially for people who either have no money or people who have assets that they prefer not to sell. But basically, there is a market rate for care here. And that's what we will charge. We don't want to create a model that does not work financially.

Elisa: Of course. I mean it has to be a compromise. And is there any urban plan that is going to affect this area of the city?

Henry: A urban master plan?

Elisa: Yes, I mean, for example, the parking that is nearby some blocks far from here and is there... do you know if it's expected to develop new buildings or new housing or...

Henry: Do you mean general plan...

Elisa: Yes, in this area of the city...

Henry: In this area, yes, there are some developments going on. There's a proposal to build some flats at the road, and basically the council has some very high targets (...) and so they are... also, the infrastructure... (...)

Elisa: And for the residents that come here, how it is financially sustainable for them? Do they pay a rent and it's compressed in the NHS? How it works?

Henry: No, if we have said that you can come here and the NHS will pay, we would have people coming here, from here to London. It's very very expensive.

(...) ... the government won't fund care... maybe a very low amount (...) If you've got a house or any assets, you'll have to sell it to afford the care (...) And even so, the amount you would get, it won't cover the costs, it is too low to cover the costs of care... (...)

Elisa: And people that live here? (...)

Henry: (...) Because we received European funding, which means we have to charge market rates, because you can't use European funding to undercut the market rate (...).

Elisa: Ok. And then, for choosing the profiles of the people that can live here and how they are organize in the different housing. They can choose freely or normally you will try to adapt the profiles of the residents to certain models or lifestyles...

Henry: What we saw in Hogeweyk is that they had like social streaming. That would be pretty unpopular in UK. I mean, in Hogeweyk they have like certain kind of *castas*. Of the class.

Elisa: Well, they call it more like lifestyle, cosmopolitan or...

Henry: So, I think people in this country would kind of resent that stream into a social class. So, there is a lot of sensitivity, so we've got no plans to do that. We have thought about do you want an all-female house? Or a male house? Or if someone's married... can a couple... (...) We will try to adapt the people to the best place they can be, but not in that kind of systematic way (...)

Elisa: Yes, but, for example, if there are five couples that want to come, should they be distributed in different houses? I mean... Have all together in the same house maybe is it too crowded? You don't know.

Henry: We haven't got all the answers yet. The debate is still open, and we will learn as we go along. And I'd be really surprised if we've got 5 couples that want to call us and we

haven't made a decision whether we might say no to them. So, we've got to work through all these things and learn and adapt as we go along.

Elisa: And then it's expected to be always short-term or temporarily-term or a long term and people live here...

Henry: This is long-term. All the houses are long-term. Only the 6 guest-rooms are short-term. So they can come from one night to two weeks.

Elisa: And which would be the requirements to get in the village? Like having a certain degree of dementia or maybe if your couple is not affected or not having dementia... how this will be managed?

Henry: So the people resident has to be diagnosed from dementia...

Elisa: But certain level or it doesn't mind, or just mild to...

Henry: I don't know about another criteria. All I know is that you just need to have a diagnosis on dementia. The doctor decision is that you are diagnosed dementia...

Elisa: So, it's also that you will keep learning...

Henry: We took already this decision. You have to be diagnosed with dementia. But there may be some issues that we can deal with for some people. That will be on a case-by-case basis.

Elisa: Ok. And if anybody from Dover wants to spend the day here because... I don't know, they want to do volunteer for free or... Do they need to be like in an association 'covered' or something like 'more institutional' to come here or is it going to be open to any resident... like 'I want to walk around' or it's going to be quite controlled?

Henry: One of the things that we were... Well, they are today a lot of visitors. A lot of people looking around, looking, walking... We find that quite intrusive. So our plan is to create a computer software and a dron, so you can see the site and check... People we expect already have a lot to do... a lot of people using the hall, so there'll be lots of people in there, with lots of activities, lots of things going on. But in terms of staying here, we have guest rooms so people can pay to stay here.

Elisa: Ok. And then, with which kind of association would you like to create like a commitment or some activities that can be created... for example workshops or...like schools and...

Henry: We've got... (...) art workshops, we already have those...

Elisa: But it's inside... it's managed by the community here or it's different community, associations or...

Henry: It's an external group... (...), they will be also local schools and... (...)

Elisa: And about the sensors that are distributed at homes? You have like the ones in the walls and then is there any other else, like in the fridges or to control if the people eat more or less or... how that this...

Henry: So we will have the food provision centralized and the food will be brought here... (...) and the sensors can be attached to the bottom of the cup so you can measure fluid intake, there will be the sensors will also measure frequency of going to the toilet, agitation at night in bed, as well as the sensors there are little tokens (...) with a little size and you can put that into a pocket... or... there's also a watch. You understand rapidly how these watches work... And each of those devices if a person's got one of those devices, it will tell the box... 'this is Fred' and the box will measure what Fred's doing in terms of movements, how far, how his steps, how tortuous... where they went...

Elisa: Yes, if they pulled down also or...

Henry: Yes, if they sleep well, or were they agitated at night, how many times did they get up. And also, the nurses can take blood pressure, oxygen content, weight, temperature... all these things and they also get automatically downloaded. So, each person over a period of one to two weeks will have a profile generator, what's normal for them. And the AI system for each individual will understand what's normal, and it will look for deviations from the norm and it will only alert staff if there's a deviation from the norm. If that person's doing what they normally do you don't need to keep going and seeing what they're doing or make them sit in front of the tv. They can just carry on doing what they're doing So it's only when they deviate from the norm, when you go and have a look what's happened. So once we've got that profile for each person the system will monitor them on an ongoing basis and then on a weekly bi-weekly monthly basis... and the clinical staff will look at the information and they'll see what sort of correlations there are and trends. And then, they'll use their clinical knowledge to say 'this is significantly seasonable' and then they'll tell the AI system and so the AI system will gradually become more knowledgeable and able to interpret data better.

Elisa: Very impressive.

Henry: And then the system as well can contain personal information. So each person will have their own musical preferences and they'll be able to say 'play my music' or if they can't count on their carers or nurses also play his music and it will play his music...

Elisa: Ok, so they can also manage to integrate some features that is...

Henry: Also, the box is listening. So the boxes listen to frequency, pitch... so they can detect agitation or anxiety and report it. And they also, (...) we think that the box eventually should be able to monitor people just over audio signatures.

Elisa: And what happens when they go outdoor? When they leave the house?

Henry: (...) There's a matrix of sensors and boxes...

Elisa: So the area is more or less controlled.

Henry: Well, it's not controllable at all, it's designed to keep them safe.

Elisa: Ok. What about the for example the design of a thermal comfort at home? The temperature... right now there are certain research that are working on a how to adapt the comfort to the people with dementia, because on one hand, they are older people, so the comfort regulation is different for younger people or women or men, so right now there's a lot of research on this...

Henry: So, this is a home. So, we'll do what people do in their homes. If this is like normal.

Elisa: So they can choose it or not...

Henry: We're not yeah expecting them to be pressing buttons and so (...) We decided to do things like this, through consultation with focus groups, with people with dementia carers, clinical stuff... and if you look at these houses, and the design of the refurbishment of the houses and you look at the surroundings, they are very very similar.

Elisa: And about the refurbishment of the houses? About some environmental issues of the constructions? They were taken into account like... a passive house I don't know if you care about it or solar panels or something like eco-friendly construction?

Henry: We didn't want to create this amazingly energy-efficient facility and increase our costs.

Elisa: For sure.

Henry: It's the whole object. We did look at solar panels, but it was expensive. So the heating system in the hall is a very energy-efficient system, so that was our compromise. So, our energy system (...) is a very efficient, very efficient system. But it's more conventional as it will be in a home.

Elisa: And then about the design of the outdoor spaces, did you have any possibility to also do some refurbishment of the street or the garden...

Henry: We're doing that now, we've got to work now for a landscaping contracts as well. But what we didn't want to do is change it from a street. We have a street that looks like a street. It is a street. We didn't want to artificially create something... (...)

Elisa: And will the residents have the opportunity also to change and interact with the garden as they want?

Henry: Yes, absolutely.

Elisa: And also for the rooms, they also told me that it's possible to bring their own furniture... adapt it...

Henry: Of course, it's their home (...).

Elisa: Yes, and so if the residents want to walk around at the gate someone can check if they can go...

Henry: No, residents can't go...

Elisa: They can't go out.

Henry: They can stay, going away... (...) we did look at geo-fencing using technology (...). The reality is that we found that people would not know how to work with that, so normal fencing.

Elisa: Will it be possible to bring pets, also?

Henry: Pets, yes. (...) And we're going to put animals also of the farms...And goats... (...) There's already cats, over there.

(...)

Elisa: Great. How many people... So the care system is all general or each house will have a team of carers...?

Henry: Well, it is distributed. So, some of the care will be distributed in the neighbourhood. (...)

Elisa: Ok, and which kind of profiles are in the care team? Nurses?

Yes, nurses, occupational therapists, housekeepers, care systems, we have reporting control... (...)

Elisa: And physiotherapist?

Henry: It's available if it's needed.

Elisa: And do you know how much Dover is a dementia-friendly city...?

Henry: Yes, quite a few facilities around that are dementia-friendly. And we have been to lots of meetings, especially Dover is becoming dementia-friendly town. And they have been engaged with tourists destinations, like the castle... (...) many local agents... (...) it's interesting to find partnerships... (...)

Elisa: Is this place easily connected with the public transport? Is there any connection with the public transport? Is it connected with the bus station system easily?

Henry: Yes, there's a bus stop at the end of the road (...).

Elisa: And for the designing of the houses, did you contacted a studio of architecture specialized on dementia or did you work with universities that knew about the design principles of... for example the colour, the contrast, the shapes of the furniture, or these kind of things...

Henry: Again, the... what we're trying to do is to create local benefits, so we used local architecture companies. That had got some experience of designing for dementia and they sort of consulted. But really what we didn't want to do was copy the preconceived notions that everyone else had got. So quite often when you look at the colour palette for people primarily very bright and that's not what you were doing at home. So, we went a different way... (...) but we did lots of focus groups and consultation.

Elisa: And did you work with... for the beginning of the project... did you meet for designing the indoor... for example which were the participants of these discussions...I mean the architect, for sure...

Henry: Well, the carers, people with dementia, clinical staff, physiotherapists, occupational therapists... (...) we consulted very well, also the local GPs...

Elisa: To finish, how do you expect that the inclusion of people with dementia in the cities could be from some years from now? I mean these are these are like pilot projects of residential facilities for long term, but do you think that... Because one of the points is that we need heterogeny facilities to support different people and different economies, and different profiles... So how do you think that this could be evolving in on what other things could be done in the cities and public spaces, housing...? All of this...

Henry: Well, the number of older people is increasing... as well, people are living longer, and for people with dementia (...) the cost of care keeps rising, it doesn't go down. So... and governments can't afford the bill (...) So my thinking is that a new model of care needs to be developed that exports technology, uses existing housing and brownfield sites you

know low value housing. Last year in the UK, Liverpool Council and Stoke Council were selling houses for one pound.

Elisa: Really? Well, in Spain we're having a completely abandoned villages that are sold.

Henry: Exactly. So, what I wouldn't advocate is converting a whole village that's miles from anywhere. I think you need to get people used to seeing people with dementia, used to see them being in the cinema, at the hairdressers and using local facilities that helps the local community means they get an income from that. And it also destigmatizes the condition and it becomes socially better for people who cares and people who are cared. So, I don't think we should be looking at the current model which basically you build a big rectangle, you put as many people into it as you can, and you chop them as much as you can, and you spend as little money as you can. Look, very few people come in and very few people go out. So to create a facility that is close or within the local community, use existing housing buildings where you can convert them. But put something inside that attracts a community in. A space that they can use, or facilities that the coffee shops, facilities they can use so there's a lot of traffic in and out. So that's how I see it is. That you use existing low value buildings convert them to you use local facilities for people moving dementia, you take them out you invite people in. You create a lot of interaction between them you, money flows into the community. So that gives you maybe a lower investment cost. The cost of care then, in the UK and I'm sure it's the same in Spain and wherever else... is dictated by rules around how many staff you have to have and how many people that qualifications all this kind of stuff. Well, ok, and... but the problem is that you're trying to eliminate risk. So, for example if you look at the research, most people having dementia who go into a care environment immediately becomes (...) that their levels of activity just drop off. The most busy parts of their day are getting up and going to... the rest of them they're just sitting around. Now, if you or I for the next 5 years, 10 years, 20 years... just sat from us today ended up really ill pretty quickly: obesity and diabetes... it would be very bad for our health to do that. So, what we're saying in this environment is use the technology to allow people to keep mobile, they'll stay healthier, in their own condition. (...) but what they will face are the risks that you and I face we might trip over. We might walk into something. And so that we become more accepting of those kinds of risks. At the moment in the UK. If someone falls over here, we'll spend a day writing a report about that. It is just stupid. And so, I think there is a need to balance struck between the attitude to risk. But I see if we can show this technology for the most part of the day keeps people, monitors people, keep them safe, and you don't need lots of people, particularly at night, and less people. We hope you can low the cost of care. The other thing we're doing, if you go into any nursing home in England (...) you will see a nurse somewhere at a desk taking notes. This system will take those notes for you, so most

of the data readings that you take, it can automatically transfer that. But also, you can speak to it and it will transpose the text into the correct place so we're trying to reduce that with technology. So all of our work is looking at a lower cost of care, as well. So that's why. I think you have to use what you've got, to use the buildings and infrastructure you've got. It's usually in the right place, it's usually in the community, it might not be the best community, but it's usually in a community. Or the town, where it's busy and things going on. And I think the actual model of care is again working on safety and I requires a higher cost. And what we're working on to see if there's a different way of care of people.

Elisa: It's very impressive, I mean I have read a lot about how the urban policy in UK it's also taking in consideration the problems of health and it has been working on that for many years. (...) So, it's the perspective that environment matters. At least the perspective that the environment matters and how a new lifestyle it's affecting you so much and you can facilitate or not going outdoor or staying at home just by the design of the environment. Thank you very much for your time and all these can be translated into a good PhD.

Henry: So how far are you actually?

Elisa: Well, it's my second year. I have five years to develop it. It's partial time, because I'm working at the same time. So, but I hope to finish it before five years, the neurons need to rest also.

Henry: I thought it was three years.

Elisa: Yes, normally it's three years. I started as three years but then I was overwhelmed because of a lot of projects going on. Also, and I decided that some opportunities have only one chance in life and I said like 'ok, I can't say no to certain things'. So partial time is okay so and I'm very happy I can come to UK also.

Henry: So what are you doing in Newcastle? Why have you chosen Newcastle?

Elisa: I've been working with the University of Newcastle for a European project from the EIT health. Well, this is the second year we have another one and probably next year. So, I already knew the team and I collaborated with them quite often and so that was a reason... and also because they have created the National Innovation Centre for Ageing... So, they have also teams that are working in age-friendly and dementia-friendly innovation...

Henry: (...)

Elisa: Yes, one of my supervisors is also interested in doing like visits with the students.

Henry: Yeah, you can share with her my details.

Elisa: Ok, thank you very much.

Henry: Thank you.

1.3. Samantha Robinson, Proyecto Harmony House, Community Areas of Sustainable Care And Dementia Excellence in Europe (CASCADE project) (Rochester)

Cargo: Directora de Servicios, Darland House & Dementia Crisis Support Service,
Coordinadora de proyecto CASCADE, socio local en Rochester

Fecha de la entrevista: 11/02/2020 Duración: 83 minutos.

Preguntas de la entrevista e información a recolectar

1. Can you give more details about CASCADE project and the international consortium?
2. What is the concept of Harmonia House? Which other kind of projects and facilities have been built? Dover and this one? Any other else?
3. Is there any stakeholder engaged?
4. Why do you think this kind of model offers better quality of life to people with dementia?
5. How Harmonia House was established? Was it an existing building?
6. Which kind of facility/service is it? Which is the average age of residents? How many people live/visit the place regularly? Do careers and other staff members live here?
7. Is the Harmonia House open for anybody?
8. Which is the engagement with local communities? Which kind of activities/groups/associations...? Is there any other facility (public equipment/service) around/inside?
9. Which were the main criteria for designing and adapting environments and spaces?
10. Did you have any consideration about dementia-friendly principles guidelines?
11. Which kind of features/criteria did you considered for indoor space design?
12. Where architects and design team hired with this skills or they learnt during the process? Did you know about design+dementia and how to adapt environment and design?
13. Which is the profile of carers? How the teams work? How many people will live here?
14. Have you considered thermal/lightning comfort as design criteria?
15. What about other features in public design? Green areas, colours, benches, furniture...
16. Is it well connected this site by public transport?
17. Which other facilities and equipments would you say that are engage into dementia-friendliness?
18. Is Rochester identified as "dementia-friendly" city/community?
19. Will you measure any data about residents living here? Which kind of data? How would you connect it with environmental parameters?

20. What would you say that are the main challenges for integrating people with dementia in communities? Social inclusion depending on community or environmental factors such as accessibility, for example?

21. How do you think dementia-friendly cities could be?

Transcripción de la entrevista

Elisa: Thank you very much. So, first of all I would like to know a little bit about the CASCADE project because I found it very interesting also this consortium between Europe. I'm also participating in other European projects for healthier communities. I come from Madrid and we are engaging with the University of Newcastle, that's also why I'm there.

Samantha: So is that funded through European funding as well?

Elisa: Yes, kind of. Do you know about EIT Health? Well, it's also a European commission budget... it's not Horizon 2020 but it's similar, and they are looking for promoting health and anything that is innovation towards health. We are working on this issue, but more focusing from the educational aspect, how to provide knowledge and expertise to trainers or professors or technical municipalities. Also we are now trying to engage citizens and other people associations to know and... So, yes. It is interesting about the CASCADE project.

Samantha: Let's talk. If I... because Henry would have given you his approach from the Dover's point of view. I'll give it to you from a Medway point of view, right? So although the project only officially started 3 years ago, we've probably been in conversations about the project for about 5 years. We were asked to come on board as an organization by our lead partner in the CASCADE project who are the Health and Europe team based over in Maidstone. And what had happened was they've been approached by East Kent because East Kent had had the opportunity to go out to Hogeweyk which is the dementia village...

Elisa: Yes, I've been there.

Samantha: ... And seeing some things that they really really liked. And had some ideas and thoughts and came back and then, it was when we spoke to the Health and Europe team who said 'oh we can probably possibly get this funded, let's go look for other partners'. So we were approached because they knew that we had an interest in supporting people living with dementia in a different way and... actually the reason I suppose it appealed to us as an organization because we although we provide NHS services under a contract. We're not an NHS organization but we're a social enterprise, so that means as well as having our values, but we also have an "ethos" around social impact and giving back to communities. We feel very strongly about that as an organization and as one of my roles I manage the dementia community crisis team for Medway. Just for Medway... and I knew anecdotally from them

that actually one of the gaps that we had in Medway was a building or some kind of planned respite-care for people living with dementia and for their carers as well. We do have respite care in Medway but it doesn't tend... you can't book it in advance and it depends on whether they have a bed available, when you want that respite... so it's... it's much more difficult to do. We knew that that was missing within the area. Our colleagues at the council, they were called the partnership commissioning team. They're not... they don't exist now, but they've done a bit of a gap analysis for the area as well, and also found that actually there was a lack in terms of respite care. So we looked at it from that point of view and we - as an organization - thought 'right, what do we need?'. And we really liked the concept of 'guest house with care', so in Europe this was introduced to us. We went to "Zorgs" and we had a conversation about guest house with care and it just made it feel... Actually, people living with dementia for a long time have been stigmatized and still are in our area and we wanted to provide a facility where people living with dementia could come and stay, but not be treated like a patient or somebody that was unable to do anything. We wanted to really focus on what they could do. And loved the concept of calling them 'guests' rather than *patients* or *residents* or *service users*, which are just terrible words, really, and automatically put somebody in in a box. We didn't want to do that, so we owned the building next door here, which we bought off from the local council. So, *Our Zone* is a day centre, it operates Monday to Friday. but it's actually been in the community for 50 years. So it's really well-embedded within the community. Strangely enough, when I was little I went to school down the road and we used to come in. It wasn't called Arizona, but we used to come into the day centre too, for our Christmas carols and things like that. So where you... where we are now used to be an old ambulance station and basically it was just filled with stuff. It wasn't used. It hadn't been utilized in years. Certainly, hadn't been utilized since we bought the plot of land off the council and what we thought was actually 'we could make the links between the two, so it would be really great if we're going to have a guest house to use this plot here'. So, we had this grand idea, we worked with Health in Europe and our other 9 partners and put together the application and second time through, it was successful. So you know we were lucky enough to get money in order to build the guest house. There were some difficulties around that and I think that's hard lessons that we've learned. In that when we put the application in, so when we actually got the funding costs has very much changed, you know building costs, on costs for staff, utility costs... all of those kind of things have changed. So, actually, what although we've got, we... you know, we did really well, we got a good sum of money. Actually, in terms of what we needed it wasn't quite enough, so that was a real lesson from us. However we ploughed ahead, went with it and we did have some challenges. So we found that the old ambulance station had asbestos, so that then had to be specially removed which was another cost. We had the site demolished and then we're

lucky enough to procure a really local builder called *Perfect Times* - I think they were called - who are local to the area, who wanted to work with us to build the guest house and we had a great architects on board as well... So, in terms of CASCADE, in terms of building, that's what interested us. We then really loved the other aspects of the project as well, so it was around the use of technology and if you go to any dementia conference, there will always be technology providers there. But if you speak to people living with dementia and their carers they're not keen, they feel like they're being monitored, so what we wanted to concentrate was how technology could support people living with dementia to live independently for longer. That's really what we wanted to focus on, and that is what we're focusing on. So it's not about monitoring them, watching their every move, etc. It's about actually 'ok, how do we use it to enable the individual rather than disable the individual?' So we have that aspect of the project that we're working on... we like the training aspect because in the UK we do have a national dementia training standards framework and 2 of my clinical leads from 2 of my teams deliver that within the organization. So I like to think that much of our staff actually are really quite well trained in terms of dementia, but actually recognizing that, there's not a great deal out there for people living with dementia or their carers. And what is out there, they kind of get in one go, so they will get their diagnosis, they're diagnosed by a psychologist, they will then be invited to kind of a care... to a group setting which I think is about 4 or 5 sessions, and during those sessions they get everything. So they get discussed about power of attorney, legislation, that kind of thing symptom control... memory loss... but they get it all in one-go, and actually, when you've just had a diagnosis. that's just too much. Also, as well you know when you get that diagnosis, the individual then has to find a way to learn to live with that diagnosis. So there's sometimes there's a lot of denial as well, and it doesn't matter how much you try and tell someone then. They're not listening because they're still in denial about what might be. So one of the aspects that we wanted to look at in terms of the training is actually training that's available for people living in dementia and carers but it's bite size so they can just look at the bit they want to look at when they need to look at it... does that make sense?

Elisa: Yes.

Samantha: But also again focusing on health care professionals as well and other, you know, care professionals, such as the voluntary sector colleagues, the charity sector, the local authority... that kind of things. So there's that aspect as well and then, our European colleagues had brought in the aspect of tourism, which was something we'd not thought of at all. However here in Rochester we're in a really good spot for tourism. We have Dickens Rochester, down the road, there's a castle, there are museums, we have the dockyard down the road, we have access to other places such as Leeds castle... so it's certainly talking to

one of our colleagues and he's really engaging, he was very much, just because somebody's got dementia doesn't mean to say they can't ever go on holiday again. So then, that aspect came in as well, which was something we hadn't thought of, but something that was really quite interesting. And what the team have done actually, diverting a little bit, is when they first came into being as a whole team, they visited a lot of these places to actually aim to tell them about Harmony House, but also be to look at their facilities in terms of... you know, supporting people living with dementia. We call it dementia-friendly, I think. That's the wrong term to use, because I think again that goes back to the stigma, but that's what tends to be used at the moment. So all of those aspects were really exciting for us, which is why we agreed to come on board, learned some huge lessons, not just about finance, time and commitment. I was already running two services, I was asked to take the project lead for CASCADE, 'fine, I've loved it'. But it's been a huge commitment in terms of capacity, it really has... really needed some juggling, but it has got me meeting East Kent, so the Dover team, my colleagues over in Europe and that's been really good. I've really really enjoyed that and hearing what different people are doing. What it also got us doing was creating our own focus group, we invited people in the local area to be part of our focus group and we had a number of people living with dementia and carers and health and social care professionals come along. I think we had three focus groups in it, all and giving us their opinion as we went along the way. So the first one was very much around, 'you're living with dementia what does that mean for you?' and I always tell this story one of the young ladies that was there. She was just in her 50s, she'd had a diagnosis of early onset dementia, and she said one of the things that they found was that she'd stop doing things. So she went to the gym nearly every day, but she stopped because she didn't have any confidence that the staff within the gym would know how to support her if she forgot how to do something, or if she became muddled. And then her husband, funny enough, then said to us '*you know the minute we got her diagnosis our world got smaller and smaller. Friends stopped contacting us, we stopped doing things. We stopped going out, and we were...*'. It was a real eye-opener for us to hear those kind of experiences, and they weren't alone. There were a number of other things that we heard as well, but actually what we wanted to find out from them, was -you know -, if we could rewrite everything what would you want to do and it was about enabling, it was about actually '*what I want to do, what I would normally do*' and actually '*I want to do other things that I might not normally do, because I know now I might not be able to do them in the future*'. So it was a number of things like that. So we had a focus group throughout kind of the pre-stage and then the building stage and the last one was along the lines of 'okay, we spoke to them about tourism and what they thought about that?' What they thought about the projects as a whole, what they thought about Harmony House, so it's given us the opportunity to do that as well, which has been great

and really fits with us as an organization in terms of social value. As well we did have some pushback from the local residents, we had a couple of local residents' meetings, we invited them to look at plans and things like that, and we did have some quite vocal pushback and mostly that was because those people didn't, they didn't understand what we were trying to do and came with preconceptions of what they thought dementia was. So one lady, you know, quite clearly said to me *'I don't want to live next door to a place where people are screaming all night'*... Now, where she got that preconception from? I don't know, it might be personal experience? It might have been something she heard from a friend? Whatever. However the pushback we got was because people did not fully understand. And also it really clearly showed to us the stigma that people living with dementia still face. So the CASCADE project... we're in year 4th, which is coming up to the last year. The guest house here opened in October last year. We only opened, we have 10 beds... we only opened 5 beds to start with, because although we knew there was a need, we knew from our colleagues in Europe who would open guest houses that actually had been a bit of a slow uptake and, you know, not to expect it to be full straight away. People need to trust, that kind of thing, so at the moment we have 4 - 5 beds open, but what we've also found actually - and it is part of the project - it's not just people living with dementia that are using the guest house. Also we have some people who have complex needs and are frail, so that we would call them *'frailty people'*, living with frailty. So the two guests we've got in at the moment actually don't have a diagnosis of dementia but they are quite frail. And interestingly enough, there was some research that came out last year which supported everything we were doing, because it very clearly said, actually if there is pre-planned respite, then the outcome for the person living dementia and their family is much more positive in that they don't end up in crisis, they don't end up in the emergency departments, and then go, you know, be admitted to an acute-hospital and then become bed blockers, which is another horrible word, but does happen because and also as well it supports, not just the person of bringing dementia and their resilience, but also their families resilience, you know? They can quite comfortably, go away for a while or they can cope. Even though, things are difficult, because they know that in three-months time, they've got two weeks off. And actually during that two weeks isn't that their loved one, is just sitting in a room doing nothing, but that they are actively involved and engaged and taken out and included in trying to keep them as independent as possible. For us, that was another part of. It we knew from talking to colleagues that when people went into traditional respite, they often would be cared for, so they would come out of respite not being as independent as they were before they went in, so one of my colleagues - actually whose mum was living with dementia - was very emphatic around. That we knew that from other people we'd spoken to, so in terms of our workforce and we are very different to Harmonia, so although they do have some guest house beds,

their focus is on their residential care within their houses... ours was all about more enabling. So actually our guests are encouraged to be as independent as they usually are, so if they want to cook their own meal they can cook their own meal, and we will be here to support them have a fully fitted kitchen. Washing, dressing, we engage them in lots of activities, so we've created a lounge area where they can go and socialize and watch the telly; we have this area which has become a really social area. Also we didn't want it to be traditionally meals, we wanted to be really untraditional in terms of meals, so yes we have food, but if they don't like this, we're happy to walk up the co-op with them up the road, we've had a few guests that go to the fish and chips shop, which is up the road and even the pub as well for their meals. So the emphasis for us is keeping people as independent as possible, but also be keeping them integrated within the local community. So I had a long conversation with the team, yesterday one of our regular guests who comes in, is living with dementia and his dementia has kind of broken down his barriers in being reserved so he's very friendly to everybody... everybody is his friend, he wants to talk to everybody and the start they get... the team here quite often walk him up the road to go and get his local paper, he comes back down, visit and what they find is when he goes up the road and he's in the paper shop, he's talking to everybody. And we had a discussion as a team and, you know, it was *'well, do we feel we're with him to support him? do we feel the need to let the people know that he's been... he's engaging with... but he's not making much sense, possibly that it's nothing to worry about, he has dementia'*. So we had a long conversation about this, and actually they didn't need to do that at all and actually the conversation was *'well, why would you do that?'*. You know, because automatically we - as staff - because one of the team was saying *'well, I think we should'* and I was like *'but then you're stigmatizing the person'*. As well, actually if there becomes an incident and it becomes... it causes anxiety or problems then, okay, that's different, you have to deal with that as it comes, but every day... why would you need to do that? Like you know, so it's brought around some really interesting conversations as well, but yes we have a Harmony House. We still haven't gone past 5 guests at the time, but we do have guests coming in, which is great. We've had lots of interest from our local authority in terms of they might be interested in the future in purchasing some of the beds... At the moment, all of our guests that come to us are self-funders, so it doesn't have any kind of funding that comes with it at all at the moment. But like I've said, we have had interest, so that would definitely be something in the future that we will potentially be heading towards. But CASCADE itself, the other part is the evaluation, which I'm sure Henry spoke to you about. So Canterbury Christchurch university are doing all the evaluation, so we got ethical approval a couple of weeks ago, and they're using a variety of models with our guests to kind of do that how is the experience for you. So some of that is around emotional touch points, *'how are you feeling now'* and then 20 minutes later *'how are you feeling'*... that all

those kind of things. But they're not just doing it with the guests, they're also doing an evaluation of the staff and how the staff are finding the guest house, and their role, and what they're doing, do... and also Canterbury will be evaluating the use of technology as well...

Samantha: Am I waffling too much?

Elisa: No, it's perfect, yes.

Samantha: So, yes. So Canterbury are doing the evaluation aspect of the project, we're using two types of telecare here. We've got one system which is called Canary, which is going up in the next, we've got one up, but the rest of it's going up in the next couple of weeks and that is really a door opening. And a monitoring system, so we're gonna... there'll be one on everyone's bedroom door, but also their bathroom door. Each room has a medication box as well, so there'll be one on there, possibly one in the kitchen - we haven't decided yet - in this area here... but with the idea that actually... So let's give you an example. So one of our gentlemen that comes into us quite regularly - his name is Robert - he comes in every week for a day or two. He is living with dementia, but his capacity is... is very fluctuating, but actually how we're going to use it with him if he... if he and his wife agree, that we can use it, is his toilet door. It will be really interesting so that actually if he during normal when he's with us when he opens that toilet door 3 times then, we can build up a picture of what is normal for him. If we notice then that toilet door is been opened 5 or 6 times during a stay, that gives us an early indication that perhaps something either physical or psychological is wrong and we just need to do a bit of digging. It could just be that he's had a visitor and the visitors use the toilet as well, but that's how we're going to use the system... The other part of tele-care that we're using is wearable technology, because we want to keep people as independent as possible. If we have somebody coming to us who has a very early diagnosis dementia, in that mild stage so he has capacity and would normally walk 2 miles a day, why would we stop them doing it just because they're here at Harmony House? So with the wearable technology that we're using and it's a local company again, we can set a kind of a perimeter by GPS almost not so that we can track them, but if they go past that 2 miles we get an alert, we can talk to them through the device, so it could be *'are you okay? do you need any help?'*. And their answer might be *'oh, I've met a friend actually, we're going for a coffee'* or it could be *'I'm a little bit lost, can you come and find me?'*, also doubles up, actually is a false indicator as well, because if the person falls over, it will immediately alarm us as well, so it's either. You can either wear it on your wrist as a watch, or it's like a little thing that goes on a key ring that you pop in your pocket, so that's the two types of tele-care that we'll be using here at Harmony House.

Elisa: Okay it's very interesting this one.

Samantha: Yeah, Henry's is different. They're using another system called '*my care*', which is very much a monitoring system and they it's advertised as an AI System. Now if you talk to different people, they will tell you that AI is not available at the moment. We spoke to loads of people and some were like '*oh yeah, yeah, we can do this*', and some are like '*it doesn't exist, this is what we can do, blah blah blah*'. So, when we first started the project, Henry and I had a discussion about whether we should use the same tele-care provider and then actually we decided no, we shouldn't because he has different needs to what we have. And also we wanted to be able to do some kind of comparison so I'm really interested to see what Henry's system. Tell them that's what I'm really interested for them. And also, what will be interesting is how we use the systems. We've got here whether we decide that we want to keep them or whether actually it's not working the way we wanted it. So in terms of tele-care, in terms of workforce, the project also gave us I suppose it's not a reason, but an opportunity to look at a different workforce. So in the UK, and I believe this is actually across the world, we have a shortage of qualified nurses. Yes, so and we didn't want to be traditionally nurse-led either so, Joe, who unfortunately isn't here today because she's on a training course, she's the guest house manager. She's not a nurse, has no nursing experience at all, so when we recruited for her post, we recruited for her values, rather than skills. Yes, what we wanted was somebody that shared our enthusiasm for the project, had some ideas and had a background of... I suppose did have a background of organizing. Joe worked for Kent police for 20 years, you know, but she had also worked in a local dementia society as well, so she had some dementia experience. But we really in fact with the whole of the team we recruited for values more than skills. So we have Joe, she's our guest house manager, we have 2 senior and we've called them *personal assistants* so rather than 'support workers' or 'healthcare assistants', they're called personal assistants. We have 2 senior personal assistants and we have 7 personal assistants and a number of those have not come from care, which is great I think. 1 used to it, 1 was a veterinarian nurse, another was a hairdresser, another I can't remember where she came from, but it... you know, we didn't want that traditional '*oh you can only work with us if you've worked in care*', because we're not about caring we want to be about enabling. So the team, and actually what was really great as part of the project, was I managed to start the team as one whole team at the same time. So they didn't come on board in dribs and drops, we started them at the whole, you know, all at the same time and for the first 4 weeks they had a very comprehensive induction package, so they got the chance to go down to Harmonia as a team, and went and spoke to the team, down there. They did all their normal statutory and mandatory training, but also meant we could give them some more detailed training in terms of dementia. We could give them space and time to go out to our local dementia-cafes to talk to our local health and social care colleagues, we've trained them in food standards...

So we've train to a level where they can cook quite safely. So we did a really comprehensive training with them, and also as well there was another European project that much are involved in which is called the *TICC project* which is around transforming community services, mostly owned district community nursing teams, but some of the principles we've taken on as an organization, and one of those principles is that the team makes the decisions about how the team works. So, we gave the motor to the team and said you decide your own motor, this is '*what needs...?*' so we gave them the parameters, this is *what needs to be covered* so there's always at least 2 people on shift. But actually, you're a team, talk to each other, you decide what you're going to do, and that kind of work. I think Joe had to control it a little bit, but, in theory they've all signed up to it, so they've all agreed it, so they can live with it as such and, yeah, I think that's where we are at the moment.

Elisa: Well, it's very very interesting.

Samantha: Yeah, it feels like we've been doing it for a very long time.

Elisa: Yes, yes, but well if you have already have an experience and engagement in the community it's normal that is like another step in your timeline.

Samantha: Absolutely. Definitely.

Elisa: You don't know, it's something new and challenging but something that it was natural to happen...

Samantha: Yes, we had a fantastic launch, we had loads of people here for the launch. What I haven't mentioned so far is we've tried to really keep that relationship with next door. Really, it's really important as well. So guests, if they want, can utilize the facilities next door. So next door, we have a gym, an arts and crafts area, an indoor garden, an indoor kitchen, there's also a big conservatory, there's a sensory garden... so we've worked really hard, I worked at my level with the service manager for next door... The team I've worked with, the team next door, to really maintain those links. So if our guests want, they can go and eat their meals next door. There is an issue in terms that there is a little bit of an added cost which doesn't suit everybody, but yes, we've really tried to keep that relationship very close...

Elisa: Is it the same institution?

Samantha: It's the same organization. So next door is called '*Our Zone*' but it's another organization, the same as Harmony House.

Elisa: Okay, but they are independent in themselves.

Samantha: Yes, so they have members, so the people that attend the day centre next door are called 'members' and they usually have a physical or a psychological kind of disability. But they're great, so they have a chocolate kind of snack trolley every afternoon and 2 of the members they always come around here to ask the stuff, because they want anything, which is fabulous.

Elisa: Okey. And in terms of the design of the building...

Samantha: Okay, so... we... I also... one of the teams I manage is a dementia nursing home for people with advanced dementia and complex behaviour. We had a refurbishment about 2, maybe 3 years ago now, and my clinical lead for that team is very well versed in terms of dementia-friendly buildings. So as part of the project I leaned very heavily on her, and also my team lead for the community crisis team in terms of the design. So we knew that we needed lots of natural light, we knew kind of what colour palette we wanted to use, we were restricted and it has caused some issues in the, you know, unlike Harmonia, where they had a massive space for their hub building. we only had this space. So we did, and from a commercial point of view, and Henry probably said this more than I - I haven't mentioned it at all - one of the things that we do need for this to be is financially sustainable. Because otherwise, actually as an organization, it's not good business. So why would we do it? So we were restricted to what we could do, but I had my 2 clinical needs, they were great, we met with the architects on a number of times, my state's lead, who is the lady that led the kind of the build project, we were able to meet with her on a regular basis, looking at things like where should windows be placed, what did we want in the rooms, and one of the things we stole from Europe, which you'll see is they have sliding doors to their toilets, which they open overnight time, because the person in the bed can see the toilets. And we know that people fall at night because they're looking for the toilet and they can't find it. So we pinched that idea, so we have sliding bathroom doors now, and looking at things like space as well, about you know, how much space did we need in the bedrooms, because of the touristic element we wanted to create at least one double-room, so that if, you know, if somebody and their partner wanted to come and stay, then we could facilitate that. We wanted it to be kind of the - I suppose - as the highest spec as we could manage, in terms of dementia-friendly buildings. So you will see the furniture is all rounded edges, vision panels as well, but at the same time and this is sometimes... this is the discussion we often had, is part of the project, is actually *home* and people feel safe at home. So how do you make your guest house feel like hubs, but also keep it as a guest house? Because it's not home... So that's something we always kind of struggle with, but you'll see - I'll walk you

around, so you'll be able to see that we have memory boxes inserted outside every door, so if the individual wants to use that, then they can and... but it's entirely up to them and every door you'll see has numbers on it. It looks like a front door and guests, if they want it, can have their key. And they come in and out, as they choose to, because we're not caring. We can't dispense medications, so the agreement is, if the any guest comes in to us, they can take their own medication, so we can prompt and we can encourage, but we can't dispense or give in any way shape or form so every room has a locked medication box as well and that is always discussed. So what Joe tries to do is if somebody rings up and says 'I'm really interested in Harmony House, she will invite them for a visit and that visit is when the kind of the assessment process starts. They've got a very... I'm sure, it will shorten at the moment it's quite a long assessment document, but it follows the principles of the *'this is me'*, by the Alzheimer's Society. So it's kind of that, it's when they start getting to know that individual and it's at that time that individual then can come and see the room, get to meet the members of the team that are here, look at the facilities that we have... because it's important we don't want to take people that don't want to be here. Also, it is part of that conversation, is about capacity and actually, we don't have restriction of liberty here, so we don't have any doors, so if one of our guests said they wanted to leave, they can So we're always very clear with that about the family or the partner, whoever, and the person living with dementia as well. We try and make it them as included in the conversation as possible. So she'll always invite them for a visit and then quite often what happens - not always - quite often is that person will come for a trial night, so they'll just come for 1 maybe 2 nights to actually see how they get on and how do they find it, and are they comfortable, and are the families assured... All of those kind of things. And so far, we've only had one guest that the team actually had to call his wife and say *'I'm really sorry you're gonna have to come and pick him up'*. Because he just couldn't settle and therefore started to display quite complex behaviour, some of which was aggression so far, out of about I'd say, we've probably had about 20 guests, it's only one that we've had to say actually *'I'm really sorry but we can't support this person'*.

Elisa: Okay, and then and so there's only a room that could be for couples?

Samantha: Yes, so we have a double if no one's in it I'll show it to you in a minute, so you can see it. And it some of the rooms have an ensuite shower, some don't, they all have on the sweet toilet and sink, but 4 rooms have ensuite shower and the double room is one of those and then what we've created is a really big wet room bathroom. That kind of thing that can be worn...

Elisa: And then people normally manage to go around and what other kind of facilities are around? A pub, or the ...

Samantha: Yeah, so the pub is up the road, the fish and chips shop is up the road, there's hairdressers up the road, the paper shop is just up the road... for spiritual needs, the church is just up the road as well... Local church, again, has been in the community for a very long time... and also they run a dementia cafe in our church, as well, so we've made some really good links there. People like the co-op, because the co-op is such a big organization itself, also has an investigation interest in social value. We've done a bit of joint working with them so and then, again, we've got all the facilities in the descent next door as well.

Elisa: Okay and in terms of... for example, a collaboration with other partners like schools or some activities with other...

Samantha: Yeah, so we've made some, the local school came and sang for us on our open day, but we haven't really done much more with them at the moment. The day centre next door has much better links with the school than we do. I think what we've been focusing on since probably since October. It's just getting the team in place, getting the guests in, trying to understand what it is that we'll be doing... But yes, there is a kind of a... I can't think of the word, we are going to make those greater links with the school in terms of health and social care colleagues. So we've loads of them, have been here to visit and we've offered this space...and although we won't go upstairs, we have a space upstairs, so the 10 bedrooms upstairs are not part of the CASCADE project in terms of finance. It was as expensive for us to build a downstairs as it was to build run upstairs, so it made sense to build the upstairs as well and there are ongoing conversations about what that might be. But one of the rooms up there it's quite a large office space. So in terms of our health and social care colleagues, we've invited them to come and use our space for meetings, drop-ins... whatever it is, they might feel that they would like to do. And a couple of them have taken us up on this as well. We have a few more chairs, these tables actually, in terms of the furniture these tables collapse... these chairs are all stackable, so we can make quite a lot of room in here as well ,and you'll see that the bedrooms are quite spacious as well. So we were restricted because we did only have this amount of space when it went to planning, there was some anxieties expressed by local residents, so the upstairs windows, some of them have some frosting on them, because the residents said you can see into our gardens, etc. That kind of things, not so much down here. And one of the things we agreed with the local residents as well is that we would do all the landscaping, so as soon as you walk around, actually it's all very little at the moment, but the idea is that it will grow up and look

much better. So yeah, in terms of planning, we had a few issues, but with our architects and our builders we managed to sort most of them out.

Elisa: Because of... do they have to change their planning...

Samantha: There was some restrictions, so we had to work with the restrictions. They weren't too terrible, but we did have to work with the restrictions. The other thing we couldn't do was create a kind of a lounge, a standalone lounge area like a comfortable sitting room. We just didn't have the space to do it, so when we initially built the building, we kind of expected that this area would become very social, which it has ...but since we've opened we have had some feedback from guests and families saying they'd really like a lounge area, so what we've done because we've been able to is we've converted one of the bedrooms, we've taken the bed out, and we've converted one of the bedrooms into a comfortable lounge area. We've done that in the last couple of weeks and see how that's received by guests and families.

Elisa: Okay, great. And in terms of the profile of people that come.... Is it normally local people or they come from another...

Samantha: We have some people from London and... that kind of area, Orpington... we had a query from, yesterday... So, some are, some aren't, and that's fine because we're not because this isn't funded by the NHS. We can actually offer those facilities far and far and wide, as such and what's been good is that there's been real learning for us, because we know that there's very little planned respite in Medway. What we're learning is there's very little planned respite in London... wider parts of the country. That kind of thing, and also what it's done is we've said *'actually, that's fine, we'll take you, there's no limit on that, because we want to learn from you, what you think about the building and what we're doing as well'*. So, yes, some of our guests come to us from far and wide.

Elisa: Okay, and they get along in the community or they are more...

Samantha: No, absolutely! The gentleman Robert who goes to the paper shop, he does every week, he comes from Bexley, I think. So, no, we've not had any issues at all.

Elisa: Okay, and then do you have any... because my point of view is more focused on the public space so, from your point of view, how do you feel that public space could be more accessible or more adapted or encouraging more independency? Because I guess that... for example, the risk of fall if something like a security or a lighting or something that you could...

Samantha: In the UK, as you may have noticed, we're very risk-averse, you know... everything has to be risk-assessed. Everything has to be worried about. Whereas when we went to Hogeweyk, as you would have seen, they've got a blooming great pond in the middle, they've got the walkways, you know, with only rails that come up this high and I... I said to the man that showed us around 'what do you know? Isn't there a risk? You've got this big pond, there's no netting around it, no any... and I said, what... what do you do if somebody falls or if there's an incident?' He went 'oh, we just deal with it. When we needed to do it, we don't really have any problems'. So one, that's the other thing. I learned is that sometimes we really focus on risk too much so in terms of public spaces things like we've got some really nice public spaces in Medway, some really nice garden areas, but a lot of them have little gates on them and for somebody living with dementia that is a nightmare. It's bad enough if you haven't got adventure and you don't know how to get in, but you know it, the accessibility in terms of being able to actually enter that space in the first place is really quite quite difficult and quite challenging. It's great that a lot of our parks and local spaces are used for things like football, cough balls things like that, and that... that is fantastic. But again, that can sometimes be a bit of a hindrance for somebody living with dementia, because you've got a lot of people in one area blowing whistles, screaming, shouting... so I suppose it's also understanding the individual and how they react to different stimuli. So for one person that might be actually, you know, if they're a football fan that might be fabulous they'll love it, but I'm thinking of another lady she would hated it, so as much as she loves going outside, you need to plan it around what she, you know, where she's comfortable and what works for her. So it's the thing with dementia and, you know, I say this all the time, is it's not like a load of, you know, it's not like a surgical procedure 'you go in - you have this', the physio sees you do this, you do that, you go home... everybody experiencing dementia experiences it in a different way. So it's really difficult to be prescriptive about which is... why we start that assessment process really really early. The other thing, so I'm gonna divert a little bit, the other good thing about doing that assessment process and getting to know the individual is we used to have one gentleman that came to us over a period of couple of months just before Christmas and then, when he came to us in January, which had been planned, he was very different. He was very different. And actually what was great about that was we could then sit down, and have the discussion with his wife, and say 'look, we've noticed that he's now doing this, this and this'. And although she kind of knew it, because she saw it every day, she hadn't really picked up on it. So we were able to say just perhaps you've got a bit of an infection or something, you know, but what one of the things I always wanted as part of the project was that we would get to know our guests so well that actually if we did notice there were changes, we could alert them and their families at a really early stage and help them manage that. So whether

that is, I don't know, put an extra post-it note on the fridge it could be something really simple. Or actually, something that needs a bit more attention. But because we would know them so well, we could coach the families and their partners kind of through how to manage that, so that it didn't then become an issue, and that person then ended up in crisis. In an ideal world, I wouldn't have a crisis team because everybody living with dementia would be really well supported and having a crisis would be unusual, whereas at the moment it's a norm. So, sorry I divided up your question...

Elisa: No, that is perfect.

Samantha: But in terms of green spaces, I suppose it is around that accessibility and I think the other thing is, it's just.... it's also about families not knowing... not thinking 'yes, we can still do, that no we still can't', you know, we can't do that anymore it's around perception as well. But it's also around communication, so if something we've done with a lot of our staff is about actually if you see somebody that looks lost how do you approach them? How do you talk to them... Yes, you know what kind of language do you use and I think people, you know, what we learned as I said earlier is people living in dementia automatically think that's 'I can't do that anymore'. It's almost as if their world stops and I think that's also the same for our public, you know, our public places we spent... we've done some work with our local tourist team, so when we we've met with them, twice now, once before Harmony House was built, and second, they came for a look around Harmony House, but that was around actually saying to them as part of the project 'we're happy to come, and train your staff in your different tourist areas, about how to you know about all those things, about how to approach somebody, communication, what might be needed...'. That kind of thing and we're in discussion at the moment about doing some of that with our local areas. So in Rochester we have a museum, so we're talking to that team also as well. What we... I think what's really great in Medway is we have a forum, so Medway has a forum called the *Community Engagement Forum* which is part of that, so I go along to that, but it also includes the hospital, our charitable sector colleagues, voluntary colleagues, health and social care colleagues, and mental health. And actually, what we do, we only meet once every three months and once a quarter, but what we do is we share what we're all doing, which means that actually I know that our local swimming pool is dementia friendly, you know, and that really works well as well. And they are... they haven't been here as a group, they've all been here as individuals, but they've... I use them as part of my focus group, actually, from the inception of the project all the way through.

Elisa: Very interesting. And all this, the services and institutions that are engaged are on the website?

Samantha: They're not on our website, they're on... they will be eventually, so we have Harmony House has its own website, so Joe is now starting to build that with different links and we had to procure that separately. That was another cost we hadn't thought about, but, hey, how we've got it now. So Joe is starting to build that, so there will be all that links what we've done with Medway tourism and Kent, to visit Kent, we're on their website.

Elisa: Okay, and how long has this dementia community have been working? A long time ago?

Samantha: What? Medway community health? So we have as a separate entity, we've been around since 2004. Before that, we were part of what was called a PCT, which is a "Primary Care Trust". Then the government decided that they needed to devolve the PCT, so we're separated out as a community provider into our own organization.

Elisa: It is impressive... and so, you're the owner of this building?

Samantha: Yes, of this building, yes.

Elisa: Okay. And then, do you expect that it could be a also a way of having new housing or new developments in the area?

Samantha: Yeah, possibly. I mean, one of the other points is, if we can make this model works, then actually we can pick it up and put it down. We have, you know, we know that we have housing stock in Medway that potentially, as an organization, we could purchase it. It always comes down to finance, so the one of the issues about being a social enterprise is we, unlike our NHS organizations, cannot be in debt. So at the end of the year, we have to balance the books, whereas some of our well or nearly all of our NHS hospitals and organizations are always well in the red, rather than in the blacks. So for us it always comes down to - well it does mostly come down - to finance to, you know, which is horrible but it does. But if we can make this work, there is no reason why we can't pick up the model, purchase other housing stock that actually for one reason or another is in a state of disrepair, is not being used, whatever, and pulled it there as well. I don't think that would be a problem and we still know there's a demand.

Elisa: Great and normally which is the average age of the people that come here?

Samantha: Good question. Probably 65 - 70. We've had a couple younger, we've had a couple older... average.

Elisa: And then, how long do they normally stay?

Samantha: So our maximum stay is two weeks. We are happy to consider it slightly longer than that, but at the moment the maximum is two weeks and the minimum is one night.

Elisa: And the carers and the people that work here, are them around, they live around or they...?

Samantha: So, do they live in the local area? They all live in the local area, yes. I think Joe, who's the manager, is the furthest one out, but... *[a otra persona]* Where does Joe live? Is it somewhere like Shepard, it's not Shepard is it?

Person: No.

Samantha: But she's... she's the furthest one out of all of you, isn't she?

[Vuelve a la entrevista]

But even that, she's still within a 30 minute drive, she's a massively way out.

Elisa: So, right now, there's a lot of... also of research considering the thermal comfort, and lightning comfort, in terms of people that have dementia. So from the point of view of design, there's an approach of a technical aspect that... to regulate temperature and how to allow the building... So have you ever considered these, like 'special conditions'? Because, I mean, even normally, the adaptability from men and women are very different?

Samantha: Yes, oh definitely... So each room has underfloor heated, which can then be adapted to that individual. So that when we were building, that was one of the things we really wanted, that each room could be firm, it could be regulated in terms of temperature.

Elisa: And is the guest of that regulate it?

Saantha: Yeah, if they want to. It is a little bit tricky, we didn't make it really very easy for ourselves, so it is a little bit tricky. But yeah, each room can be thermal... can be temperature controlled.

Elisa: And in terms of sustainability of the building, like solar panels or...?

Samantha: Yes, we have solar panels on the roof, we have a living roof, as well...

Elisa: Sorry?

Samantha: A living roof. So it's got grasses and things on it.

Elisa: Alright, yes.

Samantha: But yes, we have solar panels as well. We've tried to make it as green and economically sustainable as possible, yeah.

Elisa: Okay

Samantha: Still for having to, you'll see, we've got the wooden cladding around as well. However, still having to follow some building regulations as well.

Elisa: Yes, of course. And do the building has any certification at Passive house or Green Standards...

Samantha: So it's fully certified. And it's still under warranty, actually. From the builders as well, you get a year once it's finished. We have a year's kind of warranty in the building company, so if there are any issues... They're in a couple of weeks ago, they will just come in and zoom out for us as well, but it is fully certificated as well. We've also had a fire inspection, health and safety inspection... we're waiting for the food standards agency to come in, we haven't come in yet, we've also had the CQC, so the Care Quality Commission... So, we've had them in twice now, they were here last week because what we're looking for is we really want them to register it, but the difficulty is because this is such a new model, they don't know how to register it, so until unless we are registered we cannot provide personal care medication, anything like that. So, at the moment we're a little limited in our guest, because if somebody comes in and they can't wash themselves, we can't do it for them, so we have managed to find ways around that. However, what we want the CQC to do is to register us, so that then, if somebody says 'I need my back washed' we can do that.

Elisa: Yes, of course.

Samantha: Yeah, silly, not to be able to do that, but what they're struggling with is how to register us, because we're not a nursing home, we're not a hospital, we're not a community in patient unit... They're really struggling with how to get their head around it, so as I've said, they've been out twice now last week was the second visit and had a good look around and asked loads of questions so we're waiting for them to come back, but in terms of being sustainable that will have an effect. We really need that registration, because otherwise it really limits us, and that was something we didn't realize at the beginning of the project, and I know that Dover is having similar issues, is actually getting CQC who are one of our inspecting bodies to understand what it is we're trying to do and why that's different...

Elisa: That's the innovation, I mean breaking the rules...

Samantha: Regularly people don't like innovation, they really... they like innovation as long as it fits in a particular box.

Elisa: Yeah, so that's not innovation anymore. So it's quite difficult to get out of there, what are the facilities...

Samantha: And what is also difficult is for me... it's always trying to be diplomatic. Because you have these conversations and it kind of goes back to, but we're doing something different. It is really that we are doing something different, and we've been really lucky. So as part of the project, myself and some of my colleagues, presented at Alzheimer's Hall last year, we did one around the building, and there was a poster presentation around the building, and a poster presentation around the use of technology and also every year the UK has what they call a Dementia Congress, it runs for three days and my team presented CASCADE at that last year as well, so as part of the project we've been really lucky, it's really given us the opportunity to do different things, but I think what we didn't... there was a lot of things that we didn't foresee at the beginning.

Elisa: Yes, for sure.

Samantha: That have kind of catching up with us now, as it were...

Elisa: And is it well connected with public transport?

Samantha: Yes, there is a bus in the street.

Elisa: And there's enough...

Samantha: Oh yeah, buses are really regular around here to all different areas and we literally are only... we're not very far away from the train station from either Rochester or Chatham train station. Probably about 10-minute drive, so yes, in terms of locality, it's really well-limited, yes, yes.

Elisa: Because, for example here in the all the Medway area, and around Kent, if you want to build a social care or a nursing home... is there any specific regulation that that says like 'you have to be near a school' or 'you have to be near a garden', or 'you have to be connected'...

Samantha: No, as far as I'm aware. What tends to be and, sorry I forgot to say, one of the other issues we had what tends to be the issue is parking. So parking for us, for our local residents, has been a really big issue, also with the fact that there is a school down the road. From us, literally, there's no parking at that school, so a lot of the staff park on the local roads and that is a real issue for the residents. They get very very hot under the collar, around parking, so one of the things when we had the residence meeting and we showed them all the drawings, a lot of what we did was try to give that reassurance around parking, so all of this area out here, previously was not parking, You couldn't park out here, whereas

we've now done that as you can see, and that helped in a lot of ways. Yes, this is'... so, for anybody I would imagine when it goes to and that was really part of planning as well, that was huge emphasis in planning and they always, they did a kind of, I can't remember what they call it, but they call it they did a kind of a transport survey, so what was available in terms of buses, trains, where was the parking, what were the pressures in the local area... all of those, because you'll see as well is that actually, we're also right next to another care home, but that each does have its own parking. So that wasn't too bad, but we had a lot of people come in to say 'the teachers will park in our road, are you going to be parking in our roads as well?' We're like 'no, we're going to have parking'. And so far, that has worked really well. Yeah, I haven't had any complaints about parking since this has all been finished.

Elisa: Yes, okay. And so, Is Rochester dementia-friendly community like?

Samantha: It's working towards the making community, it has a lot of... and the chaplaincy in Rochester as well. So Rochester cathedral, they do masses around dementia care, so as a I see so... Rochester is part of Medway council, which is a unitary authority, so it's very different from Kent county council, and they're working towards the whole of Medway becoming dementia-friendly. So we're also... we also have a Medway Dementia Action Alliance which is lots of organizations have signed up to that, so we have Gillingham football club, they've signed up to that, lots of our shopping stores, so ASDA, Morrison's, Tesco's... ourselves as an organization, our local hospital, but also lots of churches, also sign up and do that pledge, and have an action plan about how they're going to become dementia-friendly. But Rochester is making great strides to becoming dementia friendly.

Elisa: And for example, companies like "Tesco" and ...

Samantha: So for Tesco... Tesco shops, they have a quiet time so it's a bit like and so does our local sports centre. Actually, for swimming, they have a quiet time where the lights aren't very bright, it's very quiet, there's no music playing and if people and staff are aware that people coming might have some communication or might have some memory issues. But ASDA have started to do that as well, I think they've done a couple now. Our buses, so we manage our buses and we've had a specialist bus, they've put out a specialist bus, not for people with dementia not to get them to and from, but that's been parked at different areas giving out information and how they as a service are trying to support people with dementia as well.

Elisa: Great, very interesting.

Samantha: We still got lots and lots and lots and lots to do.

Elisa: Yes, of course.

Samantha: The conversations are happening, which is good and our chat, certainly our chaplaincy in Rochester's Cathedral are very much part of everything that's going on. We have adult education in Rochester, and they do tai chi for people living with dementia, we do have certain singing groups, we also have a drum group for people living with dementia... they love it, they love banging the drums.

Elisa: Wow.

Samantha: So, yeah, there is a lot in the area and part of the forum that I was talking about earlier, the reason we meet is because otherwise we don't know what each of us is doing, so it's really important to have that conversation and what they've got here, I don't know how much they've gotten it, but what we've done with the team is they've gone out and seen loads of things. So they have lots of that literature here as well.

Elisa: So great. Very interesting... regarding the monitoring, you do you also monitor some environmental features?

Samantha: Not really, it's not something we've really discussed or spoken about. In terms of monitoring, what do you mean?

Elisa: For example, I mean, for example, the agitation that... or if there are several patterns that during a couple of days many guests are feeling like acting... maybe you...

Samantha: Maybe it's because they need to go out for a walk or something like that.

Elisa: Or maybe because it's the heat stress or there are a lot of noise...

Samantha: That gets to know that person, so what the team do here is they do loads of engagement and interaction. However, that's also a challenge, because you need to work out how much that person wants to react, interact, because that's not always very clear. So, it goes back to getting to know that individual, but yeah, absolutely. So, I'll go back to Robert again, when Robert is starting to get a bit fidgety, the team now know that he needs to go out for a walk. That's kind of what he needs, so and that so far, and then one day actually that might not be enough, he might need to do something else. But that's the great thing about having the guests that come to us time and time again, because we have that *luxury* of getting to know them, we are not unlike all the other services, in my organization we're not dealing with sick people. And for some people in my organization, you know, that's been quite difficult for them to get their head around. Because, you know, they're nurses and therapists, traditionally they deal with people that are injured or are sick or something like that. And actually, we're not doing that here. I think you know, we've got our ethical approval, so we're in our year of evaluation. I think what will be really exciting to see is what comes

out of that evaluation and not just from Canterbury, but some of the work I'm doing is with the team as well, you know. And also, we ask for feedback from every guest, if the guests can't give it, then we ask the family to do that, and we've had apart from one. We've had all positive feedback, the only negative we had was that we didn't have a lounge area, so we took that on board and created one. So it does all that environmental stuff goes back to really getting to know that person. But it is also about creating those links in the communities as well which is what they've started to do. So we need to continue to build on that.

Elisa: Great. And so, from the point of view of this project and all your engagement, what would you say that is the main challenges for integrating people with dementia in local communities?

Samantha: Stigma

Elisa: Stigma?

Samantha: It still... is it doesn't.... we almost... and I know my... I hope my colleagues were saying the same thing, so we're almost where cancer was, about 10 years ago. So cancer was called the 'C word'. Nobody spoke about it, it was just dreadful. And dementia is very similar, so it is... it is absolutely that stigma that understanding not just from the public and health and social care professionals, but also from the person living with dementia, you know. I... we've got a couple of people within the local community living with dementia who are very vocal and will challenge, but we also have a lot of people that are very like 'well, that's it, I'll just sit in my chair now forever', you know. So it's also about empowering them. One of the things you'll see is that the team here don't wear any kind of uniform, at all they do have an ID badge, because they're part of the organization, but they don't wear any uniform, and actually all of my services I've got - so this is my third one, my other two services and none of my staff - wear uniforms. The community team used to wear a polo shirt that said '*Dementia Crisis Team*' and what they found was when they were taking people out in the community, they were really embarrassed, so they used to cover it up. So I just took them out of uniform, but it is the biggest challenge. We almost need to make dementia as 'sexy' as cancer, it's because now everybody raises money for cancer, don't know everybody has their hair shaved off, there is Macmillan there, is lots of different things going on, lots of charity work for people living with cancer, and we need to do the same for dementia whilst at the same time raising that awareness and also treating it properly. Because for a long time, it's been treated as a mental health condition and it's not a mental health condition, it's a terminal condition, somebody's going to die of their dementia, but at the same time why shouldn't they live a really active and productive life as they want to, you know, before they get to the stage where they can't remember things. And what we find is

in the nursing home we do take people with very complex behaviour and we usually take from other nursing homes that can't manage that person's behaviour, but what my team there do is really try to understand what the trigger is. So why if that person is punching people, why let's not get fussed up about the fact that 'yes, that's not nice'. But let's try, and work out why that is, we certainly as a community, as a country, we don't do enough without.

Elisa: And just to finish. So, I see that Rochester is small...

Samantha: Yes, it is very small.

Elisa: And what, from your point of view, in the big cities, how do you embrace that this could be happen?

Samantha: Well, I think actually big cities are more tolerant of diversity, so, you know, I don't go to London very often, but when you go to London, big city actually, you know, the diversity there is massive and actually nobody backs an eyelid because that diversity is just accepted and actually that's what we're talking about, locally as well. It is that diversity why do people need to conform, you know, we are all different, why can't we celebrate those differences instead of making them an issue? In terms of... And I do think, you know, I suppose the good thing about being a local community is that actually it's easier to make changes locally rather than - if you're in a big community, obviously, you've got different governing bodies and what not to work through - but for me, I think in London certainly, what I experience is that people embrace that diversity; whereas in a small community we don't.

Elisa: But regarding... because, for example, in big cities it's difficult sometimes that all people can engage the community because their circulation even...

Samantha: Yes, absolutely, social isolation high-rise buildings, interestingly enough, as an organization we are affiliated with a Chinese company and we've been doing some work with them around their community services and they were building a facility for people living with dementia, but it was in a high-rise block. It was on something like the 4th or 5th floor so, it was they couldn't just go out if they wanted to. They had to go all the way downstairs, they have to be supported... So, yeah, there is obviously that, in terms of what is available within that area. But I'm still a great believer that actually even small changes make a difference. It would be great as a nation, if we actually all put our combined efforts together, but you know, that's what I don't do politics and that's politics.

Elisa: You should.

Samantha: No, I haven't... I'm not patient enough for politics. But you're right, there are those challenges, however you can always turn that challenge into a positive because you

could create, if it was in a high rise, you could create that within a community within itself. I think that's something that we've seen with Graham Fell, although that was a tragic disaster and lots of people died. The community really pulled together and still continue to pull together, so I think what we don't do enough of in larger, is that community feel. One of the reasons I live where I live, I live in a village, it's because of that community feel so I'm really comfortable that, you know, it's quite a big village, it's not little, by any means, but I know all my neighbours, you know. If I walk down, the road with the dog even somebody I don't know will say '*good morning*' to me, the chat over the road is always offering to go and pick my medication up from the chemist if I need him. It's that feel, isn't it? And that's part of CASCADE, it's keeping people integrated within the community and we can only do that by changing perceptions, hearts and minds really one step at a time, but it does need that greater focus.

Elisa: Of course and also, well that there's a commitment and engagement all the sectors because if you have a big office there, right, maybe you are...

Samantha: So we know one of our advocates is somebody living with dementia, she chairs a lot of local groups, she used to work for the NHS, but at the moment she got a diagnosis, she was made redundant, she was, you know, she was made redundant, whereas actually, you know, she chairs several groups without any problems at all. She could have continued working for a longer period of time just with a little bit of extra support, but... But that didn't happen. And that's something she often says, it sounds dreadful when I give a presentation, the first thing I always read out not to paint a negative thing but to try and put it into perspective is actually that one person is diagnosed every 6 seconds that - you know, the statistics around how many people within the UK and then within the wild world will have dementia - that it is a terminal condition and that actually, the implications of what that might be. So I think I'm going to start just to give you that picture, because some of my colleagues are still 'oh, they've got dementia, don't worry about it, it'll never happen to me'. You know, I've got a bit of personal experience and auntie had dementia she was a bit batty she died, you know, it's we still have that we need to overcome that in in terms of environments and buildings as well, so some of the work we've been doing in the organization is looking at signage as well so several of our buildings signage is terrible.

Samantha: It's really bad, but it's constantly that kind of conversations you need to improve your signage, this is what you... this is what we would recommend... but then it comes down to finance as well even something, you know, as not really that costly as signage. Also, I think the great thing about Harmony was we built this from scratch, as you'll have seen in Harmonia, their residential rooms, they had what they had and they had to work

with what they heard. So, the stairs... their stairs are always awful, I really dislike the stairs in the houses, whereas here the stairs are very big, they're very wide because we have the opportunity to do that. I think then there's the conflict, isn't there between converting existing housing stock and what you can do with that. So then building, having a new build...

Elisa: yeah, but it's true that we already have a lot of buildings that are under used...

Samantha: Absolutely, we do.

Elisa: I don't know, I guess here it's also the same, but there are some communities that have empty houses... but in Spain is horrible, with the crisis, we built and built and built, and then we still have cities completely empty, and also the rural areas that mainly they are a lot of old people that want to remain at their abilities... but it's impossible with because there's no.... anything that can support themselves being independent, so it's also challenging.

Samantha: We have talked about volunteers, so something we saw a lot in Europe was actually the use of volunteers at De Hogeweyk. They have a huge bank of volunteers who do different things, we really struggle with that really, and again, I think that comes down to the stigma. So they manage a hospice for end-of-life care and they have about 150 volunteers doing different aspects, I went to speak to them to see if some of them would like to volunteer either here... I had one person who was interested, and they decided he wasn't.

Elisa: And which other activities?

Samantha: it's all due to that that kind of don't know, how to broach somebody whose memory is not good or what do I do if they start shouting at me... that kind of thing we've really struggled, so we continually try and think of ways in which we could entice people to become volunteers. But it is a real difficulty, I think that in Kent, they've had a lot of people say they're really interested in being volunteers so I'm hoping that we might learn from them.

Elisa: Yes, of course.

Samantha: We are struggling with it here.

Elisa: Okay, well, it's also depending on many factors.

Samantha: Well, there is that families move away, you know, people are being diagnosed at much earlier stage and their children are what are still working, we find that quite a lot now, so that's great people being diagnosed earlier. However, that then has implications as well, yeah.

ANEXO II. TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTAS A AGENTES CLAVE

Elisa: Of course, well...

Samantha: Was that all right?

Elisa: Yes, it's very inspiring.

Samantha: Should I do you a quick show round?

Elisa: Sure. Thank you very much.

Samantha: Let me walk you around.

2. BÉLGICA

2.1. Jan Goddaer, residencias de ‘pequeña escala’ WZC De Weister y WZC De Zon (Aalbeke y Bellegem, Kortrijk)

Cargo: Director de dos centros residenciales en Kortrijk, WZC *De Weister* y WZC *De Zon*.

Fecha de la entrevista: 05/02/2020 Duración: 112 minutos.

Preguntas de la entrevista e información a recolectar

1. How were the walks selected? How did this idea come up?
2. How long are the walks (time/distance)? Do all the participants success to finish it?
3. How many people live in De Weister nursing home? Which profile? Female/Male, Age... The average number of years a person spends the life at the nursing home? How many people visit regularly the community? Level of dementia and dependency? Are there any people that visit the centre for day care or punctual visits? Do they engage this kind of activities too?
4. How these walks improve the daily life of the residents? How many people usually join the activity? Can the residents choose the walks? Are there not diagnosed with dementia visits that join the community? Which profile?
5. Is this nursing home engaged with other institutions or associations in Kortrijk? Schools/University/Other healthcare/... How many volunteers participate in the activities normally?
6. How is this nursing home managed? Private/public?
7. What are the main features people with dementia enjoy? Natural features (trees/colours/smell...)? Iconic landmarks and buildings? Art/Sculptures/Graffiti?
8. Are the walks accessible in terms of mobility? Is there any point in the walks that usually causes nuisance? (traffic noise, pedestrian cross, stairs...)
9. Is the nursing home designed taking into account any of the dementia-friendly guidelines? Which ones? Which outdoor spaces do residents usually use?
10. Cartography: is there any other facility in the city that the residents usually use or visit? (library, stores, gyms...).
11. Pavement and accessibility, benches, outdoor features? Do people with dementia use them?
12. Gardens: design and proximity of green areas: is there any project to work on that? Therapeutic gardens/horticultural activities?
13. Stores and shops. What are the main attractors to take a walk for a person with dementia? Proximity to other buildings, which kind of buildings (use/function). Is there any relationship?
14. Thermal, lightning and wind comfort in design? Is any of these features conditioning the walks?
15. Is it well connected the nursing home to the city centre? Public transport?
16. According to your opinion, which is the best thing that De Weister nursing home offers to their residents?

17. What are the main initiatives that are being developed in Kortrijk as dementia-friendly community? What is in your opinion the most important thing of your community for people with dementia?
18. What features in public space do you think are the most valuable for people with dementia?
19. How can design be adapted to create more inclusive environments both indoor and outdoor from your experience?
20. Is there any specific built environment in the city (square, market, garden, healthcare residence...) that is adapted and how to people with dementia?

Transcripción de la entrevista

Jan: So... it's about the social, cultural and political context, I will talk. And the first slide of the thing is, and that's for me the essence of a dementia-friendly community is a instead of getting out of... I'll instead of getting all bent out of shape when I do something that seems perfectly normal to me and perfectly nutty to you... why not just smile at me? It will take the edge of the situation all the way around. For me that's the most important thing, but then there are also other things you have to do. But it's all about stigma, acceptance... and if you can create this, then you have a dementia-friendly community. Our Flemish government, our Minister of Social, Health and Care, created in 2010, 2014... a first Dementia Plan. Now we have a dementia plan 2.0 and so...

Elisa: Impressive.

Jan: Yes, but we also have for instance... in our city of Kortrijk, we also have a Dementia Plan. So we do a lot of things for people with dementia, activities, etc. But I will tell you about it. So, the Dementia Plan of Minister Vandeurzen when it started, but in fact all these things are the same now but more evaluated. So the first thing is that we have to create citizenship, so it is about make people part of a community. That's so, and that was also one of the main things here that we worked on citizenship.

[Interrupción conversación telefónica]

Jan: Citizenship. The second thing is getting rid of the stigma. And then a healthy mind in a healthy body. And that's for example why they promote...

Elisa: ...walking

Jan: Walking. Yes, that's it. And it's in every campaign that we have about diabetes, about cardiovascular, about dementia... it's all about sports and moving. So it's all about prevention. So the scientific research was also one of those things, but there they cut down money because they didn't... they don't expect to get real results in short time. So they

wanted to invest as a... the Government wanted to more invest in citizenship, get rid of the stigma, getting promote prevention than use a lot of money in scientific research. So then they also created programs for improving autonomy of the people with dementia and their caregivers, invested in early detection and there was a special attention for young onset dementia. So that was the Dementia Plan and we focused for our nursing home on those 3 things we said we want to invest in citizenship, getting rid of the stigma, and promote health.

So the nursing home itself, it's a small scale nursing home and we have... 32, we have 2, we call it homes... Instead of units, we call it homes. 2 homes of 16 residents with dementia, people with dementia, and 1 with 14 residents with physical impairment. But also there we see also there we have...

Elisa: 3 homes in total.

Jan: Yes, 3 homes or 3 units or... what we call it homes. And the language we use in our... when we talk about... we don't use language that refers to care, so therefore we don't use the word 'unit' or 'head nurse' or something we call about we call it 'homes', 'living', etc... We refer to home.

Elisa: Yes, because language is also part of the integration.

Jan: Yes. Language is for me one of the most important things because and... I still hear a lot of people saying not here, but in other, they call... they talk about 'units', they talk about 'closed units', they talk about 'living groups'... But it's... it doesn't refer to living and...

Elisa: Yes, more about a family, neighborhood, community... idea.

Jan: Yes. De Weister itself it's dialect and it means, literally, it means '*space where you can... free space where you can move in*'. It's... that's literally it, but the real meaning is that it's a place where you can live the life you want. There where you can feel at home is uh it's also if you say '*that's my Weister*', it means '*that's my thing*'. That's who I am, that's what I am. So that is the meaning of the name. And for us it's very important that people with dementia can first of all take their own decisions, to have a voice, but also can be part of a community. So and we use - but that's perhaps not so important, I don't know - we... you have in Tom Kitwood - do you know Tom Kitwood - he made a theory or it's a concept how to get in contact with people with dementia and it's all about psychological needs. So everyone... even we have psychological needs, and there are five but I forget the five. But one of them, is for example being part of a group another one is having meaning meaningful activities, so for us also people want to be part of some kind of... or want to have some kind of identity, you also have the fact of subcultures, etc. So meaningful activities is also very important, to having a purpose so... And Tom Kitwood describes those five psychological

needs that people have, but also people with dementia have. And then he describes it as, then as caregivers, you can do things that strengthen the person or that gets the person down.

Elisa: yes

Jan: So that's and it's all. So, and how do you... so we need to promote those person strengthening activities. And that's what he's telling but we also use Martha Rogers'. She's I think... she was also some kind of psychological *guru*. I don't know, and she says every person has five or six... it exists five or six things. First of all, every person is unique, is a free person, is a social person, a physical person, a historical person and a spiritual person. And for and that's for us our... that's how we look at people here in the nursing home, as being unique, that means they may get up whenever they want, they dress like they want, they eat what they want, are free, they have free choices. They can say '*I don't want to participate in this, I don't...*' '*I do want to do this*'. So, people with dementia... we also see that we create a social context so people can meet so and that's in our living rooms. So we really live in the living room with the kitchen, we cook together with the residents, so we create a relational context or a social context where people can meet. So it's not because you're in a nursing home you're staying in your room. We live together, okay? But there's free choice.

Elisa: And they participate for example in cooking the meals and everything?

Jan: Yes, yes, yes. And everything else. So that's what I've talked about the innovative labour organization or how do you say it, I don't know how to translate it. But one of the things is if you look at care, then you can... then you have 3 kinds of processes. You have the primary processes, these are the direct interaction between caregiver and care receiver ... that's the interaction. So that's for example giving food, washing someone, doing an activity together. That's a primary process. A secondary process is more logistic. It's for example a central kitchen who cooks the meals, that's a secondary process that's not a process where the resident is involved. Then you have a third process or the third type of process is the management processes. That's how you get things done. It is about organization... And our way of thinking is we want to change all those secondary processes into primary processes so instead of cooking far away from the residence, we cook with the residents. So then it becomes, also then it also have has just - between brackets - it also has a 'therapeutical sense'.

Elisa: Yes, it's connected with how you cook and also the smell and everything...

Jan: So for example, cleaning is also like this. So, for example doing the dishes so we have staff that do that, but people can join and help. So every so we try to change all those secondary processes into primary processes. We still have secondary processes for example, all the laundry is done by a company, but if we see that people with dementia love to do that, then we have our own laundry and so, they can do it. So they can still do it, but that's a very important one in small scale normalized living for us, there are real three principles for us that are very important. That in small scale normalized living is first of all *normalization* and that means *act as normal as possible*, *'life as it is'* and that's the first thing that you have to ask if you're in a nursing home and you ask the staff but also residents what we are doing is it normal... would you do this at home or not? So that's a very important one. We also... for us, person-centered care is very important, and we always say 'yes'... and not *'yes, but'*. So, on every question we say 'yes' but now there is a *'but'* because we also experienced the danger of... you have supply-driven care and that's the organization who decides what happens. You have the demand-driven care and there it's and demand-driven care means that the residents decide, and we were always that way. Until we realized that it was not the right way, because if you work supply-driven, then in communication there is one direction from the caregiver to the care receiver. In demand-driven there's also one direction in communication. So, now we call it relation-oriented care, so because we think care needs to be done in both ways, the relation has to be in both ways. And it is very important that a resident has also... has to take responsibility on some kind of choices. It's easy to say *'I need to be washed at seven o'clock'*. But then if everyone wants that, it's impossible. So, and perhaps if you would do that that way then the washing won't be that good. If you have more time, then you can give better care. So this, we have changed. We always said 'yes', everything can may be done here, everything, but we do it together. So that's the message we have now we do it together. Also with the family. So it's not just by saying *'we want this'*. We say 'yes' and now how we will manage.

And then the quality of relations as far as also very important and it's a balance between keeping distance and being close. So in our... we want the resident to... it's we also call it *'carrying with the hands on our back'*. Only give help when needed and not taking help out of the hands of the residents. So these are the principles but then... yeah, this carries... nothing that you have already heard, in our way of working care is not the essential thing. It's all about well-being and living. It's all. And it's the residents who will determine the rhythm of the organization and not the organization itself. So that's also but... and now on perhaps on architecture what we also... On architecture, for us architecture was also very important. And in small-scale normalized living the fact that it has to be homely is very important for us. So we have a living room, we have a kitchen, we have... people have their own room

with a bathroom and they may organize it themselves, they can take the furniture they want... But what is very important, dementia-friendly architecture for us and these are... first of all, is the amount of light, so light is very important... So therefore, we... you will also see we have big windows, we have a lot of light and that creates for the resident and also for the staff... if you have enough light then there's less depression.

You have to give more energy, so for us light is very important... the relation with inside and outside is also very important. The relation with nature, getting nature in the nursing home and outside, so contact with the outside world. So looking the ability to look outside is very important in dementia-friendly architecture... Then another thing is contrast. So contrast is very important. So also for example the furniture we choose, the walls, the color, the floor... is has been chosen so there was always contrast. So, for example, it's very important that the floor is different from the wall, so people can see a difference. For example, also to clean your feet... I don't know... The carpet. So, if you use a black carpet on a white floor, for people with dementia it's a hole. So they will fall and so they could get scared. So it's all those things were very important. For example, but when we will walk around, you will see that we have dark tables, so if you put white dishes, so there is contrast, so in everything there has to be contrast. And then, last but not least, in dementia-friendly architecture, we call it *sight lines* are very important. That's the fact that if the nurse if the resident sits on a chair, he or she has to see everything and has to have control over the environment, so well, I will explain when I go, right? You will also see how we did it, there are also... it's not all perfect, but they... so these things were the three most important things here in dementia friendly architecture. But the fact that it has to be small scaled is also very important, that it has to be feel homely and that's also very important, but then the 3 other things were really important for us. Then we also started doing projects in the neighborhood for... and so, and one of those... right, I will show you three projects on our talk. About three projects and what we learned about it and the first one was the *reminiscence walks*. We did a walk, we created four walks here in Aalbeke and those walks were meant first of all, as the main purpose was to get rid of the stigma, and so people... and that people could talk about dementia so that they were so that was one of the main reasons why we did the *reminiscence walk*. But also, we did the reminiscence walks for the people with dementia themselves and we created four walks which... on each walk we created some ports where we... with historical things that are typical for Aalbeke. So, if people walk there, they can talk about it and if you have dementia or you don't have dementia people can talk about it because it's common here, it's...

[Llamada telefónica]

Jan: So, we had those reminiscence walks, and we created them in 2012 and we got... and because of that we got a nomination of our King Baudouin Foundation as being a dementia friendly city, not city, village or...

Elisa: Community.

Jan: Community, yes. And then... so and also an EFID award, we also had a European award for those walks and I will show you also this... so what the reason was people could walk that's if you look at the Dementia Plan it was prevention. Walking is important, citizenship. People get out, get in contact with people with dementia and also we want to get rid of the stigma. And through those walks and it really has changed. Because it we... what is also very important in dementia friendly communities or whatever you do is that you get a large platform of all kind of organizations who wanted to get involved. So, and we worked with all the... well, we work with, of course the nursing home, we work with the local service centre, but also with the city of Kortrijk, but with all also, all the local organizations... But, I don't know, if you... So, for example you have organization where all the elderly people come together and create some activities, you have youth movements, etc. So all those people we got involved and worked together to create those reminiscence walks so we also have a... it's in Dutch or in French, perhaps I don't know...

[busca el dossier]

Elisa: French is okay.

Jan: We translated it in French but I don't know, because dementia in France has a very negative connotation and they don't want to use the word '*démence*' but we translated it in this negative way for the French, so it's not perhaps the right... so I will show you. So everyone can get this brochure. If you do the walk, you come here in the nursing home. So people get in the nursing home, who have nothing to do with the nursing home, can get this folder, it's lying there also. And then the first pages are just about '*le début de la randonnée*'. So the purpose of... but also what is a dementia friendly community what is it, then also we have a reference to an experience... the '*centre d'expérience*'. The '*expertise de démence*'. How do you say that?

Elisa: Yes, 'the expertise centre'.

Jan: The expertise centre of dementia. So people who want to do the walk come in a very easy way in contact with dementia and if they know someone in their neighborhood they have already also information, where to go to if they want to have more support or information. So that's the... that was the... so it's who are these works... we also work

together with, for example, the service of tourism because Aalbeke is also known for its... more rural.

Elisa: Yes, countryside.

Jan: Countryside. So people come here to walk, to bike, etc. So we also worked with the service tourism, with tourism. We work together with sports also, etcetera, etcetera. So it's not only about elderly, it's not only about dementia, it's just about...

Elisa: Citizenship, engagement of the community... how many people normally engage these walking tours? For example for a day... it depends a lot on the season...

Jan: So it's every... so we do themselves... so every Friday there is a walk by... and that's a buddy organization for people with young onset dementia. And they come every Friday here to do the walk, or to do some of the walks. And we ourselves walk when it's beautiful weather so it... But then people from around and there - we don't have figures or numbers - do also those walks, so we've heard that even buses has come here too. But I don't have any... I don't have any numbers about the...

Elisa: Statistics

Jan: Statistics or something. But is it daily? Not, I suppose it's not daily but there is... those reminiscence walks are... we have those signs that stays permanently and on the sign there is notice... that it's called... the sign is called '*living memory*'. And underneath '*living memory*' - it's in our dialect - it's we call it '*go back in time route*'. So, and that is also an easy way to get in contact and people will ask '*what does a living memory means*' and if they then, they get this brochure. So, but it's... we always want to get people in contact with dementia on a very low easy way so not very confronting, but on a simple easy way and we experienced that it's okay. Then in 2015 we created a what we call *inter-generational move garden*. It's a play garden, but we change it into a move garden for young and old, I will also show you... and we also invested in dementia-friendly tourism and now I can talk a little bit about urban things. So about the intergenerational move garden, it's... we have the nursing home we have the social apartments or houses, and then we have our local service center and in between our... the city had decided that we could make their... a play garden for children, what is nice, but then I was thinking about '*how can we get people with dementia involved and how can we get all?*'. And so we changed it into a move garden where... and referring to a Dementia Plan and... so perhaps, I will go far but because I need to say something else also here. And main thought of all our project is bring people together with a common interest. If it's sports, if it's culture, if it's traveling... just bring people together

with common interest and involve people with dementia. So we don't have to create something new for the people with dementia. That's the main thing so we don't have...

Elisa: Just to integrate on normal life.

Jan: Just to integrate, yes. And that's the thing we discovered, just bring people together with common interests and make sure that people with dementia have their own place and we did, for example, we also have a choir. And here in the nursing home and it's a choir where everyone can join, but also people with dementia. And the fact is when people come together, the dementia disappears because people with dementia can also sing very well. And then you don't look at people, at the person as a person with dementia, but as a person who can sing really well. And that's the main thing and all what we do. But to create this we need also a very large platform of local partners, to create sustainability and... but also share responsibilities. And that's sometimes the difficult one, how to create your large platform of local partners. Sometimes it's... for example, here in Aalbeke it was very easy to do, because it was very strange, in 2010, when we opened the nursing home, and it was a strange thing, but Aalbeke *was proud* to have their own nursing home. So we had a very easy collaboration, very easy people... we were... they embraced us all with open arms. But now I have a nursing home in Bellegem, the context there is different. So, it's not for '*Wow, we have a nursing home*', because it also had impact on the neighborhoods. So, and there's so... and the context there is different, so there it's much more different to find a large platform of local partners. Here it was easy, there it will be not that easy, but it's the...

Elisa: The people that that come to the nursing home all their social houses is all always people from Aalbeke or you can come from all ...?

Jan: So this... we are a nursing home of the city of Kortrijk. It's called Zorg Kortrijk. And we are... it's a nursing home of the municipality, so that means that only people from Kortrijk can come to the nursing home unless we there are not enough people from Kortrijk. For example, we have 46 beds, we only can fill 43. there are no people from Kortrijk interested, or there's no... then we can...

Elisa: Open to other people.

Jan: Yes, but it's a discussion now, because if it's right or not right, we find it sometimes difficult because for example Aalbeke, if you go 3 km further, we are at Mouscron, and Mouscron is not Kortrijk, but for people from Mouscron...

Elisa: They are almost there they are neighbours...

Jan: Yes, and so, but okay. So here...then, these are the reminiscence walks... But this is the reminiscence walk, we had the intergenerational work, we had the integration in the village, life improving. And that's... so when we created those reminiscence walks, the thing was we had an occupational therapist who said *'it would be nice that we have a walk around the nursing home with some things that refer to early years and typical for Aalbeke'*. But that would be on our own property and I said 'yeah, we have to change the idea we have to go to in the in the city and...'. But then when we created those walks, I wanted to create those walks, we... the first thing we discovered is - and that it's your thing about urban - is if you want to create a dementia friendly community then accessibility is the most difficult thing. So, and - but that's for everyone – so, and this accessibility is a *must have*. If you don't have accessibility if you then it won't work. So that was the first thing, so we did accessibility scans of pavements, of the routes, etcetera. But then, we see and also in the city of Kortrijk it's the same thing that is a very difficult one how create contrast, for example between... well, just make the pavement equal...

Elisa: Yes, that's already a challenge.

Jan: It is a difficult one, but then how... if you go to the street, how can you create a contrast between street and pavement, where do you lower the pavements to get on the street and how to cross the streets, how... in the UK there are some several good examples of... for example working with traffic lights for people with dementia. What signs do you need for traffic... So accessibility was a very difficult one. We did those accessibility scans, we also went to the government to the municipality they have changed some of the pavements but not all... So it's still a difficult one, but it's for everyone with a physical impairment also, someone who is in a wheelchair... so we do that, what did we do, we did the accessibility scan with people in a wheelchair, but also with a person who is blind and deaf. So, and that's a totally, totally different experience. So, it's totally different needs from accessibility. So that's for us also a very important one. If you create a dementia friendly community, make sure that it's accessible and that it promotes mobility.

Elisa: So... sorry, then... the itineraries were selected to contact... to put in the network these features of historical architecture or artistic sculptures and then looking for the accessibility, right?

Jan: What did we do... first we... I asked people from Aalbeke can you create four walks, less than 5 km, that are beautiful, that you would promote, and that is accessible for a wheelchair? That was it. So people from Aalbeke they did a proposition, they proposed it and then we looked together with several people from Aalbeke, but also then we chose these walks, then on the walks, then we asked also at we also have a historical group of

Aalbeke and then we asked them what are the most important things for Aalbeke. What would you describe as very typical Aalbeke? So Aalbeke is known, for example, we have *De Sjouwer* ('el portador') it's a monument, season labour, so people from Aalbeke went to France years ago, for season labour, and that was something very typical so that has to be in it. The... here you have a factory a wood factory very important, the biggest factory here in Aalbeke. After the nursing home. Okay, but so, and the people of the person who made the factory was... it was a very well-known person in Aalbeke, and there's a lot of history around that person, so we also made a sign a board with an explanation of Vandecasteele that's a person and his company. So and... I mean, so we asked the community for those references.

Elisa: Okay, then how many workshops were... how was the participation process?

Jan: We always work very fast, but we did... for so, for the walks themselves, there was a resident living here and the sons were very... and her sons were very... were walkers, like you. All they would be walking, walking... so ever and I asked them could you make those walks, so they made them, and then and then we went. We created a meeting, then we talked with the people from Aalbeke, from it says okay, it's okay... so that was that...

Elisa: Ah, okay.

Jan: And then we... yeah it's not... you don't need to have to attend 10 meetings...

Elisa: Because sometimes it's like...

Jan: And then we, for example, for the references we did 2 meetings. We first we did a brainwave '*what could we create as references?*'. And it is that when really... that was really a brain... a brainstorm... brainwave where we work all kind of things. We... and then, we sat together with a few guys to think about it, and then we cut down to just historical. Because there were, they were talking about to the France, because there was a guy who lived here, and he wrote it, to the front... the teacher... but then, we... you have those - how do you say that - (...) ... the village... the fool of the village, so it was very strange people, yeah. So there you have also some of those people here, who were really typical from Aalbeke. But then and then we were thinking about '*how can we get those references or those stories into a walk?*' and then we said '*we will keep it simple, we just will make historical things*'. So, we cut down to historical and then we asked, we have a... it's an organization only for people, they're also writing a newspaper here for a local paper for Aalbeke and they're very into historic of Aalbeke. And asked them for those references after one meeting was so they made the references, we said together '*okay, so it doesn't have to be that complicated*'.

Elisa: Yes, and other features as the gardens for the connecting the itineraries like... I mean the contact with nature is also...

Jan: Right. We also had... we have also a movement we call it *slow roads*. And what is that these are paths between the fields where you can walk. So we had with those and there is a movement to promote that, so we worked together with them and a few of those parts have been renewed or restored and so we also worked together with them and we also looked for that there also has to be rest points. So that was also an important one, so and there we looked but there we need to put some... it's not a bank or where are you sitting there...

Elisa: Benches

Jan: Benches, yes, benches. The municipality promised us to put some benches but they're not...

Elisa: Still not.

Jan: They're not still there, but...

Elisa: Okay, okay.

Jan: But that was also a very important one. Here about the intergenerational move garden, here is the nursing home... we do and there the aim was to make people move, improve intergenerational contacts through movement, but also through music. Because music is also very important for people with dementia. So, and there we worked also together with the local community, and we chose those things to move, for example, here this is... you can see, it is really...

Elisa: Ah, they are like instruments.

Jan: Yes, these are like instruments... you can play music and these are drums.

Elisa: Yes, oh I love it.

Jan: And that's also a way to get in contact with young and old. And that's something that we see a lot, that people... that elderly people play or young people play and these things here, where I'm standing here, this is a move... these are all exercises for elderly people, but young people can climb on it and jump on it and do whatever they want. So it's for both and we have a sign with all type of exercises. So that young and old can do.

Elisa: Great.

Jan: But I will show you also. okay and here you can see, and this is the instrument thing.

Elisa: Yes, this is... I saw that in France in one place mainly for children, but I was like '*this is very a good idea*'.

Jan: Yes this is something and...

Elisa: I was thinking about how to put music in the urban spaces so...

Jan: Yes, these are... and this is also very... and this is... in we also did the same project, we also did in Bellegem, it was open and we let the neighborhood could also participate, but they choose... I was not happy with the choice, but it is...

Elisa: That's community.

Jan: That's community and but here... this is really an instrument that makes music. And wherever how you hit it and when you hit it, it sounds always great. And there we have not really an instrument, but it's something you can knock on and it gives sound, but not music. And that's a pity because here you can really make music and it creates interaction. That's it's a very nice thing, yes.

Elisa: I remember now a piano in the street in a city near Prague in one city around and they have like a big piano in the street and people stopped to play... that's very funny.

Jan: And then, we had... with an Italian nursing home in the Pellice Valley in Italy, we worked together and our project was out and about with dementia, creating dementia friendly community leisure tourism and there we also... our aim was to develop dementia-friendly communities, of course, and we wanted that and the impact because... it was all about traveling and about leisure. So if you get out - for people with young onset dementia or people who live with dementia at home - to get a dementia friendly society and if you travel, it's not always about staying in a hotel, but if you travel you need to take... you need to go to the airplane, you have to have a cab perhaps, you need to go to a coffee shop, or you need to go to a pharmacy, to a doctor... it includes daily life if you travel. And that's what we discovered, so t's... if we talk about traveling with people with dementia and you go to dementia-friendly community, then it's about the supermarket, it's about getting a bus, it's about going to a bar or for a coffee, it's about going to buy newspaper, it's about everything. So we did this project also with a lot of partners...

Elisa: In Italy...

Jan: But we have an experience with... a lot of experiences with traveling, we go to... we have been to Leuven, we've been to Orleans, Paris, Italy, Netherlands... so our experience is that everyone should have the possibility to travel, also people with dementia. Being on a holiday triggers their competences and their remaining capacities and it's... that's

something... that's really like this, I tell this always. When I was... I've also been head nurse of a house of people with dementia and there was a person with dementia, who was in a late phase and could not do anything anymore. She was... she had to sit in in a kind of chair, that was specially made for her, because she had... not the... she couldn't sit right anymore. She was always getting like this. And she was very into herself, but what... that was... it was a very proud lady, was also rich, very proud rich lady... But she needed to be fed, we had to give food, etc. So in the nursing home, she was really... and we went out on holidays with her, and when we started... we arrived in the late afternoon and then we made the aperitive, how to say it?

Elisa: Yes...

Jan: And so, and there was salmon and there was the glass of champagne and there was... and we could put her on a chair, normal chair, she took the glass of champagne with the pink like this...

Elisa: Really?

Jan: She drank it, she took the... yes, and that's something that we see very much when people and...

Elisa: They go out from the comfort zone, yes.

Jan: And what do we also... so we also did that project with people with dementia from Italy and they came over here, and we did a project also with the hotel, etc. And the fact that they went on holiday, and that was what the person, she said - the person with dementia - she said, *'it's the first time that I'm now a person'*. The fact that I can go to a museum, that I can do the things... it's for the first time and she has been in the nursing home, and she said *'it's first time I experienced being a person again'*. That's all about traveling and dementia-friendly communities also, I think.

So, important for integration and inclusion, hotels, apartments, museums... are not always adapted to persons with an impairment or to people with dementia and that's also about accessibility. And there... kind of a lot of things can be done and we all, for example, signs in... for example in the village of Kortrijk we have - and I think in a lot of villages is this already - that if you want to go to museum that in... that you see signs to go around the city, so that you...

Elisa: We found in easily...

Jan: So those things are very important and all about... and all above, people with dementia want to travel. So these are the things that we... but we also... we have done other things

also, but... that's the way we work. About I will walk around, now in the nursing home itself and also uh outside so you can see a little bit and then perhaps you can go to the other nursery room so you can also see and you can ask whatever you want.

Elisa: Perfect... And about for example designing with not only music, but also with them flowering and trees and so this reminiscence also with the smell scents and... have you think about that also?

Jan: um so um ... we did a project so in the new nursing home we wanted to get nature in in the nursing home and so the link with inside outside, so we did there an art project with photographs of nature, so I will show you. So how we do this... how to get nature in a nursing home, for example, I will show you also. We have birds, we have chicken outside, we... so people can garden also. In the new nursing home, there it's just built, so there we don't have the opportunities. We will create it, but now we don't have... here we have already. But for example now there will be a resident coming who has their own dog, so the dog may come and we will provide a place where the dog can get out.

Elisa: And this is because of the connection with animals or more because people from this area they have this rural profile also... because I mean, person from city centre of Madrid maybe it's like '*why do you put me a chicken to...*' so does it fit this cultural background...

Jan: Yeah, yes, yes. It's rural, of course. That's true, that will be... that's also a thing. And it's also we always look at the person, it's... his interests and these things came because we had some people who wanted to work in the garden and so on.

Elisa: Okay, I mean, is it for everybody and even in cities we are still in contact with nature and...

Jan: Yes, but in...

Elisa: In the farming is happening now in city centre...

Jan: And it's even in this city, I think people who live in the city of Kortrijk most of the people have a garden, so it's not that they're all living in apartments and don't have... we also have public parks...

Elisa: Yes, allotments for the urban gardening...

Jan: So gardening is something that is even in the city.

Elisa: Yes, it has become more popular. And do they feed their own vegetables to eat or that's still a challenge?

Jan: No, no, I will show you. We have products that we use. Yes, but in small amounts, because we don't have the... I mean, it's not enough to feed 46 residents but we have... and, for example, so the government does not allow us to use eggs from the chicken, because of uh the possibility of...

Elisa: Sanitary...

Jan: Salmonella, because of the...

(...)

Jan: So we use things from our garden.

Elisa: And that's great.

Jan: We, for example, on the first floor we have a balcony and there we also have... I will show you everything and then you can ask. And there is one of our volunteers it's a partner of a resident and he...

[Empieza la visita por el centro]

Jan: An important thing is to make your corridors less attractive and make your living room very homely.

Elisa: Yes, the place where you want to live.

Jan: And then you want to stay there, and then you don't have to need to and then it's also important to give meaningful activities, like the cooking, and then people stay there and the fact that they wander around or that they need to wander around this is much less... So you have here 8 rooms, on the other side also 8 and in the centre we have the living room, and then in the centre we also have... it's a U and in the centre you have then also the garden.

[something in Dutch]

Jan: I was asking for the vegetables that they eat the vegetables... She talked about the eggs... (...)

[Se oyen trinos de pajaritos]

[something in Dutch, Jan hace las presentaciones a los residentes]

Jan: I'm explaining that you...

Elisa: Yes, I understand a little bit...

Jan: Do you want to drink some soup?

Elisa: No, thank you.

Jan: You may taste it because it's made by the residents...

Elisa: Bonjour... how do you say '*good morning*'? How do you say good morning?

Jan: Goedemorgen.

Elisa: Goedemorge... it's like German...

Jan: Here is the kitchen. So people... so here we cook together with the people and the residents the residents the things they do the most is cutting the vegetables and it's not that they do the cooking themselves, but they assist and it's all about the cooking is more a social process and it's all about also thinking reminiscence. How did you do it?

Elisa: Yes, your recipes and the taste...

Jan: So, there you see the chicken... and the... there they have... there they have...the garden but also there now its winter, so it's not a lot, but normally we made our own tomatoes, salad etc. (...) Let's go upstairs? And if you... what was more important thing to build like this for when we cook ourselves, is that we produce... (...) and if we do the cooking ourselves, it also has to be... we have a federal agency for food safety, so we have a lot of regulation that we do it in a good way.

Elisa: For sure.

Jan: And therefore, we also had the architecture, it was also important, so you have to have a circuit that you start with from clean to...

Elisa: Yes, to the dirty process, yes, so ...

Jan: That was also very important in architecture so that you have that you have to respect it. Well, perhaps I will show you... this is an entry for the residents. This makes 2 times 8, it makes 16 in total. This is an entry for the kitchen...

Elisa: And all these Valentine things the... is the residents that put that, are they participating?

Jan: Yes, residents or the staff. So here comes food, they prepare food and on the other side, the garbage.

Jan: very important also yes and one was also important so I also visited for example in Denmark or something in nursing homes and one of the things that if you want to have... sometimes they want to create a reminiscence...

Elisa: Yes, spots or...

Jan: spots or something... and the thing I've learned is that it's very important to stay authentic. And if you go too far in reminiscence it becomes '*kitsch*'. It's not real. So and therefore, we choose only spots where we put some things that remind us of something. But not... we not...

Elisa: Over stimulation or...

Jan: So, only because I've seen projects and I was saying '*this is not real*' you feel it is not real, I think I mentioned that also. So it has to be authentic just like you would do it at home.

Elisa: Yes, that's the... that's the point.

Jan: I mean because we also made we have also made our such... a such a space where we called it the 'reminiscence room' and it wasn't... in the cafeteria we had a spot where we integrated like those furniture from many years ago. We also had chairs from many years ago, to the table... and ask and then we asked people to sit there, they said '*we won't sit there and this is old*'. So that means that I mean this is not real.

Elisa: Yes... what's that building in front of?

(...)

Jan: The wood factory, it is very impressive.

(...)

Jan: It's a really really big company, even in Flanders and in Belgium and also architecture is if you would walk there you would also say 'wow'. It's very very impressive.

Elisa: That's for another PhD, about the wood industry.

Jan: So here we enter another nursing... Another home for people with dementia. It's the same, but I will show you also the balcony, because there we also have...

Elisa: There's a lift I guess... Goedemorgen.

[Conversación en holandés explicando el motivo de la visita]

Person 2: Welcome. One of my kids returned from Malaga. She worked with in Italy taking care of dogs (...). She's there since one and a half year operating, taking care of the dog, you know the problem of the dogs in Spain, they're making them run, but if they are not good enough...

ANEXO II. TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTAS A AGENTES CLAVE

Elisa: I know yes... but they have changed the law recently, but it depends on the community
...

(...)

Person 2: That's her job.

Elisa: I know... and have you been there to visit... ?

Person 2: Yes once... this is returning... she has a contract for 5 years. She's there since
3... 2 years and every year we go to visit her...

Elisa: Great ... Malaga is a very nice city.

(...)

Person 2: Voilà... this is... she sent some pictures. I received this 1 or 3 days ago... nice
special life... she went for stage, 3 months...

Elisa: And then she decided to get there.

Person 2: She decided to stay there...

Elisa: Yes... I understand, Malaga is a very nice city...

Person 2: Voilà. Welcome...

Elisa: Nice to meet you... thank you.

(...)

Jan: So here we have the balcony...

(...)

Elisa: Good morning...

Jan: See I told you also about the dementia-friendly, the side-lines. So, we especially this
is it has a clinical look but what we wanted is that the residents if they were sitting here that
they always saw someone of the staff, so that would give them more feeling of security. And
also vice versa if they were working there for example for medication or something that they
would have control over the room and that's also very important in dementia friendly
architecture that you have side-lines that you always see where everyone is. Yeah, so
there's also nature.

(...)

Jan: Okay, I think we've seen the most.

(...)

Jan: That's also an important, one... so for example if they're sitting there, they don't see where the room is and therefore, we have some installations. So they if they would come here, then they could see *'ah this is the corridor, because this is the corridor, because these two old guys sitting there and this is the direction for my room'*. So, we if we don't have side-lines then we make references, so people can recognize their way to go.

Elisa: It's a very nice building... and then did the architecture studio knew about all these principles... or were you...?

Jan: We were very much involved. And also, for the new project, we sat together with the architecture team. So one of the demands was that the plans would be approved by the Expertise Centre of Dementia. So that it's dementia-friendly approved. That is... also it was that the plans were approved by the Federal Agency of food administration. Also, by... we also have an organization it's called *Enter* and it's about accessibility. Also, by... from our Government so and our first before building all our plans needed to be approved by those organizations... also by for fire... but that's normally.

(...)

Elisa: So there's an agency that validates for the dementia-friendly principles?

Jan: Yes, we have the Expertise Centre of Flanders and one of their co-workers... one of them staff has published also a book about dementia friendly-architecture and so... and this person we can hire to check our plans. So and this is...

Elisa: Like a consultancy ... Okay, great.

(...)

Jan: Then we have also still one the living room for the people with the physical impairment and perhaps you can also see it and then... then you have to see the building... it's also the architecture... it is perhaps we were scared, if we want if we came here that for elderly people this would be too modern and we were scared for that. But the fact is that it was no problem, so no one... so it's more important to create a housely environment with furniture and warmth of people themselves than... and those things...

[*Vuelve el hombre de la conversación informal anterior*]

(...)

[*Conversación en holandés*]

Jan: This is he's the priest living here.

Elisa: Oh okay, nice to meet you.

(...)

Jan: That's the best thing. But these are people with the physical impairments, so and you see that the living room is smaller because those people live more on their room, so they come here to eat, they come here to dinner, to supper, for some activities but then they prefer sometimes to get outside and have their own privacy.

(...)

Jan: Yeah... is it comparable with Spain what you see here or...?

Elisa: No, there's one region, in the Basque Country in the North, that they are making a lot of effort on adapting residences and making a person-care approach...

Jan: Person-centred, yes...

Elisa: And also, in some regions you can start seeing some projects that are innovative but still... is very difficult it...

Jan: yeah

Elisa: Still is very difficult... that's already difficult to see one house for elderly in the city centre... so we are still quite far from that. And about the design and the on how to integrate this home environment is... there are some projects... there's a foundation, Fundación Matia, they are from Basque Country, and I know them, and I hope I can collaborate with them little by little... but it's still something very far from the from the knowledge and how the importance of environment for health... not only for people but also for children and in the cities and they that they take into account that prevention and the well-being is how you design the cities and how you design the building and the quality of life is related with your surrounding environment and yes... so this is still quite far...

Jan: And this is quite a modern building. Now we will go to Bellegem. And there was the thing was the architecture... the fact was this modern building would not suit in this type of environment there... you will see the difference between both. The philosophy is the same but the... how it's really how it's...

Elisa: The implementation has to adapt ... yes. I think that's important too to adapt to the local context and the community.

[Visita al centro De Zon en Bellegem]

Jan: So this project won because they decided these apartments that are here... these are apartments... these are social apartments. There are also the first floor... on the second floor, there are also social apartments, the ground floor and the building there is what we call the local service centre. So this part is social apartments, then on the other side we have the nursing home. So I'll show you and the thing is this... is quite big and we wanted something that we wanted the building that didn't have a great impact on the environment because we knew that it would be very difficult, we're not so far away from a highway and if you look at the highway, if you're riding at the highway and you look this direction you don't see the building, so it's really integrated in this area. So this has succeeded this is a what do... well, what do you... what we call this water "reservoir". Because we have a lot of water underground flowing here, so if it rains, it collects the water so...

Elisa: Is this building also with this installation that you told me before?

Jan: I will tell you about the installation. In Dutch it's (...) but I don't know how to translate, I will... water pumps. I don't know how to say anything... so there you see the nursing home... and so, this was a very big challenge to build because this was a... we had to put a lot of ground away, so to tune them to make it easier. But the fact that the architecture who made this thing was because of the public space he created here as a space for...

Elisa: Interconnections... interaction.

Jan: So, you have and what is also important if we go over there, there you have a primary school, so we have the connection with the school kids, from school that live over here can come over this area and this is not a... cars cannot ride here. It's just by foot or by bike that you can... so and we experience also people come here, so there we have also the petanca thing...

Elisa: Yes, and music...

Jan: And also have this move thing and so we have... this we have implemented the same thing but if I think so perhaps you can... I don't know what you experience but you feel that the chance for social interaction is bigger here than in Aalbeke, because of the architecture I guess...

Elisa: Yes, of course. Yes, you have one middle space that puts in common...

Jan: Yes, and that's also... and that's something that I've also seen... I've been also to Denmark just to look also in... well, and to visit... and there is a whole new area, a new city almost, that they're building a new area and there you see the same things that you have

the buildings, you have apartments, and in the central you have all public places to do sports, so people don't have their own backyard. But it's...

Elisa: Common infrastructure...

Jan: It's a backyard, so and this place here we want to do something with gardening, that's something in future that we will look how to implement gardening here, so there we have that green area, here we have the *petanca* thing... that's something that's for elderly, but also for younger people that... and there we also integrate it... this it's not a chess board but it's we call it '*Dammen*', it's also play so there you can... It's so, here we have not only music or sound...

Elisa: But also board games.

Jan: We also made this circle so that they're wheelchair accessible. That so, I mean that people in a wheelchair could have access to the...

Elisa: Yes, and they can see it also...

Jan: This is a problem here because normally it should be, but all the rest we have done... and there's also a nice thing that chair over there is especially also for exercise so it's a fitness repair... I don't know if you know it, okay but it's also something I don't know new, but for us it's new, but it's you can use it as a share but there you see all kinds of exercises and it's fitness and real tough... fitness so it's very... and on the other side you have also explanation about all the exercises you can do. As you can see there's a primary school there and that's also very nice. So that's also... that's something that Flemish Government also stimulates, if you build a new nursing home, we have to show them that there is a chance to connection with the neighbourhood. And if there is a school in the neighbourhood and then it's also... then you have a greater chance to...

Elisa: Yes, to have this intergenerational...

Jan: Yes, so here you have this local service centre, same thing like in Bellegem, but it's situated here, so it's separated from the nursing home. Is that good or not good, you can discuss about it, because if you have it in the nursing home, then you have more interaction with...

Elisa: Yeah, with the residents...

Jan: So here it's decided to put it... I mean, I have to make to you... The cafeteria itself is run also about the local service centre, just like in... and the cafeteria is in the nursery home,

so we have still have the interaction but it's in another... it has another dimension... This is for fall safety.

Elisa: And all these are the housing

Jan: Yes, these are the rooms from the residents so each resident has a room 25 square meters... they're not so big as in Aalbeke. They're a little bit smaller but... and in this nursing we wanted also energy neutral... (...) this is the nursing home... so this is the cafeteria...

Elisa: Wow

Jan: It's rather small if you compare with... but we want to hey, we wanted to... we will decorate it more... that it's more a café than a cafeteria.

Elisa: It's more... yes, yes...

Jan: We wanted to have it the feel of a real cafeteria, so and we worked on it, it's not really... we've not succeeded already, but we're working on it, so right the building is open from June so...

Elisa: Yes, it's very new...

Jan: and you will also see that the warmth and the... is not still there. So it has to grow but it's normal...

Elisa: People have to adapt it to...

Jan: so here we have the administration and there we choose for an administration we where everyone is sitting together. So, our director, administration, financial, service and all stay here... so but then, we have the direct contact also with residents but also with family. So, this is now on the... this is the nursing for people with physical impairment so, and this is the living room. It's the same principle than Aalbeke, but you see the livings are much bigger. And if you look at accessibility, then you see that where they cook is wheelchair accessible. For example, in De Weister we don't have that, we've learned from our mistakes. So, we made everything wheelchair accessible so people can work together with the staff on... at the kitchen... So here you have for example also the furniture will choose you see also the contrast and but also the furniture we choose is it's very 'homely'. Because it's this is not the classical furniture from companies for...

Elisa: Gerontology or whatever...

Jan: Yes, yes.

Elisa: It's normal.

Jan: It's not normal... it's comfortable...

Elisa: It's economic...

Jan: Yes... and elderly don't use this kind of furniture in the nursing home because it's real leather also and... because if there would be urine or something ... it would damage the... but... nevertheless, we chose for this because it gives more a home feeling. I will show also the garden and the... This is... this has to grow. This has to grow, here we have the same ... is the same place... (...) This is the same living.

[Conversación en holandés]

Jan: So here... so here... this is the same thing like in De Weister, here we have the food then we prepare the food and there you have the garbage so...

Elisa: Yes, the circle of...

Jan: And for example also the things we use as early in the kitchen, ovens and are things we use at home, is not... big things...

[Conversación en holandés]

Jan: I will show you also the room ... I would show you something different. I would told you about nature and we did a project because if we if we do a new nursing home here in Belgium until a few years ago we were... we needed to do an art project that was integrated... we called it 'an integrated art project for a new nursing home' that was something we had to do. We got also money for it and here we chose for an art project with nature, so we wanted to have nature in the nursing home to create rest, but also to create orientation. And the project is... we say it's a project that is still alive, that lives... so the pictures that is these are - you know - through the whole... these are pictures from nature, you see there also... These pictures... so it and these pictures are chosen by the residents themselves and people, the residents can take them to the room, if they say 'I like it, I take it'. So, it's not as static art. And also we have those pictures, but we have a lot of pictures. We have more than 100 pictures, so we can change pictures or for example, when it's winter, when it's summer, it depends, we can do and then we have and that's something we did together with the Expertise Center of Dementia... (...)

Jan: So here we have the living room and... normally here we live together but here it's a house for people with a physical impairment. Most of people if the meetings are done are going to their room. So here is the corridor of the rooms. So I will show you a room upstairs. You have here eight and then in De Weister and then you have 8 and then...

Elisa: The rooms are always the same number? I mean, the structure of one common living room with 8 and 8? And it's always that number.

Jan: Yes... so here we have 16. 16 and living room. On the other side, living room and 16. And each house has 16 residents. And here we have this thing and this is something that we decided together with the Expertise Centre of Dementia, because we wanted that people with dementia, if they come out of the room that they are attracted to come here and then continue their walk to the living room. Or if people, sometimes people dementia need a time out, because they're agitated because there are too... then, here you have a spot where you can find some rest and this is something that we... that, in fact this is not the nursing of... not a home for people with dementia but if... upstairs we have people that come only if... a few sit here to have some rest and also families that come and say we come here to rest.

(...)

Jan: I will show you also upstairs...

(...)

[Continúa la visita y salen a la terraza]

Jan: But people are... but normally physiotherapy we don't do it here we do it in the living room.

Elisa: Ok, trying to go in the same... So this promotion that I mean the both the social building and the residence was one master plan or one promotion... or how does it work? Or is the government who ...

Jan: There were 2 financing governments, so we had...

Elisa: The social housing...

Jan: Yes, we had the government for social housing we call it the FMSV ... Flemish Company for Social Housing...

Elisa: Yes, so it's the same...

Jan: And then, we have... and here it was VIPA (Infrastructure Fund for Person-Related Matters) that's the organization that finances nursing homes, so and schools, etc.

Elisa: Okay, local equipment... public equipment...

Jan: So there were different this is the money came from two different authorities, that was sometimes difficult to...

Elisa: Yes, always. When we have to agree with someone it's always a discussion... and the people that are living in the social housing is renting or buying or ...?

Jan: Renting. Here we also... so it's also social housing, but here we also could add a criteria of frailty. But the situation here in Bellegem is rather wealthy, so the people from Bellegem don't need social housing. So what we saw is that these are 24 apartments that in beginning those 24 apartments could not be filled in and so, for some we... the criteria 'frailty' we did not use it.

Elisa: I mean it has a good point because you got more integrations between also different sectors so... and who manages the, for example, the public space who manages the maintaining...

Jan: Yes, I will tell you... this space, this public space is of the city of Kortrijk, of the municipality. This space is done by our staff, the space at the back side of the...

Elisa: The social housing...

Jan: ... the social housing is by the city itself, and we have done our own garden, and this is our own style. It's an agreement we made. But normally, this part would also be the municipalities who should do this, but they made an agreement.

[Entran en la residencia]

Jan: This thing is all everywhere...

Elisa: Is the same, yes.

Jan: But I will show you one... I will ask. I will show you here also... this living room, but as you can see each living room is different organized because of the people that live there, and the people decide how they want to fill in ... so... but we will go upstairs so I can show you a room...

[Se termina la entrevista, próxima al fin de la visita del último centro]

2.2. Bart Deltour y Hilde Delameilleure, proyecto FOTON (Brujas)

Cargo: Director de Care Familiezorg West-Vlaanderen VZW, Coordinador del proyecto Foton y coordinadora del equipo del proyecto Foton.

Fecha de la entrevista: 11/02/2020 Duración: 23 minutos.

Preguntas de la entrevista e información a recolectar

1. Which kind of institutions are involved to develop dementia-friendly Bruges?

2. How was the process to engage stakeholders and private sector?
3. How many people (aprox) live in the community? Level of dementia and dependency?
4. Is there any residential institution around? Is it easy for the residents to find their way? Are there many cases of lost people?
5. What are the incomes for stakeholders that engage? And the outcomes?
6. How would you say this experience helps people living with dementia?
7. What are the institutions that support and collaborate with the program dementia-friendly Bruges? Schools/University/Other healthcare/...
8. Are there many volunteers associations that participate in the community? Which kind of activities are organized? Kind of activities: do they need an adapted/specific space?
9. Is there any work about dementia-friendly design and public space? Pavement and accessibility, benches, outdoor features? Gardens: design and proximity of green areas.
10. Where are the main daily activities developed and where people live? What are the main attractors to take a walk for a person with dementia?
11. Urban Master Plan? Is there any special consideration about housing/public spaces/transportation/design guidelines?
12. According to your opinion, which is the best thing in Bruges that make it the "most dementia-friendly" village?
13. What features in public space do you think are the most valuable for people with dementia?
14. How can design be adapted to create more inclusive environments both indoor and outdoor from your experience?
15. What other public equipment in the city are adapted and how to people with dementia?

Transcripción de la entrevista

[La entrevista empieza a una voluntaria de Foton]

Volunteer: That are three museums in Bruges where they invite... they have special guides for people with dementia, so they do it very slow... slowly. Sometimes one or two paintings, and then they can go around, so they try to get the attention of the people with dementia. They first feel about the entrances are, where they are and then they...

Elisa: Adapted a little bit to the...

Volunteer: ... create small groups, 3 or 4 people with dementia with their carer. So that's... the aim is to contact the organizations that people with dementia can go, and they are not disturb and people are not staring at them and...

Elisa: Yes.

Volunteer: But the main work is the... also the song goes about love...

Elisa: Yes, this one.

Volunteer: They come softly... sometimes don't know who you are, but when the heart goes open, yes, there is communication. So as long there's life, there can be communication... so yeah, that's the most important thing. That's what attracts me, as well as first volunteer. To be here and to live with, I mean to... and to help the organization (...).

Elisa: Yes, please.

Volunteer: So, another initiative is the... I'm looking...

Elisa: And do you have like any recommendations for the design or the facilities at home for adapting the homes of the people with dementia? I mean, the carpets or the table, or the furniture... that you have like formation or training that you...

Volunteer: Yeah, that's the Familiezorg. So, we have Familiezorg, persons go to the families to cook, to what to wear to me is to wash, to clean it. And there's also someone who once, when they ask, and I don't know how to say it in English, but someone who only does goes to the houses, to see if there's something who can be approved. Sometimes, a lift to go up and down, and they are looking at the other possibilities, so that's I will tell you about Familiezorg. So Familiezorg also has nine places all over the province.

Elisa: Yes, do not worry. Thank you.

[Entra una pareja y sale a atenderles]

[Empieza la entrevista con Hilde Delameilleure y Bart Deltour]

Hilde: Then you came to the place where you can drink something, the person who brought you, so I see... you cannot call it *café*. It's a quiet place, where you can drink something, where you can have a chat also, what are lonely people, most of them are people who don't have too much family, or they have a disease... or some little problem. They come here and they can have a cup of coffee or tea.

Elisa: So, it's like a meeting point in for people, local people that don't have...

Hilde: Yes, yes.

Elisa: And one question, because I saw in different shops that they are dementia-friendly with the red knot, but only in a couple, so in the city centre...

Hilde: The red handkerchief, you saw it, you knew about it?

Elisa: Yes, but I have two questions about that...

[Enseñan una de las pegatinas del nudo rojo]

Elisa: Yes, that one.

Hilde: Do you want one?

Elisa: Well, if I can... why not? Thank you very much. I put it here in all my conferences... So, the question is the people that have the shop, that own that shop, do they have to get a training for, or it's volunteer or is just that they asked that... they are just friendly and...

Hilde: And there has to be so, once you're a dementia-friendly city, you stay.... but it has been 5-year intensive training. So, we went to schools, for the students, and their teachers to talk about dementia; we went to the shops, to public places, so they had different areas they work. So, for the shops, we... there was an evening here and everyone was invited to come and to listen. So, they have... we have made a movie, where some of the persons that come here they act, they acted to make a movie to show to the other people who are working in the shops, how you can communicate with people with dementia. So, there were a few advice they give about... And they don't know the money, that you cannot take from their wallet... That to be patient, certainly you don't laugh with them, so also to other people who are in the shop, that you are kind to them, that you... as an example, how to talk to people with dementia. So they had the opportunity to have a few evenings that they can talk about it. So, for the whole city, it was a little bit much. So the group of volunteers went to a few streets and they visited the shop owners or the people who work in the shop to talk about the initiative, to give a sticker. So some people were ready to put it on the window, other people say '*oh, we will do it*'. And they don't do it. So, we cannot force them of course. That's why at one shop you can see them, at the other not... but there are a few streets where we know that... where local people come so when the scenes started at the central street that are not local shops, or so we took the little... more little streets and it was... I did it myself, one day so sometimes you have people who say '*oh, yeah we know someone*' or '*my father has had and that's no problem*'. They put it on the window but when they are too busy, they say '*we don't have the time*' and now you... we cannot reach you. But there has also have been a campaign for the pharmacist. So that was the centre, so there's an organization where the pharmacist, they all joined and a company... so one day they distribute the information, so that was one of the important... how can I say it, the people to contact... So, when they say '*oh, it's okay you can put here some folders*', there's some documentation, there are a lot of people of the of the area who come to the pharmacy...

Elisa: Yes, because it's something that normally older people go for many things...

ANEXO II. TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTAS A AGENTES CLAVE

Hilde: All, but also people who are interested, who are more interested so it's not easy to reach... to communicate a group of people... So that was one, and of course the doctors, and the doctors of the area who Foton is working in...

Elisa: And for the city for the shops, more touristic, and because Bruges it has a lot of tourism... so I guess it's also difficult for old people to stay in the city centre or not that much?

Hilde: You could try, but when there was a sticker...on the window and sometimes we did it once 10 years ago. And then, about 3 - 4 years ago, and then, we asked... I know, what this sticker means? They didn't know it anymore. So you have always people who are interested, and you have people who they... they put it on the window, and they go. You have to be really interested or when you have someone in the family who has the disease or has some... it's different. That's also, that's why we do the effort to reach as many people, as possible, to get them acquainted with this. Another initiative. It has been, we call it the dementia basic...

Hilde: So, when there's contact possible between the person with dementia and the carer, that's the time is mild... is a good contact, so that's why ask that they have contact with their carer.

Elisa: Okay... and all these people live in Bruges? They are local from here? Or the surroundings also?

Hilde: We have Foton in... we have different provinces. So here in West Flanders, it is in the coast, Bruges, and a little bit on the south of Bruges and then you have the south of West Flanders, Kortrijk.

Elisa: Yes, I've been there yesterday, yes.

Hilde: That's Sophia, that's another... that's another expertise centre. That's a full other expertise centre. So you have the northern part of West Flanders is Foton, so the southern part is Sofia.

Elisa: It's Sophia, I saw that yesterday yes.

Hilde: So you have Ghent, it's Paradox. Then the Meander, and then you have Brussels and that's all the different expertise centres.

Elisa: Okay, and all of them are a public institution funded by the government?

Hilde: That's a program on the activities that the people with dementia that come here. So, we have the music, there's a choir. For the first time you have try to arrange flowers...

Elisa: Yes, because of the smell and the touching with nature is always important.

Hilde: Yes, that the people with dementia can do something together with their carer. Then we have Easter, and Easter and Christmas and All Saints, there are special activities...

Elisa: Yes, activities...

Hilde: And the crypt we have here underground. Crypt, you know? Very very nice place and we come together there, and we have some music, we have some poetry and afterwards we drink some coffee. This year we have a concert area in Bruges. Do you understand... concert? Where we have concert, they are also dementia-friendly, so they invited the group to have a tour in the building. That's another activity, that's the program for the...

Elisa: Okay

[Conversación en flamenco]

[Error en la lectura del archivo de la grabación, se completa la investigación con las anotaciones de la investigadora en el documento principal de la tesis].

2.3. Veerle Baert, Ciudades Amigables con la Demencia en Flandes (Gante)

Cargo: Profesora, Antigua responsable del programa Ciudades Amigables con la Demencia en la Asociación de Ciudades y Municipios en Flandes (VVSG).

Fecha de la entrevista: 07/02/2020 Duración: 87 minutos.

Preguntas de la entrevista e información a recolectar

1. What is the VVSG institution? Which sector? Volunteer/Institutional/Private? What was your role in the institution? Could you talk a little bit about your background?
2. Which are the main projects or initiatives you would highlight from dementia-friendly communities in Belgium?
3. Have you participated in any of the activities with persons with dementia?
4. How is the Belgium system for dementia patients? How they usually live? Which kind of solutions do you have?
5. Would you say Belgium is an age-friendly country? And dementia-friendly? Which elements or factors do you think are the most important according to the WHO principles and guidelines?
6. How do you think this kind of initiatives support the people with dementia? And the communities? Do these initiatives receive any funding? From which institutions?
7. Did any of the initiatives considered public urban spaces' design? How?
8. What are the main principles included in the Flemish Dementia-Meter to assess municipalities and stakeholders?
9. How much do you think physical environment matters to older people's autonomy?

10. What would you say that are the main challenges in urban spaces for people with dementia? What features in public space do you think are the most valuable for people with dementia?

Transcripción de la entrevista

Elisa: So, at the very first moment, I would like to know a little bit how was the dementia-friendly communities initiatives, what was the main objective and goal, and from which kind of field or perspective has been addressed for the very first moment.

Veerle: I will try to capture that for you. Bruges yesterday was in fact one of the first in municipalities in Belgium who started, who created a dementia-friendly environment, but there were others. It started in Berlin with *Konffeti im Kopf*, I don't know if you heard about that project?

Elisa: I think I read it in the Alzheimer Society.

Veerle: Yes, you have to... in fact, from the Berlin project that's the [*nombre en alemán*] the King Baudouin Foundation it's like the *Bosch Stiftung* in Hamburg, and they have something in Ireland too, but I forgot the name of... in England too, like it's like a foundation who gives money to all kind of charity projects. And it was on an international European meeting that the King Baudouin Foundation thought it was a very good idea taking into account the amount of people with dementia and still... and which is still going up that's the number of people with dementia and they started the King Baudouin Foundation with giving out small project funding. And they selected 10 projects in Belgium in Flanders, you know 10 projects in Flanders because you know Belgium is Flemish part, French part, Brussels part, which makes it very complex. It's like in Spain with Catalonia all this. So they put out a project... a call, and several municipalities were participating. It went very well, it was very successful, they made every municipality, no matter how small it was, made some projects, and then they did a second call and other municipalities signed in for it, and it was in fact with the after the first call from the King Baudouin Foundation that's the association where I worked for the VVSG, here the Flemish association of municipalities and cities was involved in, because that's the umbrella organization for all the Flemish municipalities and cities. You have a very similar organization in Spain or in all over Europe. Every European country has a kind of organization that is the umbrella organization of municipalities. Why the King Baudouin Foundation gave it to the umbrella organization was that we are politically independent, and it was not also... not governmental, because it is an organization that lives from private funding, because the King Baudouin Foundation wanted that it was above the political level, just enhancing the strength and the cities and municipalities to be able to

create dementia friendly environments. So, my role at that organization was then to spread out the word, what is a dementia-friendly city, how can you create it, what you should work on because that was what the municipalities were struggling with '*we want to come become a dementia city or dementia friendly municipality*', but what is it? That was the start, so that's why I created that book. I don't know, and it was more or less an inspiration book that are good practices and I've put a framework of the dementia friendly cities on the framework of the age-friendly environments. So you know you're familiar with that?

Elisa: A little bit.

Veerle: Age domains and I try to adapt dementia friendly cities on the model of the age-friendly cities. It's not the same, but I think for me the overall strategy is that and dementia-friendly city should be embedded in the age-friendly city. So if you are working on age-friendly cities you have to take into account that you are also a dementia-friendly city. And if you have, like for instance a senior citizen policy officer, he should be - he or she - should be aware that you're working also for people with dementia and then we had a kind of checklists what on what topics could you work. Not *should you work*, but *could you work*. What is most urgent for you and what is most urgent for you. Well, that are only the people with dementia and their carers who can tell you that... so, the goal was that they really cooperated with service users with people with dementia, with older adults, to see '*what do you need?*'. We had various... the municipalities, in fact, had various projects. You saw a couple of them in Bruges, they told you about *Customer remains king?* ... you saw that movie... I think that was a very good example. I think... can I see this one? I think that's the...

Elisa: Oh, yeah yeah. This is from Kortrijk. I met the...

Veerle: Did you met Jan?

Elisa: Yes, Jan Goddaer.

Veerle: Okay, I think that was a very nice more like touristic kind of program. It was very nice, because I edited myself with some friends, we have not dementia but it's just nice to do the work, so it can be not only for people with dementia. But I'm really sure that it's also good for other people, yeah. What other... the library project, I don't know if you heard about...

Elisa: Where?

Veerle: The library project it's a kind of *first aid kits* in the libraries and I did because I worked for Jakob, I worked for him for two years, after I start... before I started here, in the library,

but I can't show it to you in a minute... I will give you... but no, Jakob will give you everything every information you need but it's that you can here go to the library. It's not far from here and you can rent for free like you take books from the library. It's a suitcase, a trolley in fact, but all with ten different books on it, with information non-fiction brochures, dvds, music... so, and it's not labelled. So you can go to the city with a suitcase and nobody will see your searching for information regarding dementia, and then in one in one take you have all the information you should need, so you don't have to look in the library. You don't have to doubt and the suitcases are updated, so that you have also always the current information. Not only books, but also leaflets, what's here, what's the... what kind of activities are offered here from the various organizations working for people with dementia. So that was another project, we rewarded them and a lot of libraries in Flanders have implemented that project. It's very easy, it's very cheap, it hardly cost anything. Just buying the books. But the library is buying books anyway... so, and you have the extra suitcase. Another... there are various projects, the most difficult thing I thought was to convince the policy makers for being an age-friendly and or a dementia-friendly city because ageism is still around also in Belgium and they don't think that older adults are a very attractive audience for elections, I know...

Elisa: No?

Veerle: Yes, I think it's the opposite. They're very attractive and they're... that's a lot of votes... I always think... I always compare it, you know, if you... I once made a speech for policymakers and I said, well, it was... in fact, it was hearing it and that's it. The amount of people that... for people with dementia here in Belgium, hear in Ghent is the same amount as a votes that one of the elder men had. It was exactly that amount. These are your votes, that amount of votes, you know, how much you had to work for those votes. That amount of people have dementia, so if you work for that, you have double...

Elisa: Yes, that is true...

Veerle: And every person with dementia has three other persons who are involved, family carers, friends, so... That's true. And then, I always try to visualize it also and we have a rather large football stadium. And if you take that into account, then the stadium is full, but people with dementia and their carers then, if you can imagine if you're watching a football game that's the amount of people who are involved. And that is 'oh!'.

Elisa: Yes, it has a very big impact the project.

Veerle: Every project stands with the cooperation of service users. We saw that. And then, the other thing is that if you have elections and the mayor and other men are different, from

different parties, it's difficult to continue the project. That was also very difficult, but that's everywhere like everything I guess.

Elisa: I think every in every part of the world.

Veerle: Same thing, but it was here. Not something else, so yes. And now, something else I initiated was the quantification of the number of people with dementia, so now you can find also a tool on the internet. If you go on the map of Belgium wonders you can go to every municipality, and you can see on based on prevalence numbers how much people are approximately affected by dementia. So and that's very interesting, because that's what the policy makers and people working at municipalities needs to know. Numbers are important.

Elisa: And considering the... also, the age-friendly guidelines... So there's a very important part on the social inclusion and the participation, and engagement with the community and... Which is the situation in Belgium, in general? Because, for example, in Kortrijk I saw that maybe it's more low-density city and more rural areas, that it's another challenge...

Veerle: That was a very big challenge.

Elisa: So, in Bruges, for example, I have this question, that I was wondering and that could be also one way of promoting this... dementia-friendliness. Because, for example, some shops engage this project of putting the knots, the stickers. But then, in the city centre, you have these big companies like McDonald's or Zara or whatever, so it's the most historical part... so this is relating with the memory that it's...

Veerle: And then again, I don't think that the big shops are the problem at... Because with a small businessman you can chat and you can have a conversation, but the manager of McDonald's says *'but it's not my responsibility, you have to talk to Brussels, you have to talk to my headquarters'*. And the Zara is doing the same thing. And so, we see that in a globalized world that our shopping streets are full of all those big brands, but it's very difficult to change something over there. So, with the smaller, but this independent business stores it's easier to talk with them, but I was... I would like to come back on the difference between the rural areas and the cities. We saw that in rural areas it really depended on the person who was working for the municipalities. If they wanted to incorporate dementia or age-friendly cities. Why most of the time your own is only one person involved with age-friendly cities or child-friendly cities, whatever friendly-kind of city... And they have a portfolio with from youngsters to older adults, so they have to depict something they like. But, they can't work on everything, so I... and that's my personal opinion, the municipalities in Belgium are too small. Sometimes, you have municipalities with 3,000 – 5,000 inhabitants, the people

working for that municipality are... that's a small amount, so our government is trying to convert... merge, is that the word?

Elisa: Merge.

Veerle: Merge those municipalities, but they don't want to, so it's very difficult and it will be a very slow process. In Denmark, the government was clear, now every municipality must have at least 20.000 or 25,000 inhabitants.

Elisa: Yes, they are also changing that in France, so they are creating new communes and...

Veerle: I think that's better, in a way that you can... better, and they are...

Elisa: In fact, there are certain things that should be embraced by more municipalities, in terms of sustainability. I mean, green corridors don't have a border, and there are certain things that are affecting the regions...

Veerle: I always made a pledge for the obligation for to be an age-friendly city and that's why I know that obliging things is not always good. But it won't come from voluntary acts... and that it's really depending on the ideas of the person who's working... and that's not good. I think it can't be that you're living in Brugge, as a person with dementia, you're better help than another person you're living in another city here. And in Belgium I think that's not okay for your rights as a citizen as a Belgian citizen, other citizen. But that's my personal opinion, of course. And then regarding those business, the shops that was a... it's a very... I was working on it when I was working in Ghent, but if you didn't come very far due to the big companies to the local business store, we had a few restaurants, you will see in Ghent with the sticker on it. But there are really a few, every... you really have to invest personal contacts, telling why sending people into organizing things, having a coffee, meeting in a hotel... The hotel, Ibis hotel at Ghent, we had coffee, chats there or we had nursing homes who have... if they do a walk through a city, they stop there and have a coffee, and then, it has go better, to have contact with people with dementia to see what they need, that was easier although it was Ibis hotel. So it's also a big brand and a big company, but the manager there was a sensitive for it, and it and I think he saw some business interested, because afternoons in a hotel are mostly very relaxed. I don't have a lot of people but if there are people having coffee and have a cake and whatever, it's good for him.

Elisa: Yes, for sure.

Veerle: It's a win-win for them too. But we have another in Ghent, another organization, perhaps you have to ask Jakob, how the stand of the project it's called *Enchanté*. And

Enchanté is an initiative from some small restaurants in Ghent, who want to profile them as a social organization, so where people in poverty for instance can have a cup of coffee for free, they can go to the bathroom, can have a glass of water... Sometimes they can just sit there, warm themselves up during winter and consume nothing, but as a regular customer you can say 'yeah, I have a cup of coffee and I will pay 50 cents extra for that cup of coffee'. And they have different kind of labels, so at the entrance of one of those restaurants you can see what kind of service you can get there for free. And we always thought that... I always thought that putting the dimension *friendly* label on it would be also helpful, so then you have one brand of one label *Enchanté* for different kind of users.

Elisa: Yes, for sure because...

Veerle: For people in poverty. But people with disabilities, whatever... So, in fact, of because otherwise the door will be full of labels, friendly-label, age-friendly and that they don't think that's very good. Otherwise for people with dementia the red handkerchief is also very recognizable. I don't know what marketing wise is the best thing...

Elisa: It's difficult because... sometimes also people that are having some... they are in under a group, if they don't feel that is... I mean, I could feel *dementia-friendly*, but maybe not *homeless-friendly* because it's nothing that touch me, so I don't feel recognized under this... So, yes, it's a picture of being identified with a group of persons that are also sympathetic with you... empathetic, but also understanding that there's other issues that are happening at the same time.

Veerle: In the light of your more architectural input in Ghent we have an accessibility... a policy officer, he's an architect and he's working strongly on the accessibility for people with disabilities. What for him is very difficult, because I know I'm... because I'm in a wheelchair myself and I'm in this server user group I always have to say to him, '*Bart- he is also Bart - don't forget about older adults and about people with dementia*'. But he always forget them and that's something I think for urban planners and for effect, for every policy officer who is not working with his mind shifted on older adults people with dementia or disabilities, I think that's the kind of idea we have to spread more further is that every person who works for a municipality or organization with that universal design, that service user idea... they always work for the white adults 30 – 40 plus. You work from your own reference, your own references, and it's very difficult for other people to be in the heads of the other ones. So that's... it's also very important.

Elisa: And do you think it should be needed like the same, for example, as a far that accessibility regulations are set... do you think it should be needed like also universal accessibility guidelines and regulations that...

Veerle: And before the plan is, but I saw that in the films, that you do that, that you try to insert the service user, before the plan and then I think it was very nice in the project that they are involved before plans are made.

Elisa: Yes, but it's still a challenge sometimes even because not all assists, it has to be with also the political agenda and also, that people are conscious about what they... I mean, you need also some social education about certain issues, that people can think about them, and push and they have also these things on mind, so they can ask for a green park or benches that are ergonomic instead of the design or something so I'm working also with designers at the same time so it's... it is true that innovating in this kind of multisectoral group...

Veerle: But still like accessibility policy advisor, he... when he does presentations, he often invites one of the service users to do a presentation with him, it's very good, but on a certain moment we did it for the people who were in charge at the municipality for everything, with the green - we call it the green services - so parks, you know, woods, flowers and stuff, and he showed bench sensitive... that's a bad bench, because you can't sit on it, if you're not... if you're in a wheelchair there's no access to the table and sit next bench you can and then I sit down. But you are forgetting about all the people because in your... it's true, that there is a place for people in a wheelchair but people who are having stiff knees or difficulties they can't go over that bench. *'Oh, yeah, I never thought about that'*. And he is working for 20 years for people with a disability, but not every people with a disability, and not every disability is visible

Elisa: Yes, it's true.

Veerle: And dementia is that. That's the point, you can't see on a person that he has dementia. Luckily that you can't see it but...

Elisa: Yes, or just even old people, that they have differences in their bodies and physiological changes that they... it's necessary to have this point of view.

Veerle: I also think that there are a lot of links between, for example, people with autism and people with dementia. For instance our library, where I was talking about, it's a very nice building by Koolhaas, you saw it, as I was, if you go out there, just go on, you have a square and you take that street, and you will see the library. After cross that big square and then you have that nice, but you have to...

Elisa: It's like a recent... I saw the pictures.

Veerle: Yes, that's a an architectural award-winning building. It's very nice, very well done, but inside it's awful. It looks great but this building is there now for 3-4 years and now, they have to do everything what's about signing. So they have to re-think about it, because the architecture had a brilliant plan, but nobody understood it how to... how the access was to the building, so people in wheelchair didn't know on which floor the exit was or where the toilets were, and they couldn't... they had to talk with the architecture for years to just change the signs. And that, I think that's because it's a lot...

Elisa: It's a lot, I mean, just in a toilet reads yes...

Veerle: But it was also very difficult for people with autism. Like for instance, exit was on -1, level -1 and it was not indicated on the elevator where the exit was. So you just have to guess, people go from instinct to 0. But it was -1. So every time the elevator was stuck and then, they have to go out here and that was... Yeah, so that's a good example from how things can go wrong even from very renown architects.

Elisa: About... for sure, I mean they are specialized on design and not always in functionality.

Veerle: It's not what... was not user-friendly.

Elisa: And I think that's a big need that the architects start...

Veerle: They have a bar and there have a cafeteria under it, and if, first I came there, I want to have a cup of coffee and...

Elisa: All the tables were up...

Veerle: No, the tables were still okay, but the corner where you had to order was that so high, so I looked really on a... on the iron plates, and it's high and my hand was just coming above, so how is this possible? Benches outside were inaccessible over people who were older, so had... they had to renew a couple of benches because afterwards the cost is...

Elisa: Yes, that's the point and that's one of the challenges what we are trying also to do in Madrid. Now with these projects, I share with you right now we are developing one that is creating like the technical content to teach and train a municipal trainers and technicians, so when they have to sign the competition engagement or make a call for architects or whatever, so they can include in the competition guidelines these aspects about health and activating and the inclusive environments.

Veerle: And not only on paper, but also in reality that you have to involve into really in the development of the plan service users, all kinds... of not only people with dementia, but all kinds of services and I think that's a key element before plans are made.

Elisa: Yes, for sure.

Veerle: What are your needs, what are the needs of cities, of the citizens, in Madrid or that neighbourhood or whatever.

Elisa: Yes. And I think that's important, also to not only improving quality of life, but also that people feel that they are happy in a city and they are they are going to...

Veerle: Yes, then you have to maintain and it comes back to the policy makers afterwards, after politicians, because they say *'oh, yeah, you made a building of how many million euros? and we can't use it'*. And then you have polarization.

Elisa: Yes, for sure. And it's a big investment and that probably they have thought at the beginning like *'wow, it's wrinkled. or yeah, Norman Foster, whoever is famous'* and a very well-recognized architect like it's going to be great to have this because it's going to attract tourists, but then it's also the citizens that have to use it and if you... I mean...

Veerle: It's their money too. You have to... you have...

Elisa: Just the thing, that is not just an attraction for it...

Veerle: For tourists or for a business or whatever...

Elisa: Yes, for the virtual that you can show... Yes. And so, did you collaborate or organize working groups with people with dementia and how did it...

Veerle: It's very difficult. It's really difficult. Why was it difficult? Because people always... I always... not always, often think about their own situation. And it's very difficult for service users to think broader and I understand that, because not everyone is capable of thinking more than their own reference, from their references. So that I was talking that, about that bit policy makers, but it's also the same thing with service users so I think it's very important and I stepped in the fall myself, that you want to discuss, you have to say *'yes, but no...'*. Let them talk, take notes, involve the more... the more people service users you have the better'. So you have a different kind of view, but let them talk, don't argue, don't try to listen, to them pick the things out... you know, from... but that will work for the most sometimes. You think *'oh my god, what was this'*. But they are really an added value and if it's not carried by the service users, they won't use it, so we try... it's you can think from... you're from behind your desk, about a projector that would be nice or they did that in Berlin and it was

very nice project. I'm going to do the same in Ghent, well if it's not carried by your service users. And they make a verbal negative comments like you do it on Tripadvisor and it goes around and they won't use it, it's work. It works like that, so you really have to take them with you, on your side, to listen to them, what do you need and then sometimes you have to make a project '*do we need it?*'. I don't know but so, we in Ghent... but Jakob will tell you, we had every 3 months, we had a meeting with the people who are working for organizations working with people with dementia and we try to add people with dementia in that same meeting. But that's very difficult, because the level of talking the jargon that is used it doesn't fit so I think it would be more useful to have a small meeting with people with dementia and then, they can talk one to one, or perhaps with two or three. But people in the dementia have it... found it very difficult to talk within groups or it's more difficult for them. It depends on a bit in the stage of dementia they have. So I think it's more useful to have then... it depends, because that rotation will be on the how much they evaluate in their dementia process. You can also listen to the carers of people with dementia, but sometimes you have also into to take into account that they have a lot of the burden on them is very high and they have a lot of stress and it's not very easy to have talks with them on the development of a city.

Veerle: Okay, so that it's because they have a lot of things on their plate. So that is also it's very difficult balance between how can I ask them something and engagement that is above their engagement for the care of people with dementia, so that... this was also a very big challenge and I think that one to one is better. One to one talk is better than think can you come... For instance, we have a meeting at 10 o'clock in the morning, we saw that for carers it was like '*Oh but I don't know if I can be there a bit because I don't know if my husband will be awake then...*'. If I had a difficult night because they changed day and night, perhaps you're still asleep or I can't... I can't dress him on time, that's difficult so that is so home visits... I think sometimes are better than organizing meetings or in small groups in their local... very in their in the same streets.

Elisa: Yes, and the place they usually need.

Veerle: They have home visits for selling, well, in the street. And as you can see, it's a possibility for you to come there, if you want to have a lot of people together, if you want a couple of people together, that would be better than organizing it in the central place in the city and then, you always have the loudest, the loudest voices that are hurt and that's also...

Elisa: Yes, in meeting groups it's so difficult to have everybody expressing their opinions with the same...

Veerle: And another trap, that I stepped into was... when I had meetings with organizations for people with dementia, but at all, also the hospitals were involved or the nursing homes were involved is that... it that you often have the thing, that the organizations speak for themselves and don't see the broader view and that's also something you have to take and thing about, and there also the loudest voices often speak for their own organizations and that was a very difficult thing in Ghent. But perhaps I hope it is better in other... I always think that Bruges is the best example of dementia-friendly cities, but they don't have the full, I think Bart took the full cooperation of the city and the municipality itself.

Elisa: Yes, I think it was... I understood that it's a lot of effort of Foton. But they need continuity and if they don't have...

Veerle: Money, you have to have to put stuff on it, if you don't have a staff member who... do you want some coffee?

Elisa: I have... I still... Yes, thank you. And it's true, that if you have to still repeat in the same argument, it's time. And you don't have support from the municipality it's very hard...

Veerle: It stops, stops. It's a private organization, they don't have that much of money, they had a lot of funding from...

Elisa: Yes, but a lot of work. So they told me that now they were receiving support at least for the website actualization and some issues.

Veerle: But the things you have to do too, because you need a website for the people with dementia, I don't know... but for the carers... They are... people of our age, that are a bit younger than me, but if my father or mother would be affected, would have the diagnosis of dementia, yeah, our generation...

Elisa: It is the first step.

Veerle: The first thing, we do is to look up what Internet, and then we would say "*Ghent + Dementia*", and then, we would have to see something. So, for the grandchildren for whatever, that's... so a lot of work on the plate, I think and it's there are a lot of challenges.

Elisa: Yes, of course they are. And from the point of view of urban outdoors and all the project... well, yes, the public spaces and the place that you probably might see in like this reminiscence...

Veerle: That was very... that was a very nice project we had, we, in Ghent we organized some tour guide, groups a bit like this, but it's not with signs. We tried to train some local guides to do a dementia-friendly visits in the city. That was difficult and it's still difficult,

because what we saw, I mean, but we made a mistake from the city ourselves, we said *'okay, let's do it'* and we prepared it, but we didn't take into account the amount of noise that is heard in the city. So you... they were standing on a place, a very typical place in Ghent where they could have a lot of the content of the tour, was very good, it was nothing to do about that... but we didn't take into account the traffic, the noise, and the constructors building, really making a lot of noise... but you don't know it in advance. For you, you plan a tour, but next week they're traveling there, but they are working there, so they had to deal about that. So you have to have very flexible guides, who are willing to change their routes and to... well, for instance, we were in a street where the tram is riding, but the people with dementia, they were wandering and they were going and they were not everywhere. We were a lot of people, whenever we really had to take people here, because there is a tram coming... so sometimes it was just dangerous, we had to put people aside, we really needed and now... but you have to ask that, a check of how he's dealing, we made guided tours in different parts of the city where it's more quiet, more in park areas, where we know that there's less traffic, where there is less noise, where there is more space, for instance, we did a tour in a great green area here in Ghent, where nature was more important than other input, and that went very well, Although then, the surface of for people in a wheelchair wasn't that good. So, this is, you have some other difficulties, but that was very... and it would be nice because people say, the carer said, *'it's nice to be outdoor with our loved ones'*. And we don't always know where we can go, to where it's wheelchair friendly, where we can have benches where to sit on to rest, where we know we can have a toilet, because toilets are really important... Yes, often have to go to the bathroom and they often want to go with 2 to the bathroom, because sometimes they need help and then we see that accessible toileting, is also difficult. You have a man and a women department and that's...

Elisa: Yes, a tiny little bathrooms.

Veerle: And then the husband doesn't want to go to the woman's... tournament because I'm a man and what are all the women are going to say. So the accessibility of toilet public toilets is also important, and then you should if you have all gender neutral toilets. Totally that problem is over, but at least the toilet for people with a disability that should be really gender neutral, I think. So that's...

Elisa: Well, even, you know for I mean, it's part of the design that is still quite weird, because you usually have like women waiting for hours and hours, is that you have the same amount of toilets for men and they are not that...

Veerle: So, yes. And also, you have the sign of the wheelchair for an accessible toilet and then I think if there are two people are coming out, you say *'oh, but what have they done*

there.... So it should be more like not only for people in a wheelchair, but with a stoma or something else who needs help, that's what it should be accessible too, so that's the story. So, there's a toilet resting point, having the ability to have a drink, or to have a coffee... that's where you can park your car, public transport is also difficult, we had a lot of complaints about bus drivers who weren't that friendly people and you... I think it's the same Madrid, you have to have your card and you have to swipe your card... to have, even if you have paid... It's the same I think, and people with dementia sometimes forget that they have to do that, and then they were having any retributions. Please, be compassion, have some compassion with those people, because there were some complaints that they needed to pay a penalty, even they... even they had and legalized, they had a paid an abonnement, it's in that abonnement, no? For a year, and it was okay, but they just forgot to swipe and then they had penalty. So that I think that's not okay. Or they start driving the bus when the people are not seated yet, and they fall and then they have...

Elisa: Injuries or whatever but...

Veerle: What they already have is that... when some... did you hear about a missing project?

Elisa: For the police? Yes.

Veerle: That's in here, in this region. The bus drivers are always involved, if there's someone is missing. They have from the dispatch, they always send a message to all the bus drivers they're somewhere on your bus with that code, and that's so... that's good that they really often they find them on buses.

Elisa: Yes, maybe they forgot to go down or something...

Veerle: To go down, or they just stepped on a bus to go to work and I thought that you would go to here, so that's something we did well and then the missing project you saw it... That's good. With those small films that '*Missing project*' film, was something I did in Ghent, because I thought that small... you have to go with social media also, it's not always for people with dementia, but you always have to... also have to work on the public awareness and it's not only a task for the Alzheimer organizations. I think that was one of the big challenges here, against that organization, Alzheimer's organization wanted to do everything themselves, while I said well, we are municipality, we're providing money, let's cooperate. You have... there's a lot of work to do, so if we can divide it a bit, you're working on personal help with people who are suffering with the diagnosis and what to do and what medication and where to... that's your job. But as a policy maker and for a municipality, we have other things to do, you don't have to worry about how design a square, or how to do

things. Do in the library, because that's in Belgium libraries, are the tasks of a municipality. Let's--- we do cooperate together, give your advice and see what help us to see what needs there are. But that is very difficult to just deal with '*that's my job, I have to do that, I'm the only... we are the only organization with the knowledge*'. But that's not true, that's not true. You have to work together, there's a lot of work to do so...

Elisa: And about design in terms of indoor and outdoor... I'm more focused on outdoor, but I'm a specializing also in indoor because I think...

Veerle: There is a very good book, but it's also in Dutch about the interior design of nursing homes (...) you know that book?

Elisa: Not in Dutch, but I know...

Veerle: Yes, there are some books in English too.

Elisa: I have several references.

Veerle: Because I looked it up... Yes, I looked it up for... and that is... with a book with good practices of Flemish nursing homes. So it's... it's there are also a lot of there is a lot of literature on how you have to design toilets, bathrooms and in the TNO in Eindhoven it's also in Dutch in the Netherlands. You have... you know the guy, have got his name... but is an engineer, he works a lot on interior design for people with dementia and he especially... I remember his presentations about public sanitary, how the bathroom needs to look like and that it's... that is very interesting. And that these recommendations should be implied in public spaces. Absolutely, but then again, I think we can learn also a lot from people with visual disabilities because one of the good practices was that the seated of the toilet is in a different colour, you know, but that's the same for people who doesn't see very well too.

Elisa: It's true.

Veerle: And the objects need to be, for people with dementia, need to be recognizable, so a toilet must look like a toilet and not like... I don't know what. So, but it's the same thing for people with a mental disability. So, universal design, that's I think, that's the key word. But universal design is more about age from young people to 50, +50. And then it stops. But universal design should be more than disability, not the disability, but all kind of disabilities and I know that's a lot and there are a lot of things you'd have to take into account, but if people... if a person with autism can find his way to a building then I'm very pretty sure then people with dementia can find his way through a building too.

Elisa: Yes, for sure. If you look from...

Veerle: A door should be a door, it's not... if you don't see the difference between the wall and the entrance it's difficult for a lot of people.

Elisa: Yes, it's true or even the switch of the lights that if it's not recognizable...

Veerle: Recognized as a switch over light, then you have the same problem. And the contrast will... it's nice of course, it's nice that it's one continuous and that it doesn't bother you from a decorative kind of way, but it's a public building. We can't forget it's a public building, it's not your own home. I know, where you can do, whatever you want, and then again, I see a lot of my friends building houses, but I could say '*if you break your leg, you're having a problem*'. You can't go to the bathroom, anymore you can't take a shower or you can't that...

Elisa: Yes, it is. And we usually consider like the... I don't know, the ideal house that we have online, because we have seen it on TV...

Veerle: And books...

Elisa: And series or whatever. So you're going to live far away of the city centre with every two stages houses and depending on the car...

Veerle: And that's a big problem here in Belgium. Now a big problem, all those rural areas, they don't have like a bakery anymore, shops... so they really need a car, and that's a really big problem in those rural areas, that people out there are getting older or much older and the youngsters are going to the city, like it's everywhere and every continent and every... every country. But, no doctors, no ceremonies, no services... So they really have... and the loneliness on those rural sites is enormous.

Elisa: Would you say that is more challenging in rural areas than in cities? Even with the gentrification and everything...?

Veerle: Yes.

Elisa. So Belgium is probably more...

Veerle: Have a higher suicide rates, also among older people. You know that... are you aware that we have the highest suicide rates among Europe?

Elisa: No, I didn't know.

Veerle: We just come after Finland. But, okay it's not something to be proud of. And there are... we have very high suicide levels on older male adults. So the +80 rate suicide level is really high, I don't know it by heart, but I can send it to you, if you want.

Elisa: Sure.

Veerle: And it's the mail and because they don't do attempts, they commit suicide. They know how to do it and they... because they are... if the wife dies, they know they are very... they were dependent on their wife. They are... there in their house, with no neighbours or neighbours who are working and it's every weak. We find people in their homes died there for months, 2 months, 3 months... but I read this week that it was in Spain the same...

Elisa: In Spain, maybe it's not suicide, but people that die and then no one has notice that, so then after a couple of weeks...

Veerle: They find them.

Elisa: You find that and in one of the projects I'm working on, that is engaging in the local community of old people and trying to develop a social housing, I don't know if it's going to be social or not or private... but housing for old people, including in the neighbourhood, because they don't want to leave their neighbourhood, and they don't want to be in the residence. So yeah, they are...

Veerle: This week we... they found someone in Belgium who was working and were living in this social housing project, so it was not the solution. But now, we have another man so...

Elisa: Yes, so this group of people, they are old and it's time... they see these news about someone that is discovered, they are... I mean it could happen to them, so you really feel this fear and pain that they don't want to be forgotten... And there are a lot of people that can't go from their flat, because it's not adapted or they have fear, because someone can stole them or so they can fall...

Veerle: Yes, fear of falling, is a very high... big fear. I did my PhD research on physical activity for older adults among +85 plus and fear of getting outdoors, because you are afraid that you are going to be different. And well-adapted pavements... it's still... again, Ghent is a very bad example of good outdoor pavement, it's...

Elisa: Well, I guess that is dealing also with the historical design...

Veerle: And the routes are very bad maintained, it's exactly... last week, a full... wheelchair so I drove into a kind of... what is it called, you know? A hole in the street and my wheel was stuck in it and I switched over with a wheelchair so... when I would be 80, I didn't broke anything, but I really can't imagine that a person says '*well, I'm not going out anymore because I'm afraid of falling*'.'

Elisa: Yes, I was reading this week a gerontological book. Well, I can send you the reference if you're interested. And they were taking examples of some research, so they are focusing in different... on the age, well, age-friendly environments and they were saying exactly that. That one woman was going back home at night and then she was followed by someone, and she felt so scary if someone could be a violent or whatever, but at the end, the man came and said *'don't worry, I am just a neighbour and I'm going to pass through here* but she stopped going out walking. And everywhere, she would like to go by car because she was so afraid and she imagined the worst, like another thing could happen, anything else... so it's true, that the fear and the feel of safety and security... it makes not taking risk because you're...

Veerle: I'm going to take your map. I'm going to show you something if you would... now we are here. (...) And this is the library I was talking about. And if you go to feel this one, I can go back there to like just... (...). If you go to this street you will see how bad the pavement is and if you would put a camera on this corner and you would... just put your camera you would see all those feet going and it's terrible. It's terrible. If you just... this. If I do that with a wheelchair always, oh my god, and I... because I'm lower, I always see all those feet and you see them fall and then, it's the same thing with here. This is a nice neighbourhood, very old, it's medieval, but if you talk with people who are living there, we're all getting older 60s. It's not that old, but you say *'oh my god this is terrible, I don't know if I can stay here because I can't walk'*. And then you have to know that, here... and here, there is a hospital, here is a nursing home with service flats with everything, so there are a lot of older people living here but they are... they're having it very difficult to come out and... after a year also, we have a parking restriction and then have the Low Emission Zone and everything. So people can't get with their cars here anymore or we can get there, but it's not that easy. Okay, we understand it for the environment, okay. But then we have to... we want to visit our mom and we... but we want to take her out for a walk, but with a wheelchair here...

Elisa: It's impossible.

Veerle: It's impossible, I can't do it anymore because I'm 65, I'm 70 years old, I'm not able to walk her around anymore, so I want to take her with the car outside and then have a walk. Okay, but I don't care so they... and then we have the loneliness because they don't come visiting their parents anymore that's as often and I also understand that, so...

Elisa: So it's a challenge... that some of the objectives for the PhD is to understand that the social engagement is very important of this kind of initiatives for the dementia from the communities, but if you don't have the infrastructure and the physical environment that

allows you to do this, so you can have a great green park with a therapeutic garden to make a sensitive sensory... whatever, but if people can't go to the park, what's the point of putting a very nice activity in this place?

Veerle: Yes, are you're staying here?

Elisa: No, we went to a parking, finally. We'll find another one near here, I think.

Veerle: You're not staying overnight here or...

Elisa: No, today we will leave.

Veerle: Okay, because I thought you were staying here, but if you... but this is a renewed... and it's all those kind of cobblestones, it's awful. It's car free, you can sit there, you can watch over the water, but it's all cobblestone, so nobody wants to go there by wheelchair, or all the people, because it's very... and like in Berlin, you have those traveling strokes which are levelled, and they can at least, you have the view of the cobblestones, because it fits in the ancient history view of the city, but at least you have a way where you can walk... and I think they're a mix of everyone needs because it's putting into a historical environment, I understand that very well, too. But mix it a bit. So do you have other questions for me?

Elisa: Well I think it's quite complete everything. Yes, I mean...

Veerle: If you want to go to the... I don't know if you have time left in this museum there is a Van Eyck... and then you have...

Elisa: Okay, I really love Ghent. Have you been living here for a long time?

Veerle: I was a student here in this school and I work here now. So I'm back to my alma mater... the website is a 2020 and is in Spanish so, it's very accessible, you can purchase tickets here, normally it should be in Spanish too. I've lived here... then I went to Brussels also to study there and I came back because really... and I come comfort to one more rural area, where I was born but I couldn't be there anymore. Another thing I wanted to tell you is that my parents also recently moved from that rural area to here, actually the other thing here and I'm living here, so it is really had to pursue them to say *'please, mom and dad, you live in a house with 4 bedrooms with a front and a back garden, which is too big for you, you're not near any bakery, you're not near any shop, you need to take your car for everything...'*. And only my mother has a drive license, my father can't drive and it took them... it took me 4 years to say *'mom, your house is too big, 4 bedrooms, you don't need 4 bedrooms for the 2 of you, it's ridiculous and besides, that they go to Spain half a year, half time of the year so... if you want to have to sit outside, you always go to Spain'*. (...) So

after a while, my father got arthrosis on his hands and he was... he had more difficulties to work in the garden, so that was the point where they made a shift and now they move to an apartment and they're still 70 years old, so they're quite young but it's difficult for them to arrange... the movement, for the moving, for to change everything, for the electricity company and this... and although they are educated, they were both teachers, so they are not... their intellectual capacity is okay, and then, the other thing where you had difficulties making new friends. At that age, it's difficult so, that is an age range they are not used to move a lot, we are used to travel, and we go up or that we adjust ourselves but that I think they made a good decision to do that. They are still convinced that it was a good decision, but they are having a lot of difficulties to do that, and I think that's something. A government should do too is to encourage people to move. This is for sure, but you cannot oblige people to move, but you can help them, and sometimes it takes some time. But that could be for instance, a work of a social worker, to have conversations about that if you're 70. We're going, we're coming passing by how you are doing... Still okay... that's okay but what about and sometimes or encourage their children to talk about...

Elisa: Normally here... people buy properties, or they rent?

Veerle: They buy, that's the main difficulty, and they have...

[Entra otra profesora para saludar, presentarse y establecer colaboraciones futuras]

(...)

Elisa: It's so great. Very interesting and I think it's... because for us, now the challenge is to also address and create this transversal and multidisciplinary in our network... and we have seen that in Copenhagen and they have started... and health at the end is something that we think that is going farther than environmental sustainability, because it's affecting everybody so...

Veerle: You know that the show has now a program for aging in for a couple 20 years...

Elisa: Yes, this is... but still, all these guidelines when it comes to the privacy practice... I know, so we are now working...

Veerle: Because it's very global. And you're really... and that was my work, it was challenging, but very interesting at VVSG was that, that you had to transfer it to the local policy makers '*What can I do with it? Give me some example...*'. And that's why I made that inspiration book, what are the things you could do and sometimes they had and then it's easier for them to say '*oh, what can we do, what should we do, how would we do it...*'.

When we are a dementia-friendly city, then we can make all those tags, okay, we are dementia-friendly, yes but it's a continuous work...

Elisa: Yes, that's the thing and...

Veerle: It changes. Needs of people are changing, your city is developing, so there are other things you have, to the world is changing...

Elisa: Yes, and it's true that when you are working on municipality, you have a lot of things to think about and a lot of work and...

Veerle: But like this week in Belgium, the banks are going to charge older adults 10 euro, if they want to transfer money, and so, if you... we do it with our phone and if you want to go to the bank and you ask them, the people over there help me with to transfer, because I'm not having a smartphone, I'm not... I don't know how to do it, they are going to charge me 10 euro... 10 euro for every transaction.

Elisa: No way, but this is... but you are making all people going out of the bank...

Veerle: But you can do it in front of the bank, and we have this, and we have that... But people, you know... Can't see it, that's one problem. I'm able to see what I'm doing, is it accessible. Because if you go to a bank... In Spain it's much better. Really, Belgium, is not a very good example of accessibility regarding wheelchairs and everything else. You have to walk in the bank, you have to stand up for a long time, to make all those... you have to see and you can't see the board, the screen very well and...

Elisa: Yes, normally you are afraid that you mistake something and...

Veerle: But if you don't see it very well, you don't want to that other people are watching. You want to do it in private contact, so 10 euro... if they do it themselves and 5 euro if you want, we still have those transaction papers where you have to write it like the old days, and there if you put that in into the bank they charge you 5 euro. So do you see that...

Elisa: As in the end, at the end, everybody can have the power of making it easier or more difficult, and it's not a question of money, but being nice to all the citizens and try to not segregate and...

Veerle: Absolutely.

Elisa: Well, thank you very much.

Veerle: No, it's okay. It was a pleasure to have you here, how did you come to my name?

Elisa: So I was looking in the dementia-friendly initiatives... all the initiatives that were available and all the information. So I was looking at the Belgium site, and there was the Foton, then Huis Perrekes in Geel, and then I was looking for more information and...

Veerle: And so, you found me, okay.

Elisa: Suddenly I found presentations, so I started...

Veerle: I did a presentation in the European... each platform, Europe, do you know, you're familiar with that organization... well, that was, we had a project age-friendly environment project and then I did one of the topics we did in Belgium was age-friendly, the dementia-friendly cities. That's why you've...

It was a very interesting job, but because I'm in a wheelchair now I had to quit that job, because I didn't manage to get from Ghent to Brussels. You know in Belgium, you have to make reservations for a train if you're in a wheelchair every day, so I have to say... I have to... I want to be on the train of 8.30h. And then I will take the train back from 5 00 p.m. I don't know what, but in my job I don't have end hours, if I have... I'm in a meeting... So I didn't... was I didn't manage it for myself, to take the train every day with a wheelchair, so that's why I quit my job. But I didn't... I did like it very much and I would do it until the day of today, if I wasn't in a wheelchair so...

Elisa: Yes, that's a pity that there's no option for teleworking also more often and then you have more flexibility for that work...

Veerle: It was really...

Elisa: Yes, you need to be there, I mean...

Veerle: You need to be there, you need to meet people... I was not at my desk very often, I was always in meetings and meeting people and being abroad and so on... I was... but, it's like I'm very comfortable here now too.

Elisa: Yes, of course.

Veerle: But it was a pity that I didn't continue my job.

Elisa: But the thing is that it's something that could be fixed easily, because we are spending so much money on technology...

Veerle: If I go to Barcelona I can go to the subway by myself, I can take a bus independently, but here in Belgium I'm unable to take any public transportation without any help... We are still... That's really... this is really in Belgium, we have a lot of things to overcome it's despite all the ideas, but it's...

Elisa: No, it's still a challenge in many places and even now in Newcastle, for example, what I've realized that... I have never feel unsafe in a public space and in this city I feel there are place that I really don't go out at night because I feel afraid on certain areas...

Veerle: Yes, or even if you are feeling afraid, then you must imagine that older adults...

Elisa: But, I mean... and then because there's not lighting in many streets there, there's some I don't know... I don't feel like it's going to... so I don't go out and I have this point of view, like it could be very easy just to adapt some pathways and also accessibility is a big challenge, so...

Veerle: Manchester is better, I think. Did you met Tine Buffel? She's from the university of Manchester. She's working there and she's a Belgian, I'm working on age-friendly environment and using a service user design, I'm going to write down everything I promised you to send.

Elisa: Okay, thank you very much.

Veerle: So the email addresses is that I have to send you the suicide rates, I promised you and then I will... Tine Buffel, from she was working at the University in Brussels, but she transferred to the university of Manchester where she's working on age-friendly environments for a long time so I'll give you her coordinates and you can look everything with her, because she has written a lot of articles on age-friendly improving cities and environments with surface use and she has a nice and you find it her you find films on *youtube* too from her, how she adapted neighbourhoods with the cooperation of older... it's about older age-friendly environments, not on dementia friendly but it's quite similar.

Elisa: Yes, I mean dementia prevalence is higher when you are older than...

Veerle: Certainly, and you have to take into account the... of course, the mental disability but still, I think it's quite... what else did I promise you?

Elisa: I think if that possible, maybe... uh if you can send me the reference of the map of the prevalence the numbers of the ...

Veerle: That's dementia.

Elisa: I think it would be nice.

Veerle: We were.... I was... when I was still working at VVSG we were also thinking about how can we label it? How can we say that you're and on the website of your municipality we are dementia-friendly city and but we got stuck in what is a dementia-friendly municipality, because for a small municipality it will mean something else than in a big city,

because your possibilities are less and so, we got stuck in that. We were that... we're not we were not funded from the government to look that over, and we had to study... make a big study on that then again, do we need to take off all the....

Elisa: Checklist, the issues...

Veerle: Yes, I think it's more important that you have a strategy built on the needs of your citizens and that can be very different from one area to the other so...

Elisa: Yes, it's true and maybe in some places having benches in some streets is not that necessary.

Veerle: Because they're all ready, or if nobody goes outside... I don't know, so that's why we quit that thing. Can I help you with something? For the afternoon do you....

Elisa: No, thank you, I already have some... I will also walk around.

(...)

Veerle: So it's good. The indication you have here is excellent and this is also a nice area, but you will see it very inaccessible for older adults because all the cobblestones, but it's very nice to see, although here like the cobblestone, and here nursing home, here are service flats, so...

Elisa: It could be really nice a map that shows the accessible paths...

Veerle: Yes, they were working on it but...

Elisa: With the texture of the pavement...

Veerle: Yes, they have... there is a tour for accessible, an accessible tour and if you do it by wheelchair it's...

Elisa: Not that accessible... they have a civil, well the national innovation centre in Newcastle, so it's a big square and new buildings and great so the National Innovation Centre for Ageing apparently it's based on the dementia-friendly principles and then people with dementia came in, but they didn't feel like it did...

Veerle: That's what happens if you don't involve the users in advance.

Elisa: Yes, that's the thing.

Veerle: There, for instance, the walk, the accessibility tour goes right here this bridge, it's a bridge it's very steep, so you can't do it by yourself on a wheelchair and if someone has to

push you, he really has to need strength. Well, if you do it, like if you would take a short way like here, it's better but this building... that's an ancient castle, but really just follow the...

Elisa: So, I will do.

(...)

Veerle: So, say hi to Jakob. And if you're having projects of yours searching for partners and projects, please do contact us. Because we're very interested.

Elisa: It would be so interesting, because we are trying to get the outside urban planning and architecture.

Veerle: And I think, we will love it.

Elisa: It is always interesting (...). I love that you find (...) a meeting point of this kind of exchanging and so we can also connect with them, or you can connect here with... yes, sure. We will be in touch, and we will exchange some nice years.

Veerle: And then I can continue my work from before...

2.4. Jakob Decavel, ciudad amigable con la demencia (Gante)

Cargo: Responsable del programa "*Gante amigable con las personas con demencia*"

Fecha de la entrevista: 07/02/2020 Duración: 61 minutos.

Preguntas de la entrevista e información a recolectar

1. How long have Ghent been engaged with age-friendly cities? and with dementia-friendly cities/communities? How long have you been working in this kind of programs? Which are the main working lines?
2. Which are the main projects or initiatives you would highlight from dementia-friendly communities in Ghent?
3. How do you think this kind of initiatives support the people with dementia? And the communities?
4. Do you feel that Ghent is a dementia-friendly environment?

Transcripción de la entrevista

Elisa: Thank you...

Jakob: No problem. We can also go back to the office where you can have also some more papers, infos or materials maybe...

Elisa: That would be nice.

Jakob: That is one example (...) this is one of our products, the *walk-in dementia meeting place*. Let me show you first from a structural point of view, I think for you it's interesting to what I explained to you about we - as a department - function and what our role as a team is. And next, to that we have a big project and that is Dementia-friendly Ghent with some with 28 external partners. So I explained those two things that is more abstract and theoretical but I hope to come to the last, as a third aspect, some examples in the practical world.

Jakob: So I send you this... that is presentation made by someone of communication of our department to explain to foreign cities what we do. The department of elderly care exists, different services directly for average by residential care home homes or local service centres. I will explain that or assisting with housing, but we are a small team, also within the department, who focuses more on age-friendly cities stimulating internal partners. Other city departments to work more age-friendly and also stimulating external partners to work more age-friendly, so taking into account the needs of elder people. We are a new team, we've got other nine colleagues... 3 or 4 working on dementia and informal care. I work on dementia... (...) we are some smaller team members and then you have some other team members who work on the other domains of age-friendly cities, derived from the domains from the World Health Organization. So the flower with the aids leaves also a public space, but that's someone who started only a half a year working with us, so begins to get into connection to talk to other services, mainly focusing on new city developments. Because you have a very big city. For public space you cannot do everything, so we are focusing on what our plans for the next years and how can we be a part of that and express the needs of elderly people so then, they discuss... she has formed a vision nota and also group of which dementia friendly public space is apart. I advised her in that, that's a small piece but I noticed that we don't have a lot of literature or good practices in Belgium to fall back, there are some publications but that's mainly focused on residential care and how they should... and sometimes also the exterior... the surroundings of the residential care, so that's what we have. Not a lot more. So everything we know from public space is derived from that, something to work on in the future, I think. So she, what she does is, for example, she designs some walks around a neighbourhood with people, and they try to express what are the problems or what are the good things for seniors and also new developments. She discusses the plans with elder people in the neighbourhoods... but that's her starting point, but she only started for 6 or 8 months or something, so that is something in the beginning stage.

Other city services are starting to know us, but most of them not, all not... so, but it's probably the main to start to have some complements. Other domains of the World Health

Organization also, so inclusion and participation as someone who focuses on that, on bringing groups of elder people together to advise city council, or also in smaller projects you have some more... I don't know if you know that... don't know what English term is, soccer with walking...

(...)

... soccer like Real Madrid, that they design version in 2001, we walk but the game is the same. So elder people can walk still with a ball, and they try to score... So we, from neighbours we work together with the soccer team of Ghent to start from in the neighbourhood with elder people who start such a team. So that's what they are starting to do and, of course, it's not only... the goal is not to play soccer but to stimulate, getting out, movement, social interaction... when it rains it can be that they just have a discussion or we try to... for example, I work for also an informal care, so I can look with her if somehow we can tackle the discussion of informal care within that group, so I or someone else can join for one to one moment, for example and ask '*are you an informal carer?*' '*You know that there is this and that?*', '*How do you feel doing that?*'. So we try to make it more about social aspects and that's what she does... some... another colleagues focus on mobility and public transport, which is more difficult because that is not a city service, that is something that is organized to Flanders. It's delayed and in the end, the railway or the buses that have a link in the cities, of course we have contracts with them...

Elisa: They are metropolitan...

Jakob: Yes, so we have to... it's easy to get into contact with other city departments than in Ghent. So, for example, next Monday I have the first meeting with the lane, the organizer or of the bus network in Flanders to discuss the problem of people with dementia and them forgetting to you have for example a card every time you get on the bus you have to register, you're taking the bus if you do, not do that. You are not correct, and you can get fined. And sometimes happen that people with dementia get fines in the bus, they just forget it. We want them to use public transport, but we are giving points... so that's why we try to get into conversation with them. It's not that easy, they understand it, but they haven't... They are reluctant to make exceptions because if they have to make exceptions for people with dementia, maybe also for people with autism or other groups, and it could be not good for them because the central governments, they ask some targets off the lane and if they say '*oh, you don't have to register because this or that*', then they don't get their targets and so, they don't get their finances.

Elisa: Yes, but maybe... I don't know, a special card or ownership or... in Spain, for example, for old people they have like a special card and the...

Jakob: In Belgium works the same, so they want everyone to register because the registrations are needed to get the finances from the other governments. So if you have a special a card, you always... it would be the special card to have to register, because elderly don't get... they cannot use... we have 1,000 visitors a day. That's their problem... but so, we have first contact with them around problem with dementia, I will take the issues of my colleague that she has of elderly people, I will also discuss that with them. And now, we are looking, we are discussing that a problem of registration or tickets, but also we will try to look for maybe some sort of education for those making the controls. I don't know what to understand, you have bus police coming on the bus you can find maybe, if we can educate them to notice if someone has dementia and how to react on that, and maybe not send them to the fine administration. It can also help and they... the reason I do that because I call to them and they said that they had already done it I think for autism spectrum. So I thought '*why not... why can't we do it?*'. We have some people in network who can give those education, it could be free for you if the city of Ghent has enough return, it could maybe be free and maybe we will pay the education. But that there's a win-win. So that's the first discussion I'm having with them. So that all the different domains and different sort of things we do, and we try to do in our team within the department of Ghent, to support the needs for elder people and in the end, try to work on age-friendly cities. So there are other examples I'm sure I'm forgetting some, but that's the type of work we do. I don't know that the department for the elderly in the city of Ghent is our... the elections for the city were last year, so now the broad the plans for the next 5 or 6 years are written and that is our presentation of what we do for the next few years.

Some figures of our city... actually Ghent is more a young city, the population is aging, but less. So then, in the rest of Flanders. But still it's aging, we focus as Department of Government, that is our role. Our team signalling function, so every... you have one central advice council for elderly people, it's my colleague who organizes that, and from in some neighbourhoods, smaller councils... We organize public participation, we ask their opinion about plans of the city, we install testing panels, for example, I'm now starting to bring together some informal carers who want to advise professionals and city about what we should do for informal carers. So that is the group who has joined first time in November, next time is in March and we will discuss some topics that they want to discuss. And about that, we have one day in June in Belgium that in which the attention goes to informal carers. So we want to organize in the centre of the town, in the in the library and according to this to have... to help them get recognized, because informal carers is a lot of time not seen

even by them, even by people who do it, because their focus is on the people they care for, not on this... you have a big day for that and they will help.

That is the project I work on, I will explain to you... it's cooperation between various organizations. 28 organizations. Some focus on the walking dementia house, also working in cooperation with the police... Previously they had that, it was before I was here, which they had developed a form you can fill in, if someone gets lost. If you have the form it's easier to find them and we have a movie about that, it's on our Facebook page also, which is already used and will help. It has helped in a lot of situations but mainly in residential care, because in Flanders, I don't know in the rest of Belgium, but in Flanders 70% of people with dementia live at home, which is a good thing.

Elisa: How much?

Jakob: 70%

Elisa: Okay.

Jakob: So from general estimation, we have around 4,700 people with dementia in Ghent. Of course that will rise with the aging population to more than 5,000 since now to a couple of years from now, most of them live at home, which is good because it's probably the best place for them. Certainly, in the beginning phase... but puts a lot of stress on informal care and it's not always so easy, because everything needs to be organized at home and we see that these forms are not used in the home situation. Informal carers are very reluctant to fill it in, because I have a lot of discussions and we actually don't really know why, but some people say is that it is, because they don't want to think about later they live now and they don't want to think about situation that will be worse than now. Maybe now it's not so necessary, but now... it will be useful to think.

About another situation and they don't want to do it. So on the other hand it also asks some that you accept that you have dementia and you can feel that, which is some sometimes a problem. So we have we also spread information to the website or to and that was another project from a colleague a dementia suitcase in all libraries so I think 4 or 5 libraries have a suitcase which you can take with you and in a suitcase for all sorts of information about dementia and also some books, also fiction about dementia... so if you take that with you, you have a lot of information, also from movies or...

Last year, 2019 it gave some finances to the development of an escape room around the dementia. It's very interesting, I played it, so it's like you have to... I will, I will...

Elisa: It was already an escape room or that was adapted there was a new one?

Jakob: A senior one.

Elisa: Interesting.

Jakob: So I will thank you the information about the escape room so it's a cooperation between some people who have an escape room in Ghent and the Expertise Centre, so maybe you have already picked up that Flanders has several Expertise Centres on Dementia. If you can ask for help concerning dementia, they are the experts. Well, the agency in Ghent work together with the escape room builders, because they believe, they are socially engaged, they believe that playing is one of the best ways to learn and why would we always have lessons or lectures? It's not a natural way of learning for most of us. Playing is more a natural way or another option, at least it should be an option, so they want to examine if it would be possible to learn people, not only focus on a nice time that's also the goal of the escape room was, on the one hand, it should be something that is fun and in the other hand, they wanted to explore if it would be possible to learn people some things about society and they chose dementia. They started working on it I think May last year, they got together with... they sent out an invite in their network and there was a lot of response, for not only for... from dementia services and from residential homes, who said *'oh, it's fun I want to help'*. But also people within the network of building escape rooms, they also said *'oh, you want to happen'*. They went together 40 people, and they developed this game. (...) That was the article in the national news, this is how it looks, so that is a screen, you see here something you have to push and then the escape rooms. It's not a traditional escape room in which you are locked. It's not that, it's also movable, so you can put all that in a trunk of the car, of course you need 1 hour to pull it up, you need some guidance throughout the game in order to learn something. But you can move it in a car, so we have... I will explain it later. So the escape room starts here as an older lady with dementia who is stuck inside the house and you get a call from her and she's totally in panic and you need to help her get out of the house and there are some 10 puzzles... and the puzzles have all something to do with dementia, so here you have some flowers and they have a scent, and with the scent you can solve the puzzle. In the game you don't think about it, but if you talk about it afterwards, you learn or they explain that scent is something that people remind at the longest, it's something from their youth. Certainly, the sense that they have on their youth, that way you can explain something about dementia and every puzzle... there's also a medication... box with pills, and you have to find the codes, some codes to get the key, but it's very difficult they say "Monday, you have this Tuesday"... and you don't understand you have to solve this puzzle. Of course, they explain after, it is some a feeling that a lot of people with dementia also have, so if you want to explain what medication someone needs to have it needs to be very very simple because they are lost.

It's difficult so every puzzle has something to do with dementia but it's essential that you have first the game, and the game is 1 hour, you have 1 hour to solve it. And after the hour, you can talk about, what experiences do you recognize something therefore you already know about dementia, and then you can discuss some puzzles in that way through discussing the game off, which you learn about dementia, it's not only the game in itself, but also the discussion of it is important. So you can play and then you... because you play and you want solve it, so you don't think about '*oh what can I learn? so, you have to...*'.

Elisa: Do you know more or less how much did it cost to build this and the...?

Jakob: They did all in their free time to in one version, and you can rent it for 50 euros. Maybe now so they have two games, one for professional players, so it's a little bit more difficult and it's a longer game, you can use it for education in residential careers or something and they have a little bit easier version which I don't have, which I haven't played, for general civilians that you can use in when you organize an event for example.

Elisa: Yes, it's interesting because I think it is a way to rise awareness also in both sides, I mean, not only a professional but also the citizens and...

Jakob: But it's not at all commercial, it's only one version they all made it themselves, so it's not produced by a factory or something. Everything has been done in one time. It's very nice nice nice project and we so the Flemish Government gave a little bit of money and we also, the city of Ghent, gave a little bit of money. And we also of course, the Department of Elderly Care, we try to use and use this game for our professionals or we want to use it in events that we organize. So there are some examples, okay, that's the department of education who does the orientation for everyone who has a question about nursing homes. (...) The city of Ghent has 5 nursing homes, but there are some commercial or private nursing homes, we also spread the information for the other economical... we have some financial support for people with less... that's the house department, that's for the...

Elisa: I saw the information, but just this. I didn't look for more.

Jakob: Okay this picture is also a pilot from the colleague of mine to make, do you know the tiny houses?

Elisa: Which one?

Jakob: Tiny houses? It is a bit the same but tiny care houses, so they bought it and it's a container who is accessible for people with care that you can put next to a house, where the informal carer can live or the people with needs. And it's actually also a pilot because it's not easy to introduce it, some legislation needs to be changed to be that it would be

possible, but by doing this, we want to test what are the restraints, what are the problems and can we motivate maybe other stakeholders to change legislation to make it possible. So, now they have... now there is a place next to nursing home and people can now visit it and use it there and stay one night to see how it is. And maybe the next phase is that they find someone who wants to put it in his backyard and once they use it and they will start the procedure with the city to help to make it possible. And the pressure that they make it possible. I think we have another housing maybe a little bit our housing culture in Belgium than in Spain. Because here not a lot of people live in apartments, most people live in houses. When they get older the house is too big and not adapted to their needs, but people want to stay there. So that is the problem we have in Ghent with some people who live in houses that are not adapted and are a little bit too big for what they need and other people cannot find a house, bigger house that they need, maybe in Spain there has more and attitude of living in apartments, I don't know.

Elisa: Sometimes apartment is also bigger than you need, and also there's a lot of energy poverty, so people can't afford to heat their house during the winter, for example, or to limit it during the summer, so you have problems also with the climate change and the extremely hot conditions, so we are facing the... mainly maybe more in the cities apartments, but the problem is normally the same. Older people live alone, and they have a lot of space, their pension is not that much to cover the house, so what you can do with this, not to go to the residence... they're also working on that...

Jakob: Okay, so this... part of our department tried to focus on housing for elderly people and that is just only one project, of course. Also financial support to live in nursing homes... we have some service flats, flats with extra service for people with needs (...). 5 residential nursing homes, this is the living space, I don't know too much about this, but they have a project for communal living with elder people that they will try...

Elisa: But one, in one building?

Jakob: Yes, it's also a pilot. 9 flats, and the mobile care home, so this is the container where you can sleep, with shower, the kitchen and the living space, and then we have 11 local service centres, eleven service centres that are places where all the people can find information and advice, some care services and there are recreation and training facilities and they try to collaborate with other partners in the neighbourhood. So they also try to visit elder people in the neighbourhood and ask '*do you want to come to the service centre?*' We have some activities, some in every neighbourhood it can be different, it can be... some people who want to paint together or you can have also a meal there, every time (...) it's mainly to assist people, elder people to stay to live at home as long as possible. There they

can find extra social network or activities for training. All the services you have in that service centre, they also organize activities, they created educational activities and we reach over 10.000 visitors a year and also a lot of volunteers who want to help in the service centre. So that is the department of elderly care, for dementia-friendly Ghent, I have two paper forms that I maybe send you both, but the first one is in English that it's already from a couple of months ago and it's not the best one, but it's in English. And the other one, so I'm... we have in... since 2016 we have 28 partners who have signed a commitment statement to work on dementia-friendly city. So I try to define what *dementia-friendly community* is because, it's studying all in the whole of the world, they're starting these projects or movement, so it actually... we define it as a movement, something that is happening in society, where people strive for communities where people with dementia and their loved ones can fully participate and full respect. Then the institution and in the city of Ghent it's more a network, it's the most... if we have installed an organized network of organizations, we want to promote this movement, so you have this movement in society, and a network of organizations so I have to promote this movement. So there are two things about this movement.

(...)

Jakob: So there are...the four hospitals in Ghent are joining us, the police, the Expertise Centre I told you about, informal care organizations in... we have 6 informal care organizations that represent informal carers. Alzheimer's, ADI, who represent people with dementia. In Ghent we have a strong cooperation with them. Also health insurance organizations from schools who have nurses, for example, want to help us, home care organizations who organize care at home, also nurses or people who do little tasks in the house, you know, dishes or clean elder people. So from residential care organizations, pharmacists and doctors, but mainly, not pharmacists and doctors themselves, but the organizations who represent them, who combine them.

Elisa: Yes, like a college or something, I don't know if it is... in Spain we have like schools of doctors, or school of lawyers, or architects... so it's like an institution that works in every space...

Jakob: Every doctor can be a member of these organizations.

Elisa: Yes, it's the same.

Jakob: But they are all represented through these organizations in this, and they give all the information to all they know and all the functions (...). So there is an organization, the main structure, so you have a movement and then the network which is organized in a project

group, some colleagues of everybody going together 3 or 4 times in a year and talking about this, for example, I discussed last... in December I discussed the problem I talked to you about the buses, I discussed that with them, so they can't say in Ghent to opinion or what we should do about it or we can do about it, and in the action teams, this afternoon I had one action team who will organize several activities during the World Alzheimer's Day in several neighbourhoods and our goal or our team for this year and probably next year is Dementia-friendly neighbourhoods.

So we want to motivate partners to organize something with people with dementia and carers and with a neighbourhood partner that is also open for people in the neighbourhood, maybe not for everybody or a specific group, can be a small action but that is open for everybody. Also open for neighbourhood people who live in the neighbourhood and with people with dementia involved following the principles of the dementia-friendly, that we have to include them in society. But it can be last year there was one organization who... in Spain, you have the Christian processions that they... something like that, but not serious or something people of dementia and people of the neighbourhood walking, making a little walk and asking for attention and positive inclusion of people with dementia with music and anything in some sort of fair, where all they would come together and have cupcakes... and something like this. And the schools also help them a little. Kids from the schools help organize it and to the organization the kids in school also learn something about dementia and the people with dementia get into contact with the younger people so that's a very beautiful example of this sort of activities, but it was only one neighbourhood, so this year we want at least to have four or five neighbourhoods doing something, maybe often more...

Elisa: Little by little.

Jakob: And that is our department or our little team who wants to... so this promotes the movement and we try to stimulate the network, doing something. So we do all the organization, or stimulation or organize brainstorming to find new actions or the action teams that this afternoon we try to organize everything. So they do it that's the role of the city government performance inspires the team, cooperation and supporting dementia-friendly initiatives because it can be that in in the city they can have dementia-friendly initiative, that is parted, not from the city not from one of the partners, but just someone who wants to do it. So we want to recognize it, and help it to be to have more impact.

That was the network also towards the citizens, people with dementia have, we can say... (...) it's not really walking dementia home from which you may know from Holland, it has residential houses where people dementia a house in the city and people with dementia can go there and have some time in the cafe or do activities and be there or talk about

dementia, or not really the same... it's a place in one neighbourhood in Ghent wheros de e you can get... we are there every Thursday afternoon, and we give all sorts of information around dementia, we help you find the right services or we are just listen to what you want to say or if you want to say something we just listen. Every Thursday afternoon or you can reach us by phone and then we make an appointment with you and we do the same for you and every month we have one activity to bring for people with dementia and their carers... sometimes about administration, what you have to do or you can do, must do if you have dementia, because sometimes just a guidance tour around that is a program (...), so this is a program you learn in care in all services, legislation, for example, end of life, about medication, what use is medication when you have dementia... (...) then walking around (...) how is becoming actively older in your neighbourhoods, right? With the focus on people with dimensions you learn from things you can do, to the importance of moving and doing exercises and you learn some things that you can do, some movements you can usually do, is for people with dementia and their carers stimulating to be active.

And there is being, there is a project together with a department of sports in Ghent to do, they have these info moments in the local service centres that are open for elder people, but we asked if they could do it specifically for dementia, also in the walking dementia home for and we can write to our people you know to come to this place. And then some people from the hospital explain what you can do as a carer, to... what your role is as a carer in the hospital, or the first thing to do before or after you have been someone that has been in the hospital. In summer we have a walk in the park, specific for people with dementia and museum visits...

Elisa: Yes, adapted to the people... adapted to the people with dementia.

Jakob: So there are 3 or 4 guys who are giving explanation and adapting it to them. To work on dementia, of course, the local service centres be of them so also get some information about dementia and also in residential care homes, because also in that a lot of people with dementia are living in those residential care homes. And there are some other local initiatives. We have volunteer who has... XXX, have you heard from her?

Elisa: Yes, I think so.

Jakob: She's a recognized face because her husband had dementia for a long long time and they visited all sorts of symposia all around the world to tell their story and she also does a lot for people with dementia in Ghent and Brugge. (...) she did a lot of people with dementia, but her husband died last year, and now she's focusing on a buddy project so she works together with a school in Ghent that deliveries... they made students to start to

help the budget project. She links the students with people with young dementia, the people with young dementia are often physically still very well, so they need to go out even if by the circumstances, they need to live in residential care, it's not always the best option and they miss going out and doing things.

Elisa: For sure.

Jakob: She links the students with the people with young dementia and she is just starting but still a bit already up. She has this year 40 students and she wants to... in group in West Flanders, they have heads hunting, do you know that?

It's a very elaborated and very good practice (...) ... they have I think 100 buddies for people from dementia who do activities around West Flanders with people with dementia and the have made a theatre piece.

Elisa: What?

Jakob: A theatre piece.

Elisa: Okay.

Jakob: By people... made the people with dementia. So that is a very good practice (...) She also started one of the 2 dementia choirs, you have seen the program, English program, dementia choir? It's a little bit like that, but not that so, it's a little bit lower level, but they are still only started for one year and brings together people with dementia to sing together. The BBC had this program and also about family, can get you dementia support program for carers, cycle education sessions, parents can come together and get professional advice from someone of a hospital, doctor, or speaks every time to someone else or to explain what dementia is and what is your place and how you can communicate with them so you have them. There is one organization and you have a big fiesta in Ghent in the summer, around 23rd, and there is one organization who always organizes one or two activities for people with dementia and they can join the party. So that are some local initiatives that we try to strengthen.

Elisa: When did you start to work on this? In all these projects?

Jakob: November 2018, but all... so those projects are not of me.

Elisa: No but I mean, these age-friendly and dementia-friendly started in 2018?

Jakob: Yes, but some dementia-friendly started in 2016. Still before the city decided to work on age-friendly, then they started in the beginning of 2018, my the team... I worked started with only my boss and then she added team members from 2018. And they decided to put

the team that was already working on dementia friendly again into this team of age friendly, so there was a sub-team working on a dementia-friendly and a bigger team working on age-friendly.

Elisa: Yes, it's impressive, it's really impressive... very creative and different, dynamic...

Jakob: I like it, but I only work here for one year. But I like it, but still I think there's a lot, a lot to do...

Elisa: Always.

Jakob: Because -off the record- Ghent is traditionally very focused on child-friendly, which is good but it's a very strong policy in Ghent. And age-friendly is less, but we try to make it the same, but now we have more... from the city point of view more focussed on child, but it can be...

Elisa: Of course, because your parents are going to be older and you and yourself.

Jakob: And some needs are the same and we also have one very interesting colleague working on intergenerational activities, so one of the workers is super creative to work out projects with different generations and also with museums and artists and creative people, so she is our link to that part of society. Okay, I could tell you more but...

Elisa: That's okay, you have to leave, so do not worry. It has been very interesting and very impressive, because I think you have many new activities that are appearing, it's very inspiring, really.

(...)

Jakob: It is a working process and there has been some problems about what is dementia-friendly city, what is the position of the city. It's not always easy with the position of the city, what do we have to do, what is the position of the networks or the projects... so I try to make this clear, so that is what I presented to you and I presented in this group, but it still needs to be approved (...). So we discussed that and they gave me some feedback on the presentation. Then we have action teams, we talked about that, what they wanted to do... You have a very nice documentary, 'Mother', do you know it? Maybe I will send you the link... maybe I would think you will not be able to see it, it's a new production. It's very interesting let's send you the contacts of the one who distributes it. But they always distribute it with also a panel, the discussion afterwards (...) it's some family, the mother has dementia, I think in Austria or Switzerland, it's made by a Belgian director and they tell the story about them not being able to take care of her and they try they find something in Thailand, where there's a nursing home and there's 24 hours a day 7 hours 7 days a week.

There's someone looking after, your loved one, but then you have to leave your loved one there and then they go back and this process, the documentaries about this process, there's a lot of discussion. Is this good, this is not good, what's this escape room about, our situation... We can say about care so you have a lot of discussions, but I thought it was very... if you see the documentary with the discussions is very interesting, but if you see it without discussing it is sometimes confusing. But it is very interesting, so we will talk about that in some other buses I told you and they shared some information they wanted to watch activities and wanted to do...

Elisa: Great I think it's a very complete overview about all the projects and if I have or if I forget something right now, I will contact you to reach all the information but I think I can go from Ghent with a very nice resume of what you are doing here, it's very interesting.

Jakob: You can always keep me informed about your research. It's very interesting for me too, if you pick up something. Very interesting.

(...)

2.5. Karen Lambrechts, residencia de 'pequeña escala', Huis Perrekes (Osterloo)

Cargo: Trabajadora de *Huis Perrekes*, Osterloo (Geel)

Fecha de la entrevista: 09/02/2020 Duración: 84 minutos.

Preguntas de la entrevista e información a recolectar

1. Which kind of institution leads Huis Perrekes?
2. How many people live in the community? How many people visit regularly the community? Level of dementia and dependency?
3. The average number of years a person spends the life at community? Average cost of services and rent for a person?
4. How many people not diagnosed with dementia visits and join community? Which profile? Which kind of activities do they join?
5. What are the typologies of housing offered? How are they managed?
6. What are the institutions that support and collaborate with Huis Perrekes? How many volunteers participate normally? Which kind of activities are organized? Kind of activities: do they need an adapted/specific space?
7. Sensorial activities and design? Is design conceived from the dementia-friendly guidelines? Are parameters related with accessibility that have been considered?
8. What about the gardens, their design and proximity of green areas?
9. Is there a Urban Master Plan? Is there any special consideration about housing/public spaces/transportation/design guidelines?

10. According to your opinion, which is the best thing that Huis Perrekes and Osterloo community offer as dementia-friendly community? What is in your opinion the most important thing for inclusion of people with dementia in your community?
11. How can design be adapted to create more inclusive environments both indoor and outdoor from your experience?

Transcripción de la entrevista

Karen: So this is a non-profit organization, so it's not... so there is no bigger institution than just Huis Perrekes and we don't belong to a bigger group or anything, and we don't belong to a special... well in Belgium is organized in the Catholic, the social... so the... how do you call it... it's... there are for example a lot of Catholic homes which are grouped, but we are pluralistic, so we really choose not to belong to a certain... ethic group. We are just Huis Perrekes, I mean we have a lot of colours, green, yellow, red... and it's a non-profit organization... and as you read it exists now for 33 years. We have about 50 residents, people who live here and then... 10 people who can be here for a short stage and 10 places for day care... in those 10 places there are more... for more people with dementia, some people come 3 times a week, once a week, 5 times a week ... So it's rather a small organization.

And what do you mean how many people visit regularly in the community?

Elisa: Yes, so, if you... so one of the questions was if you have activities for example with schools or with the workshops, so a part of the residents that live here normally... more or less how many people visits...

Karen: Well, for example, the daycare is part of that story... every day some people will come just during the day and then, the other activities I will talk about, explain you how it works. People who can live here... all the people that live here or stay here for short stay or that we know the whole continuum of the possibilities they all have after a diagnosis dementia, but in those... in this group, it's very heterogeneous so there is a very big mix of types of dementia stadia, of dementia stages, so it's not only for older people with dementia, but also for young people with dementia. It's a mix... we don't have a separate group, because we think every person with dementia needs a care and a... in the most... which it's individually adapted and it's... so, we think about it no matter the age. So... every house, in every house there live about 15 or 16 people with dementia and every group is heterogeneous. It's not that people have to move from the house when they... when they develop further in their process and that is really... it's a choice to do it's like this, because then people can manage... mean more for each other than if groups which are conformed, the stage of dementia and now when you have people in the first stage of dementia together

with the other stages, then they can help the other by means of, for example, giving coffee or helping to get up from the sofa or all these things. And the people who are already further in their process, they can, for example, be... they give... they can give often a lot of confidence *'it's okay', 'you can stay with me'*. And instead of the first stage of dementia where people feel threatened, they are... they need someone next to them who says *'it's okay'*. And people in the further stages, they're more relaxing their confusion, so there is a lot of giving and taking between people who live together. So that's why it's a very heterogeneous group and people who come to live here can stay until they die. So we care the whole way.

Elisa: And they can choose where they want to live in the residence? Or normally is...

Karen: We choose for them. Because we have a policy in which there is no... there is a waiting list for people who are at home, and they ask for their mother or partner to live here...

Elisa: How long does it take?

Karen: That's what I want to tell you... it's not a list which is you're number 1, number 2, number 3... in a report. We look at *'okay, here this is the house, there is a place, yes, someone died... we can offer a place'*. But then we have to look *'okay, who lives in this group and who fits in this group'*. Who fits in it to keep the heterogeneity, for example, a group which is very autonomous and we can... we can offer a place for someone who is already in a further stage and needs more care, because of the heterogeneity in a group where there is a lot of regression and there is a lot... there is a big need of care, then we have to keep the heterogeneity we have to offer a place to someone who is in the earlier stages of dementia and that is. And we take into account how the home situation is, because someone in an early stage who lives alone at home it can be crisis, but also someone else in a later stage who lives with a partner who has... who is not capable anymore to care at home. And it's also crisis situation that we take into account, we count all the aspects the people who have really an urgent question and what is the possibility of the group, and the personalities. We also look *'okay, this is the personality which we think it's good in this group'* and a lot of people on the waiting list we know already a long time because we offer the... we follow them, often already from a long time before, they come to live here so it's a continuum. What... which we offer it's not only the daycare, the short care and the living in the houses but we would like to know the people from diagnosis until the end. And the part at home it's now... it's a project, so it's not a way of financing it, which is very long term because the laws are not made yet for the long term, following in at home but it's it's project financing, if you receive to do that. And then, we, in the early parts, where people still live

at home we bring in the expertise from Huis Perrekes to the... some of this, we can integrate to the Huis Perrekes or other residents. It's not someone... there are people who live in the other home, then Huis Perrekes we can orientate to the other possibilities and that's how it works.

Elisa: Okay... and do normally people that come here they are from here or they are all over in Belgium or normally...

Karen: It's a circle around here. But also so for the people who we follow at home, it is more let's say a circle of about 20 kilometers around, but some people go further away. For example in Antwerp and then, we can follow and bring expertise but we cannot visit them all the time. And then we talked about it, that's for the living some people come from further away and people who come from Antwerp, from Brussels, from Louvain, from... because it's such a specific concept that it attracts conscious people in and people who are really looking for a specific way of living for their parents or partners. And that is for the residents, but also for the people who work here so they are not only from here. People from... sometimes are from further away to work here because it's such a specific way of working.

Elisa: yes... and can people that live here, live in couple if they are only... if they are both diagnosed?

Karen: They have both a diagram yes, but we have not a lot of couple rooms for couples. And sometimes it's also already happened that's a partner who is... who has no dementia, comes with the person with dementia, but as the rooms for that are very scarce.

Elisa: Yes, you have only a couple of them.

Karen: But we have also two assistants' rooms, how do you call it? Apartments where we can be more creative in who can live there, so you know the buildings with all the apartments assistant living. Or what do you call it? It's with a system that you can call someone for example...

Elisa: Yes, assisted living or something...

Karen: So we have two apartments and there... that's for example especially for a couple where someone has dementia and the other that's not... or someone in an early stage of dementia who is still very autonomous.

Elisa: Do you receive any funding from the State or is all private, or how it is...

Karen: The way it's organized in Belgium is that part of the cost is paid by the community and part by the residents or the family and the part from the community depends on the

average need of care, which is based on scales we have to fill in and then they see. A lot of people who need so much care and then they make an average, and then so... it's a propose, because the higher the care, the need of care, the higher the more the community plays. So as at home you have benefits from not supporting the autonomy of residents...

Elisa: Yes, I guess, but you are...

Karen: Because then they regress and they have a higher care level, so you receive more money from community.

Elisa: Yes, like you need like high profiles of cares like psychologists or...

Karen: No.

Elisa: I mean, like...

Karen: That's what we need, high profiles from... but, the problem is that if, for example, if you... if you support the physical activity and walking and participating in daily life, so that people keep as long as possible the most autonomic as possible, then you would get less...

Elisa: Because it's supposed that...

Karen: You need a lot of energy and know-how to support all these functions so it's contradictory and a lot of... there are a lot of homes, where they don't do not support all these things and they do not say '*okay, let's walk to the toilet*', nobody say '*here you can sit in the wheelchair*' and they roll to the toilet, for example, or wherever outside, because it's faster, but very fast people cannot walk anymore, but then, they have a higher level in this scale, which makes that the organization gets more money and we are very combative in this way of looking at it, because it's not respectful, and not... a bad quality of life. The specific costs you can find them on the website. There is an English part on the website you found it.

I see you ask for the average number of years a person spent at Huis Perrekes, it's really changing. A couple of years ago people lived here for some... sometimes for years, but as the care at home, people stay longer and longer at home, so they come for a smaller part of their life to Huis Perrekes. So the average remains a lot.

Elisa: Sorry, why is this? Because it's easier to be at home?

Karen: Yes, I mean... staying as long as possible at home, it's something that people want, but also, that's for the community. It costs less when people stay at home than if they're institutionalized. So they come, so the governance wants and that's why for example... to help people stay as long as possible, at home as long as possible. Because we put in all

the expertise and we give them education to the family education, to the cares around... we have all those things that are... We have also the in-between ideas like people come during the day, but they still live at home. They come for a short stay and this, all these opportunities make it possible that people stay at home so the living Huis Perrekes is shortness. That's most of the people we know already for a long time... people who come here every day and and *'oh it's not possible'*. So there is a part of... I have the idea that a part of the group is a part which stays longer than a year, 2 years or more. And there is a part of the group which changes fast, so there are some people who come home, for a couple of months or a couple of weeks or even a couple of days so that's really changing and that's...

(...) No, I'm thinking about... it's yeah, that's new for us and for it's not that we don't have the expertise, but it's very intense. If there are a lot of people who come here, stay here short to die. It's a very intense tragedy also with the families so all the things that we do with the family. Normally during years, we have to put it into a couple of weeks to do it as good as we always did it. So it takes a lot of... you know? It asks a lot of energy, I think it's a worthwhile progress and it's still possible to keep all the heterogeneity because there are still people who live at home in an early stage of dementia and they're alone and the children living ... I don't know ... then it's difficult to keep as long as possible at home...

Then it's... then you have... so the moment that someone needs to move to a home, is not a kind of a stage of dementia but of the social context: *'is there a husband or a partner alive who can compensate? who can care? are there children? are there...?'*

That's all this. This picture makes if someone needs to move... it takes a big team at home and there is... it's very difficult to care for a person with dementia alone, it takes a big big team and that's where the community comes. Because also people stay at home, you need all the carers, but you need also buddies. You need for example a neighbor, who comes along that means, this is the integration already, and there are people who live at home.

And it takes a whole team... one person is, for example, there is still a partner and it's not possible often, not possible to take care of a person with dementia alone, because that's 24 hours, 24 hours, maybe during the night I always have to be alert and that makes it very difficult to do it, if you would be alone, you need a whole community.

Elisa: Yes, because you also have to care about yourself and how much care you can give and then...

Karen: And it's not only about care, it's also about living, it's not...

Elisa: The quality of living.

Karen: And it's not because a person with dementia loses a lot of possibilities, that they don't like to participate and go to the movies and go to whatever, but to realize that it takes community...

Elisa: Yes. Is there any equipment around this area or a social other activities like...?

Karen: So, well, we try to reach out by doing things that we do in the Huis Perrekes like the choir, the... all things that we do with textiles, but also in the popular that grows, there... we organize readings or reorganize expositions, a lot of things where we invite families and people from the neighborhoods and that's also why the garden is open, the gate is always unlocked, not during the night. So people who work or walk or bike in the neighborhood, they can come in and they walk here and take a rest. The toilets of the building there are also always open, so people always can... or we for example in summer, we had a freezer in the garden house, with the glasses and then we had... we put a board outside you can buy glaces here and then people could walk by come in take a glace...

(...)

Karen: something else and then they could take ice cream and put two years and that gives interactions so we and we work together with the school the children from the school they come to sing with us and there are a couple of residents who go there to read with the children from the first year or the children come here and do something with us... we are always looking for such interactions... there is also a group of organizations here in the village who are grouped and it's... it's called [*Nombre en holandés*]... So everything is in Deutsch, but the thing is that in Osterloo we have Huis Perrekes, but we have also [*Nombre en holandés*] and organizations for childrens and adults with mental. How do you call it?

Elisa: Impairment?

Karen: Impairments, yes... and that also a big organization in Osterloo and together with organizations who are... who care for the nature and farmers in the neighborhood, there are a lot of projects together for example there is a big...

Elisa: Greenhouse yes

Karen: Yes and... for example there are tomatoes, they grow tomatoes there, but it's a project from all these organizations together ... and they're they organize once a year in summer a market here for all local things and then we make some drinks here in Huis Perrekes or come to... and the farmer can "have sent us" and... all the organizations and

one of the green spaces in the in the village there is a market and it brings also people together and sing different concerts, and in summer we have a summer camp for our children. So the children from the people who work here can come during five weeks... all summer for a camp.

Elisa: Oh, really?

Karen: They play together under the children but there are also a lot of things which are integrated ... in the morning we say: *'okay who wants to go and help cooking in the villa?'*. And there are two or three children in each house into the groups of residents to help cooking or playing games or... and it stimulates the interaction, for example, also during the year when there is no such summer camp, for example when I have to come once in the weekends then they say: *"oh can I come with you?"* and then they for example study here and then a resident says: *"oh can I help you?"*. I will say the words and you have to know... and there isn't ... they learn a lot from each other... there is also an initiative now and it is called [*Nombre en holandés*] it's an initiative from villagers, they want to bring one little book in one folder which happens in the village, but they also want to integrate all these things, so also the activities here in Huis Perrekes are... they... what they want to reach is that people care for each other in the village themselves and to bring people together and they stimulate it by for example bringing all the activities together in one paper, which is posted in every... at every house so everyone knows what is happening so everybody can go to the to the party in school and everybody knows: *"oh okay there's this from this organization"*, *"oh this is maybe also interesting for our organization"* and... there are for example, this is the website of... and if we have something that we are... that somebody again in the planning, then we make cards and then we say *"okay this is what we do and how you can make sometimes you can come free for free or sometimes you have to say okay, I'm coming and count on me"*. And this is for example at the day of the architecture we had also we were also one of talks during the day of the architecture that could be Huis Perrekes could be visited and there was a whole program, music, performances and art and a lot of things and that this us something we spread through our website but also our content in the mailing or posts gets such a card, for example. And this is from a book which was presented by a writer and the book was about autonomy and dying and so we try to use the building and the garden to bring people together. So at Huis Perrekes we do a lot of things ... we reach out to simulate the integrating but there are also a lot of local organizations which have the same aim and which we work together... and... this is... when (...) there is an things I study which is made by an architect who to work for the... I cannot give it to you, but I can show it.

So worked out okay, if we build something for people with dementia what do we need? What do we need and what do we need in this place? So they made this study. What does it take and it describes... for you it's interesting, I think it described okay, what is the illness dementia and how can we handle with dementia or what is interesting what do people dementia need ... and how is it for the architecture what means it for the architecture and for the house and for the garden and so this was a concept study which was made because we wanted to have an extra house before the village came, so in the past we had only three houses.

Elisa: The one there are in the other part of the street.

Karen: There and this was not already existing and there was the idea okay we will build an extra house or whatever and it is it was organized as a... how do you call it? [*Nombre en holandés*] so if the government says '*okay you have to choose between a couple of architects who make a proposal and you have to take the best the one which fits the best how you want it but also it's the best in price*'. That's how it's organized and this is for the manual, for the architect, this is the manual all the architects became to develop a building in a vision and an organization in Osterloo and 5 teams ... architect teams made a proposal and so one of them came out and realized this.

Elisa: Yes... so this... who has developed this study?

Karen: It was developed by [*nombre holandés*] and a couple of artists together with the director of Huis Perrekes and maybe what would be interested may be the literature. But I think a lot of them the literature is in Dutch but it...

Elisa: It doesn't matter I... I can translate. Okay, so you have like the typologies.

Karen: And how you... "xxx"

Elisa: Oh it makes sense...

Karen: So it was a big big one to make it ... and how the garden can be interpreted and then this was a technical... and the situation now, this is a view from Osterloo and they wanted to keep open spaces and get them into contact, so... for... a social study which is really for a year in a Huis Perrekes in Osterloo. You cannot really translate it, but some of the things also the contacts, the context, the community and the Belgium how the... it was... there is also the whole vision, how we work everything that's on the website, for example. It was also in this study, because that made it more easy for architects to know '*okay, what do they want... what do they expect*' and the architects who designed, well... they this is an

existing building and they did a renovation of this... that's... but before they started today, they came to live here for some days to just view what do they need.

Elisa: So, Huis Perrekes is the owner of all these buildings? Is the property or it's like a rental?

Karen: Huis Perrekes, and then the master plan, so these are the base, the open spaces, the old... the... where you can walk and the green parks, how you can integrate children and animals and the garden and people in wheelchair... They need for example... these are the gardens and the idea, first was not, this house but the green space we have next to the other houses. And then, suddenly this house came for sale and everything changed. But the idea was, *'we made it hard before, the years we met here and then, okay we built new houses here, and we integrate animals and play gardens, so to facilitate all the interactions through the architecture and the urban planning'*. I don't know what it is called... other examples... but as you see they made a big big effort, it took some...

Elisa: Amazing.

Karen: Amazing times... but it was really worth it. And they worked also with the teams. 'Okay, what do you think that is needed to build a new house? And how do you fix this together and what is important and how is the relation between the different functions in the house?'

Elisa: And this team of architects already knew about the, for example, these guidelines of dementia-friendly environments or the contrast and the lightning and you know? These...

Karen: Well, they have come the Huis Perrekes already. The first... the architects who developed the concept study are different than the architects who built the house... and they read about it, they lived here for some days and they knew it already longer and they, of course they knew... they liked the guidelines, but these guidelines were also made by Huis Perrekes. So in 2003 for the first time together with the university of Louvain they made the whole publication "Walk out" so so vintage... how small-scale normalized living has to be shaped for people with dementia. Of course, *can be shaped*.

(...)

Elisa: Yes, like recommendations.

Karen: And it's important that the organization in the village or in the open space is inviting, but that's also for everything that's in the house, but there is a lot of connection possible, you see here the living, here in the house, there is a lot of connection between the kitchen

and the living spaces and the... and outside the garden. You have an overview and you don't always have to control everything.

(...)

Karen: You have the possibility if you're working here to have the overview and to coordinate the day with the residents... and that's all the other houses are shaped by these principles, but there is a connection and then... it's inviting... also without words. You see what's happening, so you're invited to be curious and have a look and you're invited to see "*oh they are doing... this person is doing this alone I am going to help*". It stimulates the initiative that people the dementia can make and if you let people with dementia in a room alone, they don't take a lot of initiatives or they cannot... they take initiatives but they are not confident (...) there's other ways a result which is interesting for the person with dementia, but if we can help where it's needed. We can let them do wherever they can. It's a private room that we are always look for... makes up people enable and not always needs a lot of words... the architecture is very important. How it's organized and also very important is that things are what they are, and that they can be recognized. For example in the kitchen... the water... how do you call it?

Elisa: The sink? Where you...

Karen: The sink and then you... for the water...

Elisa: Yes, where the...

Karen: You know what I mean?

Elisa: Yes.

Karen: If everything is automatically and you have just to put your hand and then, there is an eye... which I mean, that's difficult for someone with dementia but if it's... if you can just use it, as you always use it, and you open it and there comes water and it closes and it stops running. What people with dementia need because not all people dementia are familiar with all the new...

Elisa: Technologies, yes.

Karen: Technologies for example... we have toilets, where you come in the light comes on automatically with a sensor ... but whoever that comes in is trying to look for the button to put it on and they don't want to leave because they still first to shut down the light and that's easy as a system, but not compatible for people, really dementia...

Elisa: Do you have any sensors at home? Like... to know where people are?

Karen: There are people who use it.

Elisa: Like a clock or something? Or in the room...

Karen: Do you mean like for mapping the person with dementia?

Elisa: Yes.

Karen: Here we don't use it, but the people who live at home, which we know... not a lot of them, but some people have such a sensor because it gives a lot of... more... it gives more confidence to the carers.

Elisa: Yes, but here you don't have anything like... for example in beds like... someone...

Karen: Sometimes, if it's... We have nothing *always*. We have a sensor sometimes, for some people, if we experience that it's a need, that we have to be there as they are getting up, I have to be in the neighborhood, because when I'm not, there is a risk of falling or they won't find a toilet by themselves, I have to show them... so we are there if... we did it. If there is the need, but not always... I'm thinking about... this is the project... where we start following at home you can have it also this in Dutsch...

Elisa: Thank you.

Karen: This is an example, this is not from us, but if you were asking what does the city of Geel offers for example... a museum in here which developed dementia-friendly...

Elisa: Guides...

Karen: Guides... the guides lived here a whole day. For example to look '*okay what can I do? What can I say? What can I not say?*'. And they are starting it an experience in it now and the guides from the city are also developing some walks through the city guided walks for the city especially... especially for people with dementia that's still in development.

Elisa: Okay, thank you and then, for how many... how many people are you trying to...?

Karen: It depends... between 20 and 50.

Elisa: It's a big number.

Karen: It's that's... almost as big as the houses, but some of those people you could say, it could be... can't doubled the people who we follow at home but also coming to the day here.

Elisa: Okay, yes it is. And these are the ones that you told me that they are all around Geel? It's not just the this community in the...?

Karen: Yes.

Elisa: And can people go out from their homes without company? or it depends on the person?

Karen: Depends on the person... So there is only the front door, which is... and people who come to visit us have to ring the bell, so the person who's working here has to open the door and can say something with just to be brief and we have a little briefing and this is the only way people get in and get out. So people that is working here always know who is in the house. And in here for example the garden is the small garden around the villa, it's closed but it's closed in a way that is not really...

Elisa: You have the feeling that it's...

Karen: It's difficult to open it, so if there is a way out, there is people want to go out... there is a way out, but there is also in the other houses the garden is more closed... but it's also if you... psychology, if there is a big wall you have the feeling that you are trapped, and you have to find a way out. But here you don't really have the feeling that you have to find the way out because...

Elisa: You're out, yes.

Karen: If it looks open, it doesn't look as not... it doesn't look as if you are not allowed to go out and break out, but of course we always have to be alert and... But and it depends on... for example... but maybe it's an idea that I just go around with you here in the house and one other house and in the meantime be... and you can ask all questions.

Elisa: Okay great. Can I take a picture of the book? The cover? So then I can try to find it? And can people choose the furniture and the design of the rooms?

Karen: A little bit yes. Not the bedroom... I will show you. So there is um... there is one TV in the whole house and it's not... we don't want it the whole day as babysitter, so it's just after evening meal at around 18:30 or if special things happen...

Elisa: Like a film or something...

Karen: This is the idea of this door, is that this is the day and that is the night. And the night part, and it's like at home, you don't live in your room either, so the rooms are for sleeping, not for being there during the day. That is in the living room and in the garden, all those places... and as you see, the rooms are not very big, we use the square meters for living and not... so this is not... the rooms are not meant to be there during the day or to receive the families who come visiting them no that's in the living room so the families are also... part of the community. But of course they have the possibility to decorate a little bit but not in not in behind other homes it's much bigger you can put a whole living from at home, but

is not possible here. The beds are also especially developed for Huis Perrekes, because they give... it gives a cocooning effect, as people with dementia, the world of people with dementia becomes smaller. That's also why people with dementia don't have need a big room, because it's not a holding environment, what is very important that's to create a holding environment and that's in the material environment. But also in the immaterial environment and so those... that people can get in, get out themselves but it gives a cocooning effect and some of the beds we developed, if we first had all only that it was like this, and then we developed it together with the architects that it can...

Elisa: Oh yeah, I saw the video, yes.

Karen: And it's a very easy mechanism and then you can and it actually it resembles... it stands for the whole vision of Huis Perrekes... you cannot do it like this... you have to be in connection with the person who is in it... uh... you have to look, to feel... and the whole holding comes out this beds... it's not a separate thing it fits into the whole picture.

Elisa: Can I take a picture of the room?

Karen: Yes, but I cannot give the... I cannot allow you to use it in a publication.

Elisa: No, no, just...

Karen: I will remember.

Elisa: I will do a sketch... do not worry.

Karen: So in the, in the... the toilets are just at home, not in the room. Not every room has their own bathroom, its integrated... so, there are different rooms and toilets in the... in here there is no shower, just a toilet and this is not a big bathroom.

(...)

Karen: There are some people used more personalized with them and here's music therapy... you also go upstairs...

Elisa: There are also rooms upstairs?

Karen: Yes, but that's... these are more, yes.

(...)

Karen: Those are not in official rooms. More for experimentation with me and we... so they are more flexible room... there's suddenly a crisis and there is no room, then we have crisis room ... they always forget it. I think they come here in the afternoon. And there is also a hotel room for guests for example, and they come to visit, but they come from... I don't know

in the country... or if for example someone is interested in... for example making a theatre thing and they want to go in and for a couple of weeks writing - writing and they want to ... even artists in residence, for example, we can host them. Or people with families from people who are dying for example, that they can stay in the neighbourhoods and they want to they can stay in the room, but sometimes they need a little bit more... rest. And there is an apartment where someone is living here... and there is a room here too... this is an apartment, a studio, where someone can...

Elisa: So beautiful.

Karen: (...) Maybe we can go to one of the houses.

Elisa: Do not worry, don't worry. I'm very happy to visit here, so... and for your time so thank you very much.

(...)

Elisa: How long have you been working here?

Karen: I think about 13 years, something like that. There are a lot of people who work here for years, forever. And there are also a lot of people... there is a lot of external because it's such a specific concept, which asks for so many competences. (...) The market in summer is here, then... Or for example the... what do you call it? The attractions in a village... How do you call it? In Spanish you would say...?

Elisa: Parque de atracciones or feria...

Karen: Yes, I think, yes. Then we offer also the green place that we have left in the concept study this was the place where the new houses would come.

Karen: But then suddenly...

Elisa: Yes , yes, yes... and usually people from that house and these ones exchange or visit each other because they have different activities?

Karen: Yes, this is daycare, but daycare can also be in the other houses, it depends on the person where it is in the group, and this is actually more...

Karen: So they have the workshops with the textiles or different things and they were from the different houses, over there to help bake the breads and the cookies, you were there? And it's also nice that there is a playground here.

Elisa: So it's... are there any other model like this in Belgium?

Karen: Well, there are a lot of groups who call themselves also *small living projects for people with dementia*, but the spirit is never said. And sometimes it's only the architecture and not the living... sometimes people think that it's '*oh la la la... that it's small-scale living, normalized living*' just because of the architecture, but if you don't live it in the houses, in every detail, that's needed then it's not the same, absolutely.

Elisa: Of course.

Karen: So this is one of the ours, which is specially developed for people with dementia... The villa is an existing house from a doc... from a doctor or an older doctor, in the past big and huge. And the problem there, it's beautiful, but it's a little bit... too big, too big, so the living room, you saw people were sitting there but that was...

Elisa: Too much space.

Karen: Too much space and here it is a more holding environment than the villa. So this is living parts and then there are rooms downstairs and upstairs, the green doors or the toilets. So you can say, if someone says '*I need to go to the toilet*' then you can say the green door and then they can do it themselves but if every door looks the same it's more difficult...

(...)

Karen: So as you see, it's smaller. There are a lot of... edges in the room so people can organize themselves. They, if they like to be in the group or not, or have overview or not, or they want to be with someone else or not... so they don't have to be in the whole group the whole time. Everything is done, everybody is downstairs, but they can look what fits best, fits the best to their personality and the interesting thing is also that you don't really need the wheelchairs and robotics, because people can take themselves everywhere, because of the environment and that everything is not too big, they can hold themselves also, really literally on the environment and if we have the need of a wheelchair we also always do the transfer of the chair or the sofa and then we put it away. Because if you look... if you see a lot of wheelchairs and all these things, then it's in the mind and there's more care, and if you see a lot of care, you get a lot of scared. It's a psychology process... everybody is like in its own place, always when you think about it but okay this is a good nice, first from personality... but also from externally, this person can help the other person... this person needs help, so you don't have to do it themselves... they manage to do something for each other. Sometimes there is a better year, sometimes it's not different if you need it, because if someone needs to sleep, it is allowed in the rooms. But people need the feeling that there is someone in the neighbourhood and then is the room far away and that's why we

organized it, that people can be here in the garden... This is a garden which is more closed, but the door to the garden is always open. People are always free to go in the garden and that gives also a feeling of freedom...

For example, if you live in third floor and you cannot go out, it's a pity, but here the garden is closed and here they cannot go out and we have a lot of pets and we are organized... and this is also something nice, people really like... it's your time... it's also a little bit, this is...

Elisa: Like the cradle... How many workers are in each in its house? Like the team that helps?

Karen: Well, there is one person which coordinates the day. During the week there is also... someone to clean during the day, there is one person for the group which coordinates the house, but it's... you could say that there's not one person for 15, they are 16. They work together and they cook together and they do the all things you have to do in a house. They do it together so for example, if the residents can help with the vegetables, as a person who work here, they have to coordinate it and they have to assemble it, so it becomes a nice meal. Or they have, for example towels, which are washed and dried and they have to be ironed, they have to be folded, then they have don't have to do it all themselves, but they have to look that it's done and sometimes it's enough to just put the laundry on the table and go away and the people see it '*oh, it has to be folded*'. But it's about... here also green doors, the toilets... like in the villa house...

Elisa: Yes ... so great.

Karen: Yeah, I think this is about everything that I can show you... and there is so much to tell you about I could tell.

Elisa: I guess, yes.

Karen: I could talk a day long... but I hope it gave you some impressions about how we see it here in Osterloo.

Elisa: Yes, no, it's a... it has been very interesting and... thank you very much.

Karen: I hope also you can get the whole picture and then to translate it to the situation in Spain, and it's difficult I think... variation.

Elisa: Yes, it's another culture, it's another organization and system of care, also with the private and public... it's a lot of difference between, so everything's public or everything is

private, but it's difficult to find like the medium term like non-profit organizations sometimes. So it's another context but I hope this serves as inspirational and...

Karen: It's very good that there are people like you who are interested in it and wants to look to find it out.

(...)

Elisa: And all these are houses also, no?

Person: Yes, this is also... these two are the same architecture and the same furniture...

Elisa: So if those 3 buildings the... that one?

Karen: That 2, and then that one of the villa.

Elisa: Yes, and then this is a decker...

Karen: So it's spread and we don't want the big big big thing Huis Perrekes, no it's not obvious because of the walls, but do you just want to be a normal house in a normal village in a normal city, and it's not normal because there are thousands of little things that we have to compensate for, but that... I have to be here... that makes it, if we would put in a big thing '*Huis Perrekes houses for people with dementia*'...

Elisa: Yes, you make a segregation out of the community somehow.

Karen: Yeah, so if you want to find the bakery.

Elisa: Yes, I know where it is. I've already been there. Thank you very much Karen for your time.

Karen: Nice to meet you, I wish you good luck.

Elisa: I will write to you if I publish some articles or whatever, I will share with you. Thank you very much. Bye.

Karen: Bye.

3. PAÍSES BAJOS

3.1. Eloy van Hal, De Hogeweyk (Weesp)

Cargo: Gerente y Consultor Senior de *Be The Care Concept* y socio fundador de *De Hogeweyk*.

Fecha de la entrevista: 17/01/2020 Duración: 166 minutos.

Acompañante: Catherine Butcher, directora de proyectos en el National Innovation Centre of Ageing (Newcastle).

Preguntas de la entrevista e información a recolectar

12. What are the other alternatives for dementia people in the Netherlands and how this idea was born? Why to create a close environment for older people with dementia?
13. How did this institution get funding? Private/Public/Consortium?
14. Do the persons there have possibilities to go outside the village?
15. How many people live in the community? How many people visit regularly the community? Level of dementia and dependency?
16. Do the carers live with the patients? Which profiles do you have to attend the residents?
17. The average number of years a person spends the life at this village?
18. Average cost of services and rent for a person: for the institution / for the person or families? Who normally pays: resident/families? Is there any State funding?
19. How much does it cost for a patient to be hosted at Hogeweyk? Are there different fees? Could you explain the main founding resources you have in this model?
20. Are people not diagnosed with dementia visiting and joining the village as day care residence or just long stay?
21. What are the institutions that support and collaborate with Hogeweyk? Schools/University/Other healthcare/...
22. What are the typologies of housing offered? How are they managed? Do the residents have opportunity to choose their own rooms?
23. Do you have volunteers? How many volunteers participate normally? Which kind of activities are organized? Kind of activities: do they need an adapted/specific space?
24. Is design of the indoor spaces conceived from the dementia-friendly guidelines? How? Which spaces work the best/do the residents prefer? Was there an opportunity for co-design of the spaces? How did people with Dementia and their families contribute their ideas?
25. Is design of the outdoor spaces conceived from the dementia-friendly guidelines? How? Which spaces work the best/do the residents prefer?
26. Are there different patterns on use of the outdoor spaces depending on the season?
27. Do you measure indoor/outdoor thermal comfort parameters? How do you think this affects to people with dementia? Thermal , lightning and wind comfort in design?
28. How the design was conceived? Was any consultation with groups of dementia patients?
29. Pavement and accessibility, benches, outdoor features?

30. Gardens: design and proximity of green areas. Selection of plants.
31. Stores and shops: what are the main attractors to take a walk for a person with dementia?
32. Proximity to other buildings in Weesp. What activities do residents engage and participate in? Sport/Leisure/Shopping...
33. What are the main common spaces and so, functions of the building?
34. How much do families visit residents and what is the average frequency of visits?
35. Urban Master Plan in Amsterdam? Is there any special consideration about housing/public spaces/transportation/design guidelines? Which kind of urban function was supposed to be in this area? Residential? Why the decision to be located in Weesp? Price?
36. According to your opinion, which is the best thing that Howegeyk Village offer to the residents?
37. Do you know any other study case like this one? There is one that is being developed in France... any other else?
38. Regarding the experience in Hogeweyk, what features in public space do you think are the most valuable for people with dementia? How can design be adapted to create more inclusive environments both indoor and outdoor from your experience?
39. How do you think learning and outcomes from this innovative project could offer new solutions for dementia residences in other contexts? Do you think this model can be replicated in all European countries?

Transcripción de la entrevista

[Llegada al centro y presentaciones]

Catherine: I manage a project called the Dementia Innovation Hub and that is as I've just said is kind of... to bring the research evidence together with the delivery of care and support in communities. So I manage a network of organizations who have an interest in dementia, but it's care providers, clinicians, cultural organizations, community organizations that provide domiciliary care, as well as researchers that are interested in dementia as well. So we are able to share the latest research developments, share good practice, get an understanding of what the challenges are for people living with dementia and their particularly their family carers. So, we've supported some small-scale initiatives like training courses for family carers through massive open online courses that you can do online, we've been working with the city council on making the city dementia-friendly and we've done something similar with the British transport police to try and make the rail networks a bit more dementia-friendly so that's kind of my background.

Eloy: Ok. And so, how are you related to each other?

Elisa: Well we have worked together for last year, because we are in an EIT Health program for a different projects. So from Madrid we are leading a couple of projects and Catherine is also leading a couple of them also from Newcastle University. So we have this partnership

already for different projects and that's I think is the main connection we have from Newcastle University and the Universidad Politécnica de Madrid. And at the same time, I'm doing the PhD research and I'm doing a stay of 3 months in Newcastle University, and my research focuses on dementia-friendly outdoor spaces and how to create inclusive environments and, of course, this is also something to deal with housing and residents and how to provide care in cities. In Spain we are still a little bit far away of having initiatives based on dementia-friendliness so I'm going to visit different study cases around The Netherlands and then Belgium, also in UK and after studying these study cases, compare them and see what possibilities could be adapted in the Spanish context.

Eloy: And where are you going to in the Netherlands?

Elisa: In The Netherlands, mainly this one. I would like to ask you (...) which is the system and which different types of residence and care do The Netherlands have to understand a little bit the context of the residential care and support.

Eloy: And in Belgium?

Elisa: In Belgium I will go to Huis Perrekes in a small town near Antwerp. I think it's quite new and then...

Eloy: Because I had a "client" or a visitor from Belgium and never visited them but that sounded very interesting too. But I don't know the name anymore, I have to look it up.

Elisa: And in UK they have just opened a new project in Dover also. They refurbished some ancient houses so I will do a round trip to see these study cases, what are the main differences, how this is engaging or not with a local community, how it's working the urban planning of our city, how this initiative starts but more from a perspective for urban planning, design...

(...)

Eloy: Because I had a very interesting maybe the biggest care provider from Peru here last year, I think so. And was also very a dedicated provider, very interested in the model and also bringing the model further but it sounded also good positive so... so looks positive...

(...)

Eloy: So I am Eloy... Oh, I forgot my business cards, that's stupid. No, this is another one. I am Eloy, I will give you a business card later if you want. I'm one of the founders of The Hogeweyk and I work here at this place now for 17 years I think. 2002... 18 years almost. I came here because of the vision of care for people with dementia ... I was hired as a facility

manager to manage the old building who was standing at the same site. But in that old building my colleagues - one you saw already in the office - started as the director at that moment to apply a new approach for people living with dementia. And I was very enthusiastic about that, to hear the vision applied in a very awful terrible traditional hospital-like building. So when I was hired I knew that I also became an important member of the project group that developed something new based on that vision and normal life for people with dementia. So, I knew that we could demolish the building and develop something new and that's what I did besides managing the old building until we could move to this new place... A new place on the same site.

Eloy: The old building was standing here at the main boulevard four stores high and we built it at the same time, at the same area, so it was a very interesting project.

Elisa: One question, with the people that were living there, how they were managed the transfer of people...?

Eloy: We had a four-store, a higher building standard of 107 residents and we moved them in the new part, in one day. So, the old building was standing in the middle, and we build it at the side of the area. 15 houses... 15 houses officially for 6 people so that's 90 people. But we couldn't build more at that moment, so we moved in with 107 people in the houses. And some of the residents shared for a couple of years a bedroom so we moved from multiple people at a bedroom to a single bedroom or a double bedroom.

Catherine: How was the transition for the people living in the original care setting to the new setting? How did they find it?

Eloy: Now we come to the model and why we do certain things already. So, what we did in the old building was the started in 1993 so you're here maybe to see an innovative model but that exists already for a long period. And that's what you must think of when you develop something new and next one. So, in 1993 we started with normalizing and de-institutionalizing the care and normalizing by making smaller groups in 1993. That's 27 years ago, right. We came from groups of 33 people at wards, hospital wards: 1, 2, 3, 4 or 5 people had one bedroom towards smaller groups of 10 or 11 people. We went back from an institutionalized kitchen where you cook all the meals for everybody towards groups of 10 where you cook in that group of 10 - 11 people a meal. From big groups where 33... everybody was living together towards a small group with like-minded people, so we developed the lifestyles, so we matched people in a group of 11 people where we brought back the normal daily living activities. Now, we started again with doing the laundry there, so you could provide a normal daily activity for residents... we made a supermarket in that

old building so you could go to the supermarket, we created club rooms and an event office outside the wards, so you have to go to your club event. So, there's not somebody an activity leader coming to the group and saying now we are going to do something nice at the ward, no. You make your individual choice, you go to a club, to a place where you meet other people, where you do nice things you like. It's your personal choice to go over there, etc. So, all the elements you will find today in De Hogeweyk were developed there and were applied in a very terrible awful building. The supermarket was in the basement was the worst place, but we had a supermarket, so the restaurant kitchen was still the institutional kitchen, but we developed we adjusted the place, the restaurant... so people had the restaurant feeling and instead of a place where everybody was eating. So, at that moment we had that building, we moved to the 15 houses. The houses, the living areas in the old building, were still at the ward but it was destined at smaller places, a sort of a living area for 11 people, 10 or 11. They looked nicer than a ward, but it was still at that point where you could meet everybody at the moment at the day, at the night... We moved from groups of 11 at wards, 3 groups of 11 had wards towards a house for a 6, 7 or 8 people. You have immediately the quietness of a normal house where you have your own front door, where you go inside and nobody else comes there, unless you have to do something there. You live there or you visit there... that's different than passing by all kind of people, logistic, activities... And wards give a lot of rumour noises you don't recognize people ... So, at the moment you move from a group from 11 to 8 and it's also a real house. You reduce the stress of 11 to 8. 3 people less in a group. And you reduce a lot of the stress and agitation because it's a home, it's a real house instead of a living room at wards. And a front door you can step outside and you really walk outside and reduces also stresses. So it was a huge impact and I will tell you a little anecdote what I saw happening. So we moved on one day with one of the 7 residents in the 15 houses and I did a check at 22:30 pm if everything was okay, the new environment and so, etc. It was all well prepared and what great success but at 22:30 h I was going inside a big square "hold a plane", big square number 7... and I saw a staff member standing in the kitchen behind a resident... a little bit like this so, being a little bit careful, I said: *'why are you standing like this behind this resident?'* And she told me that this resident was standing and doing something in the household, For the first time she was sitting at the high tables, she saw the kitchen, she recognized the kitchen, she saw the dirty dishes and she thought *'I cannot leave that'*. So, she stood up and did the dishes although it was 22.30 h. So, and in the old situation she was never active and only sitting on her butt and observing to others. But now she recognized the kitchen in the old ward we could make one nice kitchen, and the other two had little kitchenettes and we could drive in a mobile kitchen at dinner time so you could cook in the living room. But now you see the kitchen area so with a recognizable environment and that was the invitation... and the dirty

dishes that was the invitation to do something. So, she was standing using her muscles again and so. But because it was the first time she was not completely stable or the staff member was surprised: *'look what's happening only with this new living environment'*. But everybody was relieved because there's a lot of less stress agitation because it's that home environment, it's a smaller group, and the people are matched in that group as your lifestyle is also a very important element so that's what you can see immediately happening.

Two years later we moved out 2 residents out of the 8 because the other part was ready, so it was designed for 6. So at that moment when 2 residents moved out, everybody was relieved again so you went to a smaller group of 6 people so, is this scientific proof? No. But everybody could immediately see that you could reduce the agitation and irritation and the stress a little further. So I always say that 6 is the number, it is the ideal group size if you talk about small-scale living and this is a model of small-scale living. Living in a group with like-minded people or we say like-minded people because lifestyle is an important element. 6 is ideal because you can set the table for 6 easily, you can cook for 6 easily, you can do the laundry for 6 easily and there are enough people to connect. Not too many people, and you must imagine there's also family visiting. So if you have a family of 8 people it's already huge. So 6 is in that way the ideal size. Also if you look at the staffing, you can support them well. In the world you see groups of 6, 7, 8, even 15 is sold as small-scale living. If you come from 30, 15 is small. And so we have now the experience of 33, 11 in 1993 until 2010; 7, 8 and 6. And you can say six is ideal now we have groups of 6 or 7, not because 7 it's better for the residents, you could say financially it is more interesting, or it's necessary to create a sustainable model with the limited budgets and so, and only one resident more. What's only one, one is very important. It could be fixed, so I think if you talk about small-scale living 8 is really the maximum, but 8 is at least one too much. If you look at the quality you want to provide for equality from residential perspective, but in the care and everywhere the customer, the client, the resident... is not always leading in the decisions and financial reasons are leading. So if you look at the model from a residential perspective, 6 is ideal and 7 is also okay... 8 is becoming almost too much, but in The Netherlands it is accepted because of the staffing ratio it's almost acceptable ... you could say that De Hogeweyk and the old nursing home stood at the base at the roots of the development of small-scale living and small-scale living is now quite standard in The Netherlands. A small group not the big one anymore. So, I think 40 %, 50 % or 60 % is developed in smaller-scale but we see the opposite now in reality, that the group size is getting bigger and bigger again.

Elisa: And does the care service is also organized like the same people works with the same group in all the units or it's...?

Eloy: No. No units... we don't have units.

Elisa: I mean homes, sorry.

Eloy: So language is very important.

Elisa: I know.

Eloy: if you want to de-institutionalize, normalize and transform the care and that's what we want to do. And so, that's why I'm just so ... but a very important element is the familiar face. How can i support you well if I don't know you? Technically, I know *'oh you are Lisa, hey Lisa, you're Lisa'*. I know I can read or you need this kind of medication and I can give it to you, but that's not everything. It's about supporting you to make it possible that you can live your life here. And so that's why I need to know your background, your life story, your habits, your... etc, etc. So that familiar face is already necessary to know each individual resident and the resident will recognize most of the time also the caregiver. So, and you see already 6 or 8 different faces, so that must be that familiar face also for the family to create a good bond. So, per house. We organize everything per house. 27 houses as much as possible a permanent fixed team of care workers and home supporters that support the 6 or 7 residents in that house and that team of care workers and home supporters is supported by a team of practitioners and the specialized the psychologist, the specialized doctor, the nurse practitioner, the physiotherapist, the social coach, the occupational therapist. So that's a team of practitioners that support the 27 teams and so you will not find a nurse in a house in a team because in The Netherlands we have high educated, high trained care workers and I will say level 3 care workers they are allowed to give medication, they are trained to do all the ADL, the daily support. So, on a normal day they don't need a nurse level 4 or level 5, only when there's some special request or a special demand so they are not part of the team, but the nurse practitioner who is part of the practitioners team is responsible for 60 residents, so one is 10 houses... so a nurse practitioner that supports on demand or on request when he thinks he needs to apply his professional knowledge. Then it's a give and take, so that's how it works with all the practitioners here.

So, the team that is in the house is responsible. You have care workers level 3, I train one of the care workers as the first contact person, so one is responsible also with the family contacts and is doing a little bit more, and we have home supporters that's a level 1 education level... You could say that in the past we started with the domestic cleaners, but in the house, we saw that they have a very important role and so we upgraded their role a little bit, and so the domestic cleaner is much more. It's now much more. They are the first responsible during breakfast and lunch and everything in between... they clean the house,

they do most of the laundry, they do most of the cleaning, but they are part of that team with the care workers. So, the team of care works and home supporter is responsible for care, living and well-being all together with different roles in the afternoon, when there's not a home supporter. The care worker will clean or will cook or will do all the other things than care... so what we do is support living with care and well-being so that living part, the good meal, a nice atmosphere, the right music, the right... everything is also a very important part of the job description of the care worker. And you work together as a team. So, in the morning, there is always a home supporter from around 8 am until 13 pm, so including lunch time, in The Netherlands we eat lunch around midday. And in some houses, there's also a home support in the afternoon from 17 h until 19 or 20 h... not in all the houses we need it. And as a care worker level 3 always around from around 7 am in the morning until 22: 30 pm... so there are two shifts.

Catherine: What happened in the night?

Eloy: In the night... so, during the day, the front door of the house is open, and residents are able to go out, also to wander around and that's allowed. This was very unique in 2008, but nowadays it's becoming a little bit more normal, but not in older countries... I'll come back to that... So, in the night at 22:30 h the caregiver from the day shifts evening, she leaves, locks the door and gives the key to the night team. So we have a night team of 7 care workers... no, it's a 6 care workers and 1 nurse... which is a night team and we use an acoustic system, o it's a microphone in every bedroom and the living room, and there are some motion centres, so one of the 19 members is sitting behind the acoustic system and is guiding the others to go to a place where support is needed... So, one of the objectives of De Hogeweyk is a normal life for people living with dementia, so normally Dutch people... Spanish people maybe also... Dutch people are active during daytime and sleep during nights. So, it's the objective to provide a normal active day for somebody with the age of 85, average age, so it's not running all day, and walking all day, and a usual day doing a nap in a chair after lunch is also normal for aged people... but being active during the day, not sleeping during the day, all day long. So you sleep during the nights and so that's how we look after the residents 24x7.

Catherine: Have you found that having this home environment has reduced the amount of wandering or some "downing" that people might have had in a different care setting?

Eloy: You are going to have a tour through this nursing home, I'm not sure how many nursing homes you visited in the past.

Catherine: Not many... a few.

Eloy: That's good. So that's what you're going to experience here, and I must explain to all the visitors that we have the same people living here like you find in the worst nursing homes in the world. And versus in the for the worst the people who are really need a lot of care and support. I'll give you example, we have at the moment many visitors from South Korea and without blinking their eyes, they say 50 % - 55 % up to 100 % of the residents patients are lying in bed all day long. This is the way they're organized to care for people with dementia... Those people are living here and so, you see that people behave completely different, almost completely different in a normal community setting environment compared to a traditional ward. And you could say '*yes, for us that's logic, do you want to live in a hospital environment for the rest of your life? at a ward with all strangers with nice nurses in a white uniform and so?*' What would be your reaction? How would you react on that? And if you don't have a brain damage you don't have cognitive dependant, but you put people in an environment they don't understand for the rest of their life and say '*please be seated and...*'. So, what we see every day is that the environment in a traditional chaos is a big negative stimuli on the behaviour and that is very logic. So, we could ask ourselves we - the world - how could we invent traditional nursing home places to look after people with dementia who have already come with problems? So, the answer is we applied a medical model and we looked at people as *sick people* and nursing homes were seen as the next step after hospital. But the hospital is a very angry, a very strange and scary place for everybody and especially the people with dementia. So we see another outcome and of course, we cannot heal dementia... but we can influence the way it works for people with dementia. Definitely... and that's what you see here every day and that's why I need to explain to many visitors that we are not residential living. We are officially providing high qualified high-end nursing home care by allowing residents just to go outside, you create already less stress or that door which is often locked at the dementia care unit of the memory care unit. It is already a negative trigger and in traditional thinking we look at a resident who's standing at the door and wants to go out and he's knocking and kicking to the doors and say: '*look... it's dementia... it's the disease*'. He doesn't understand that he must be inside because it's safer inside. We keep you inside for your own safe or your own health, etc. and so we say, '*it's dementia*'. But at the moment you open the door... at the moment we opened the old nursing home doors in the old building, 2 days it was a lot of noise and after it's calm down. And already less stress. So we must go back to what human beings really want and need and then apply the right support for the disease and those outcomes. You see here almost every day and those stories you hear here every day and especially I always say our best clients, family members clients... family is often the first contact person, have family members who have the experience with their relative in a traditional home and our home here in this place, so they can see the difference in behaviour. They can see what the

traditional care model does with a resident or patient and here... and so we have many good examples they can still tell the story. Also, if you compare the place at home because the policy in The Netherlands is stay at home as long as possible, with good support, health support, home care support, etc... but in the end, for a person living with dementia that apartment or that house is often a cage, it's closed, and the relative keeps and wants to keep mum or dad inside because outside it's unsafe. And mum will walk away and so, mum is locked up and here... You and so, mum becomes aggressive or is lying on that kind of stories you... and here you get more freedom and you can you get 24x7 professional support so you see a different mum often here, at the other side of course. Challenging behaviour - behaviour we don't understand – is still part of what we have to deal with, we still have a locked door over there which I don't like, so I hope with the new law, there's a new law implemented in The Netherlands, that we can unlock the door, but officially according to the Dutch law, residents who are living here, patients are our responsibility, so they are not allowed to leave De Hogeweyk without somebody else. Of course, they leave a lot, they go on bus trips, on a walk and a bike tour etc., but always with somebody else

Eloy: De Hogeweyk and that's something you must realize is developed in 2002 2003, and also that it's already a long time ago... 18 years. So we came from a traditional care model, traditional building towards De Hogeweyk... so we made a huge step we are still very happy with what we do here, we still are seen as an innovation and a best practice in the world. But it's interesting to look and also in your research what's next. So now we have to go to the really dementia-friendly society and community, and can we do that? Or how far can we go also for people living with dementia?

10 years ago the Dutch society was looking at us, looking at nursing homes with a different view than they do nowadays. So, there's a lot done with promotion and explanation of dementia, what is the disease. Every society is aging so also the Dutch society is aging, so people see more and more people with dementia. So what to do? So there's a lot of a big change, but maybe we could now... if we would design De Hogeweyk again, probably I would not design a Hogeweyk, but try to incorporate the whole like in a real new urban planning place and so. And that sounds very simple but the society is absolutely not yet ready. So you see new small initiatives in The Netherlands and that's good so that's it. So we are known as *dementia village* in the world i'm not sure if you... but I don't like those two words: '*dementia village*' invented by The Guardian, the English newspaper I think or the CNN. But ok, it helped us, because that's one of our things, that we want to sort of explain the world how you can innovate, how you can apply a less institutional model, etc. So it helped us a lot, but '*dementia village*' the two words they focus too much on the disease, as dementia, and we want to focus on human beings living with dementia or another

problems or maybe... and we are not a *village* and nowadays we like to talk about a community or a neighbourhood and it's not... it's designed specifically for people with dementia and are only people with dementia living here, but in our dreams we mingle the groups again. So, it's a step on the whole timeline of normalizing the way the society looks at people living with dementia and at that point you must look at De Hogeweyk

Elisa: And do they... a part of the of the people that live here, there are other visitors daily? Because I'm seeing many people going out and...?

Eloy: That's why you seat here.

Elisa: Everybody is coming from very different backgrounds

Eloy: So it's fine. So what we do now if I would design it again, it would be... we discussed that also 20 years ago, this could this be designed in the middle of the city. But this was not possible, this was our area. Ok, we do it finally. We do it here, now you see a new neighbourhood next door was nothing there for 10 years. So now it's really since I think two years. But what we really try to achieve is that this is seen as a normal neighbourhood and so, we invite everybody to come in that's not natural, but that's what we do now. So come in so we have a restaurant, so you can come here and have lunch, we have a concert so you can come in, we have a theatre you can rent, we have a cooperation with the schools and the day care and the day care and for young, really young children.

Catherine: Kindergarten?

Eloy: Kindergarten, etc. So they come here every week so you see every week children, we have on Wednesday's morning pancakes and my colleague said: *'ok, a new neighbour over there with many young parents and children so let's invite them to come here and chat about their babies here while the babies run around and sit here'*. And the children... so every Wednesday morning here we have more young children besides the schools that come here, etc... We have the Christmas market, we have the summer market... so, but it's all brought sort of inside and so it's good and people find us. Then they I even met people just for a walk with the children. And that's good. The disadvantage is that also most of the time Asian groups stop with the bus and want to come inside and then we say: if you come here to really learn and see what De Hogeweyk is, then we say *'no'*, because otherwise you get the same problems you find in Volendam and in some famous places in De Netherlands where you have a flood of tourists. That's not what we want because that's not normal life in this area, so then you're not allowed to go inside only on appointments. But for the rest it's open for everybody and everybody can just come inside.

Elisa: So, anyone can go to supermarket and buy in their daily life?

Eloy: Yes. I think we have one client from outside. because the supermarket has not the lowest price you can get in The Netherlands, because it's our internal supermarket. What I forgot to tell you, when we vote in The Netherlands the voting station for this whole neighbourhood around us is in Hogeweyk so all the neighbours come inside and vote of 75 %. How many people vote... 60 % or something... so... we want to be part of the whole town of wisp so social inclusion. It is a very important part of the council.

Catherine: Is there an opportunity for other cultural activities and religious I noticed there's a mosque outside? That's something that residents can take part in or is there a religious services here or...?

Eloy: What's normal is for many questions the answer. So we discussed this and also with the development... do we need a church? do we need something? And in the end we said: *'no, we are just a part of the town so if you want to go to the mosque we will encourage you and maybe we'll help you'*. We'll encourage the family to pick up your relative here and go to a go to the mosque... that's normal not building your own mosque or church or whatever, so nowadays we have always a ceremony on Sunday, but it's all in the theatre, but it's organized by the priests from the town so it's ok for some residents, it's too far away it's too complicated. So we organize also something inside but we don't... we support you, we facilitate you can have our theatre, but it's up to you to organize it. So that's what they do, they make a schedule and so every Sunday there's something. And we must explain them also that if they are a member of your church, they are still a citizen of base, and they live here, so if you want to discuss something or just come and do what you do, when you're living not in the office but in the house next door so in normalizing, de-institutionalizing here your... your *sheeps* are living now here, it's a Dutch setting so.... So just come inside but that's what you need to explain and to everybody and in the beginning, you are seen as an institution, a place that organizes all their own services and so end up that our people are not part of my church anymore. No, it's not good so...

Catherine: Do you ever have couples?

Eloy: Yes... So, at the moment, you already saw a couple, but you didn't know. So, at the boulevard there was a couple. So at the moment, two or three couples. But sadly, I would say if you are a couple, you both need to have dementia. Because you can only live here when the Dutch government, who is paying for this type of care, says you have dementia... So you have dementia, you need nursing home care. So people can only live here when you have a certain indication that says a care profile that says severe dementia. If you read the definition of the care profile that means that you need a lot of support, and you are very confused and etc. So you really need nursing long-term care so only then you can come

here, so an independent committee will do an assessment before you can move in. An assessment, and gives you that permit and indication number 5, that means severe dementia, nursing home care and with that permit, the ticket, you can go to a nursing home that is funded by the state and most of the nursing homes are funded by the state so you can go to Amsterdam... It's up to the family to decide where you go to and so, if you want to go to The Hogeweyk, we ask do you have after care profile 5 or 7... 7 means severe dementia and psychiatric issues, extra issues. So, with those two profiles you can come here if we have a place available... That's all.

Elisa: So, is it the Dutch government who funds everything or there's also extra support from the families or ...?

Eloy: So, in The Netherlands it works like this. You have the care profiles in a couple of years ago when you had care profile 1, 2, 3... up to 10. 1, 2, 3 and 4 was assisted living, residential living but that stopped. It was not a good decision I think, but ok. So the residential living, the assisted living facilities were closed or stopped, not financed anymore. They were trans and owned also a couple we transformed them into carefree living you could say, so instead of that, the state cost covers all the costs now you pay rent in those carefree living apartments so with a different financial system. We still offer the opportunity... the possibility to go to a sort of community in a former assistant living building.

Catherine: So the equivalent of sheltered housing in the UK maybe or more than that?

Eloy: More I think, much more than that. But it's now a sort of a sheltered housing and there's care available. You see different kind of people living there, people who don't need any care, but want to move to a small apartment because the apartments are still small at the former assisted living apartments and people that really need some care and we provide the care more or less like a home care provider in the those apartments but you are living in a community with 100 other people and so, safety is there. There's care around and we have also always a restaurant facility over there, so it's easier for elderly to live there and there's a need for them. That's why I don't think that it's a good decision to officially close assisted living. Not everybody wants to live there but a part of the people want to live in a safe environment where there are services nearby but that's 1, 2 3 and 4. We have care profile 5 and 7 and that's nursing home care, and that type of care is paid by the National Health System of The Netherlands National Health Insurance. So if you use your care profile, you live here almost all your costs are covered by the state, so the state pays the care provider and the resident who uses this has a care profile that permits to pay an amount depending on his or her income and assets back to the State and that amount depends on your income and it's between the 150 euro per month up to a maximum of 2.330 euros if

you are really wealthy. So if you have more assets you can keep it, so that this type of care what we provide is accessible for every Dutch citizen. Because everybody in The Netherlands has at least a State pension which is more than 150 euro and we have to deliver all the care, all the housing... the housing costs, all food, beverage, medication... all that is included in what we have to provide.

Elisa: And... which is the difference between the lowest and the upper limits for a resident?

Eloy: That doesn't matter... we don't know how much residents pay, so they have the care profile number 5 or 7 and that's it. So how much they pay back to the State, that's the relevant...

Elisa: You don't know it...

Eloy: We don't know. It's something between the State and the resident. So the State pays us. If there's somebody living here with a care profile 5 or so, and we have to deliver a lot of care and we are also checked by the National Health System, the NHS, etc. inspections... so it's really what you could say care what we have to do. We are officially Vivium and the whole is officially a care profile. If you want to live here you need to have the care profile 5 or 7, but we also want to know your preferred lifestyle because lifestyle is an important part of our concept. So before you can move in, we look at your care profile but you also get a tour and we ask you to fill out you, and the family member most of the time, to fill out a lifestyle test and we will discuss the outcome of the lifestyle test... Do you recognize the outcome? It's a more cosmopolitan style, more urban? Or more traditional lifestyle...? Do you recognize it? Where the life story is very important, we do a home visit before somebody moves in and we will match the new resident in a group of like-minded people in the preferred lifestyle. So we have 27 houses and they are all... how do you say that living and working according one of the 4 lifestyles we provide nowadays. Maybe you found an internet that we have 7 lifestyles. One of the last things I did as a manager, because I'm now since 2015 not a manager anymore but advisor... I got to tell you that so I'm a full-time advisor, but I reduced the number of lifestyles because we had Christian lifestyle traditional and handcrafts, but the differences are not sharp enough. And so, let's put them together in the traditional home lifestyle for example. We had an Indonesian lifestyle but there's less interest. We had an Indonesian lifestyle for 25 years because the Dutch has a history with the Indonesian cologne so there are many people living in The Netherlands with an Indonesian background so... but there's less interest. So, you have to adapt the lifestyles to the society and the demand from the system. Ok, if we want to visit the house also, I must make a phone call and ask if we are welcome and we must be there before 12 pm.

Elisa: Ok perfect.

(...)

Eloy: Ok, so I suggest we go on a walk and you can continue with all your questions. You are allowed to take pictures if you want...

[Phone call in Dutch]

Eloy: So I had the care workers still busy with the care. Also so important is that you follow the rhythm of each individual, you live together with 6 people, but you're still an individual and so, with the individual life story, individual needs, individual daily rhythm... There's a higher chance that your rhythm is more or less similar with the traditional lifestyle. And they are most of the time up earlier than their cosmopolitans, but you have always accepted, but there is only one rule. So, it's important that you follow the individual rhythm of each individual and the model is based on living together with the lifestyles and matching people according to lifestyle, so you can reduce the stress a little bit because you have more or less the same norms, values, ideas... and they're living with the same preferences and music and traditional like folk music. Cosmopolitans are more often into classic music, so what kind of music is on the radio it's important and it can be a stressor if you like traditional folk music and it's classic music all day long. So, all those elements are very important to reduce symptoms, but you're still an individual and there's a high chance that you become friends because you have the same interests and maybe you want to talk about art and nature. If you're living in a catholic political group and you want to talk about other things; if you are traditional - the traditional Dutch people - never travelled a lot, cosmopolitans travelled more often, etc. So, there's a high chance that there's a little less stress. And education, high chance that people become friends, but it can happen that those 6 are still 6 individuals, so as a care provider or a care worker you must know each individual. You must allow residents to follow their own rhythm, you must encourage that they do as much as possible with things they are still able to do. So you work with your hands on your back, take the time, that's a very important part of our approach also besides good care besides a small scale model. Ok, let's go on a walk.

[Empieza la visita guiada por el centro]

Eloy: There are more basic colours to the left, you see a more... in your right... urban house, like the one you would find in the city centre of Amsterdam, even a pink closet inside. They have plates with little flowers on it, so we try... maybe we exaggerated it a little bit, but by exaggerating it's becoming clearer what the lifestyle is, so the chandeliers are different kind of more outgoing people, it's more fun... The more formal people who are living in the

greenhouse over there they are more into... We have created here a little bit of urban gardening; we are an urban neighbourhood so not a rural neighbourhood. You can apply this model also in a rural area with greener, more land, more plants... it's an urban area but we added a little bit of rural cup. Sometimes it's difficult for me because I was responsible for the daily operations and now, I'm not. I can only give some tips and advice to my colleagues and look at this and look at those things. So if you live upstairs at the first floor, the second floor... Some people say that's confusing; I don't understand those English-speaking people that talk about ground floor, first floor, second floor... never mind. So, there's always a balcony or a place to sit outside by your own house and they can walk through the whole neighbourhood using the bridges and the elevator. The elevator works on sensors, so if you stand in front of the elevator, the elevator will come, door will go open, and if you step inside you will go downstairs. This is a great sensor... so it waits to somebody is inside it ... so it's not necessary that you know that you need to push the button.

Eloy: Where am I? So, this is the East corner with three houses at the ground floor, and at the first floor, another house. So it's important to add a sort of landmarks where anyone can find herself. Just like me, it is here so a different garden, a different variety in the neighbourhood, so it also encourages some residents to explore the neighbourhoods. Ok, that's good, I'll show you the sleep room and the theatre. There are different "club rooms" where the classic music, so if it's available you can also sit here and to have lunch with them... meet your colleagues...

Eloy: So, the 'pub', is not like in the the UK... English people, they go to have a drink to the restaurant. Well, we use the pub most of the time as a club room for folk music, dance evening, and more society class and so, with parties. There's a bar man. Normally, it's a club, that's one of the 'problems" yeah...

(...)

Eloy: I'll show you the theatre and then we'll go. If you look at the next stage, I would say to be honest... now that's my personal opinion, do we need the research? No. All this is developed without research. This is all developed with common sense, and we have a lot of experience now, and so, like journalists, I have a nice law of hate relation with researchers or the way they are used on abuse or "mysteries". Some people only act when it's scientifically proven and that's wrong for two reasons: 1) the researchers have it wrong sometimes and 2) you, somebody must start otherwise nothing will change. So it's all developed with common sense and we were convinced, that it was working and it's working even better than we ever hoped, that's true. But a lot of things that we are doing here, you don't need the research. But in our societies, we need research for politicians and other

some people to convince them or to give them the last push to change. But that social complex is important. That fresh air is good, that people want to socialize, most of them not all, that they want to go outside, that they want to live in a small group not in a hospital... it's all common sense that can tell you. The World Dementia Council was here in the theatre in 2013 or so, ok, we explained the model, the concept, like you did, and so we came back in the theatre and here it happened in the theatre. And the World Dementia Council - very important people – said '*is your model scientific proof?*' And then my answer was '*sorry... no*'. And that triggered, and so I was disappointed because they said then we can do nothing with this and that's in my opinion stupid. But it's reality that the society demands or asks for proof and ok, this is how it works, so that triggered us and so, we get it all to get all kind of proof that it's already available about many elements of what we do. I gave you some examples already, fresh air daylight, socializing, etc. Even I saw a study at university in Europe, their study has proven that dining in a table setting of 6 people, 6 people together is better than 50 in one room... Common sense showed us. Now we saw already that happened here, that was happening, that's why we say small group is better. But now it's also proven and so, that's what the society expects, that it's a proven concept and some CEOs, people, politicians, want to move forward only after it is something proven. You dare to say that this model is on many critical elements that carry this model is proven. The total model is not proven, and I'm completely convinced that nobody can prove, really can prove that this integral model works because if you are going to research, this you are going to simplify many elements and then, so you research something else than what we do here on a daily basis. And that's the problem. That's my problem with research, they simplify. There's a researcher coming here researching on the social part of our model and they are going to judge '*ah you smile, so that's good. Another one, three... ¡wow!*' And so, but why are you smiling? I see social interaction or somebody's walking away or... so, what are you really measuring? That's difficult, so we need it, but I'm always a little bit... not seeing this with either... the part what makes me sad is that many people so much rely on scientific proof that they don't act anymore. But use your common sense look at what you provide in your care home. This is not what you want for yourself, so change, do what you like for yourself and ask others and change instead of waiting for scientific proof.

So, this is our theatre it's a little bit messy but ok, this is for the big events like the concerts, the film club, the bingo on Friday afternoon, we still have bingo because it's popular. 65 members or so and residents with volunteers playing bingo here. It is for rent, it's for events, I use it for big groups also so it's for the source for the local community, they do here, their practice their rehearsals, so some schools use it and then our audience is our residents. They are in the audience so it's a win-win. So many things, and the coordinator of the event

office is a very fantastic woman, she's quite new here, she followed up a very good older one, who was here from the beginning but she's engaging everybody from outside. So, we really mingle but we still bring them inside. In the future you are part of that society.

Elisa: And for renting the space, it can be rented for any ...?

Eloy: It is a lot of money, even for us we cannot afford without...

Elisa: And even if it's a school for example?

Eloy: Then you must be smart and reduce.

Elisa: But it's always for money.

Eloy: Officially yes. I think some schools, the local ones... There are firms around us, so the location is not ideal, I have to hope right but ok, this was it. So they are now many companies they rent this also for their business meetings and then at the corner over there they make car parts for Toyota, Mercedes... then so Europe headquarters over there they have five times per year the business meetings here with 120 managers, how we charge them 6.000 €. They come here; they have money... and we provide for that money also lunch and also dinner. Restaurants are fully booked at that moment and a lot of people here it's crowded, and some residents are stressed by all those managers here and that's good so there's something happening so something in a positive way. They might feel a little bit stressed, maybe walk away and that's ok. And others they come, and they have to check who are you and where are you from? And all that... since happening something to say... that's why it's good but in a new development it could be better to incorporate a school in this community, so you have children five days per week, and you incorporate other day centres... ok.

So, foundation music in-house they provide the performer and so we have almost every week classic music concerts for the big groups. So, not in this Mozart room but...and if the sun starts to shine this afternoon you will find people sitting here in the now empty chairs. So also, in the winter people sit outside. The university of Alberta came here to make a documentary and research on the environment in 2015, and they came in February. Come in the spring it's nicer, the leaves, the trees and it looks nice and not that green, and more people outside and said 'no, we can only come now'. Ok, so they came and I was happy afterwards because on their film you can see that people sit outside in the sun, in the winter... So not only in the summer or in the spring ... so some days and some moments of the days are really crowded and busy and sometimes it's really quiet... not quite, and normal. And i can say that now we talk more since a couple of years about social inclusion than we did in the beginning... In the beginning, it was more the transition from institution

to neighbourhoods specifically for people with dementia. And now we see that you can make the next step because it looks and feels quite normal that it's easier to mingle with again with the society, also for us it is an ongoing process.

But in 2002, many colleagues in the land said '*you're completely insane*'. Little example, so you design a house with the front door and the doors open so residents are allowed to walk outside on the "road" and everybody was saying: '*that's impossible because those people who are living here are very fragile they need long-term care they are living here because they need nursing care here and there's a high risk of falling and people get lost and it's always raining in The Netherlands, etc, etc*'... So we had to convince some people maybe, but we also just did it and hoped there for the best. But the outcome is much better than we ever hoped I think and so now people say: 'ok, yes, it's good that people can walk outside on the road make that decision and mingle etc.', but that was absolutely not normal also not in The Netherlands and still today there are many care nursing homes who think that what we do is not possible for their residents. They keep people inside because it's unsafe outside, their beautiful gardens but they don't use it. But it still happens so what you see here is not normal for every everybody in The Netherlands in that way. So there are 27 houses in this neighbourhood, but also a place, a covered place where you can sit, where you can just observe, so we discussed... Do we need this? A sort of shopping mall idea and in the end, we said 'yes'. Yes, it's nice to have a place outside your house where you can sit and just observe and socialize and mingle... we had some problems with the financial side of the construction costs and we discussed '*can we take off the roof to reduce the costs and luckily we did not*'. So, it's a nice opportunity now to come here to sit here to look at other people... the supermarket is located here I already explained that every house has its own team that it's responsible for their meals. So, we have 27 kitchens, 27 houses, 27 different meals every day... so the team cooks a meal according to preferences. Hopefully "upon" to preferences of the residents and so that is important.

Catherine: So, do the residents shop for the meal?

Eloy: So, the residents are not shopping for the meal. If they could do the shopping by themselves, they were absolutely not living here.

Catherine: Right, but they wouldn't come back.

Eloy: But we have a supermarket, so you involve a resident in a normal daily activity, go to the shop, so it's the task of the care worker that they invite the residents. But the rest participates in the normal shopping experience and that's one of the reasons why we have a supermarket besides that you need groceries to cook a meal. It's important that you create

a normal daily living activity and going for groceries is already a very important step. You have a chat, what do we need for groceries at home, maybe you make together a shopping list and you go, and you think... you have to think '*do I need my coat?*'. You have a discussion about you go outside, you walk, you use your muscles, your fingers, your head... you see other people, so you socialize other people see us going to the supermarket so there's happening something here and we're not even there. So we added already to the social side of this community. So by delivering all the groceries at home if you take that model, everybody stays at home nothing happens here and everybody's looking and waiting

So now some people, not all, not all the residents are going to the supermarket and we have to explain also the staff every time that it's very important that they do their most best to invite involve residents in the shopping. So there are more people and because it's quicker to go without a resident, but that's not the objective to be quick... it's creating an '*event*'...

So that's the ongoing task of the management to explain why we do things we do.

Elisa: And the ... the personnel from the supermarket is also trained with a dementia-friendliness and...

Eloy: Everybody who works. As sort of a basic training, yes. But they it's another institution or a company that have this personal or is part of the team. (...) We do... we do our own training. This kind of training we have, our own professionals, so we do our own training. So, and the supermarket is our supermarket, so it's a colleague. And so, we create also sometimes misunderstandings by trying to do normal, about you could say what we do is we want to de-institutionalize and transform and normalize the care, so we transformed our store into a supermarket... I compare always look at what we you see on stage, what you see now during this tour and what we have to organize backstage... backstage we are a nursing home, we have many we have doctors, nurses, care workers, medication, all kind of procedures, protocols, etc... That's all-organized backstage on stage. What you see what you is as much as possible normal life because that's what we want to provide. So, the supermarket looks like a supermarket, that little store you find far away in Spain in the little town where you can get everything you need not only food, but also contents materials also pharmacy, etc that's our littlest general store but it's our storage if you look at the institution, it's our storage. So it's our...

Catherine: you created this environment in the present day you haven't gone down the route of providing an environment from the past which I think although other organizations might think of that people want...

Eloy: Some journalists think. We did that, if you read by the way... if you read articles about us, I'm happy that you're here so you can see if the journalist was not that smart or it was here or not. Because there are many stupid articles written about us with the wrong pictures, somebody of I think English journalist started to use an English telephone so you see often articles with an English telephone and a post office it's also written post office but it's not here. So, and many other of these stories, so be careful with what you read. Your question... I forgot your question, your remark...

Catherine: My question was just about I'm ...

Elisa: The environment...

Catherine: the environment but in the present day ... you decided not to recreate some environments from the past?

Eloy: Do we need to recreate 'Disneyland'? Do we need to bring people back in the past? No.

Catherine: Because reminiscent therapy is big in the UK.

Eloy: Yes, but it's not the solution. We apply reminiscence therapy when it's a good way to use it. But you must look at the individual and we discussed even I heard if we do the laundry do we need the soap and... but most of the residents recognize a washing machine so reminiscing therapy is very important but you must do that situation. The people are living some people are living in 2020 and maybe some in the night in the 60s. Some stupid students also wrote about us by the way not that long ago. No. that was really you know... that's really so we so I've become very angry so you are a student you do research, but you write something which is absolutely not true. They wrote that we are a neighbourhoods in the 60s. So, we contacted them and say what you write is really rubbish so you have to adjust it. I don't understand how you can write something and it was published, so public, so everybody reads it and then everybody and the students come and they write it again. And before you know, you have something completely different. Ok, sorry for that.

No. So... But you must apply all the methods not only reminiscence, but also others when necessary, etc. What we had the discussions and so I know I'm jealous about another neighbourhoods designed in The Netherlands (...) they came here they were inspired by us... if you look at their design I say 'wow where did you get the money from' because it's it looks more beautiful so or maybe we could design the neighbourhoods a little more... like to see also in the new neighbourhoods, old-fashioned facades, etc. Maybe but that's just the part that's so the building, the construction is just a part of the whole approach in The Netherlands so. It's important, interesting, is that residents find their way here. They

recognize this as a neighbourhood. And so, that's something you could improve and if I look at others I said 'wow, nice be more old-fashioned modern facades next time' definitely, but not a neighbourhood of the 60s. You see, and I met them in the United States, the *Galena Town* probably you read about it, it's a day center by the way, so with all facades and the 60s and so, we are also compared with them but they provide a day centre that's something completely different than here. They know they are not happy with the comparison although they are nice people, and we are not happy. But journalists and nearly the media sometimes it's nice. CNN came here made a too much video but ok, it helped us to become a little more famous. The Guardian too, so they invented *dementia village*. So not so happy but in general this is how it works in 2020 and before that... So a supermarket where you get all the equipment, all the groceries, everything what you need also your detergent for your washing machine, contents materials, new glasses also some medical equipment you need... you can get them here. So from the business side, it's a very efficient way to organize your logistics we get the same funding from the state as every other nursing home. And so, you don't pay more if you live here or we get not more funding so how can we afford a neighbourhood like that's one of the questions.

Elisa: Do you have any sponsorship at all from external business?

Eloy: Little bit for some activities. But not and in the construction, we had sponsors because it was too expensive, so some interior parts were sponsored. But now, we are not that good we should do better... we first go to the house otherwise we have to leave. So and what you see everywhere is these opportunities to sit and sometimes I'm surprised that so many residents still sit here and want to watch the television. It transforms... some it's stressful that people passed behind them, but for them it's ok, so it's not finished yet. It should be more "calm", but it works. It's the "tv two years I think now of this... I think... some residents want to sit opportunities everywhere to sit, to observe... So we have natural animals here, over there, so they come back every year... I will show you the theatre a little later. Normal street signs everywhere the Dutch street signs you could say that the boulevard is more or less the main street of the neighbourhood. At one side, services at the other side, a fountain ... so now we do smell therapy...

Elisa: Do you do it on purpose like in...?

Eloy: I say... exactly. So, what I don't like that everybody puts the words '*therapy*' behind everything. So, people like to meet animals and the dogs. So then it's dog therapy. People like to... it's good that people walk and then it's a physiotherapy. So we try to get rid of that, so in the thinking the dog therapy works very well, but don't call the '*dog therapy*' just meet the dog. Or do something nice with animals, etc. So, and this is a smell is very important

that's why you cook in your house, understanding the day that you are going to eat but it's not smell therapy, it's just...

Elisa: Daily like.

Eloy: So, the maintenance is at the boulevard. The main service for the village and they use their windows to do also, to also create opportunities to stop to discuss to do reminiscence therapy. This is your crockery, my mum has also, that's how she still uses it. But it's just... it's also decoration to stop, *'let's talk oh do you recognize this or not?'*. This is how it should work. Sure on the walk you say *'oh look at this old-fashioned crockery and then we discuss'*... so it's a mixture of an it's part of normal. So we call a volunteer stimuli, something to look and see ... but I would never say this is really sensitive therapy, but it could work like that.

Elisa: Did the architecture team implement like this the dementia design principles about textures or contrast?

Eloy: We selected an architect who did not know what to design. So almost everything what you see is our knowledge and our vision. And so, the architect learned a lot about us, they promote themselves now as dementia specialists etc. But they learned a lot here. We had a lot of good discussions in the beginning especially. But we selected them because they didn't know what to do and so, they became more specialists because we still cooperate with them.

Elisa: And did you have like working groups with a family and care givers or residents...?

Eloy: We had a big project organization, most of the members were colleagues because we had already some practical experience in the old building we learned a lot over the 9 years. So we created all kind of work groups and of course the client board was a part of that. But families were not that many, because family members are not going to tell you need to start a new model... they... this may be not that nice to say... (...) You must explain to the client what they must give approval to your idead, but most of the time they are afraid of falling this and that and so, this would never happen. Here if you ask the family what do you want for your parents, so you need to involve them and the family, but you need a dedicated team of visionaries and leaders to apply a new model, you need dedicated leaders to apply this model in other parts of the world. Because that's my daily work now and this model will only work with dedicated leaders because the society is still very medicalized and...

Catherine: Risk-averse.

Eloy: And risk-averse. Yes. And they see a problem in everything what you do. So in this risk-averse society, the family will not say 'oh yes' although they wish if you ask them, they'd say 'yes, *absolutely*'. We had not a big issue... Oh, hello Morgan!

[Morgan and Eloy hablan en holandés]

Eloy: She's a little lost she's telling and she is now going to tell her, that she's coming with us. And I will take her with us, I don't know where she lives. But we will ask in the home where we go maybe they know... So you need dedicated leaders and an architect. And one of the mistakes what I see often happening is that care providers selects an architect and ask the architect to design something and then they are going to think how to provide care. I tell you a little black and white most of the time, and so. But this is what I've seen a lot. Now you are a care provider, you must know, you have your vision what you want and how you want to provide traditional model, ok fine. (...) and then you ask somebody to design a building for you.

Elisa: Yes, but it's true the competencies of a designer have to at least... know how to listen and how to engage all this knowledge, from different perspective and be sensitive for ...

Eloy: Yes, but architects are often also very institutionalized. In their thinking and design, so you must challenge the architects.

Elisa: Yes, to adapt...

Eloy: So you will see different neighbourhoods different parts of this neighbourhood this is 'vapor product' more or less. It's winter now in The Netherlands, so this is not my favourite period but it's good that residents can experience the different seasons. So in the summer, it's completely green. Now you see the first narcissus already coming up and so, it's good that you can experience the seasons... We go to number 16, that's a cosmopolitan house, the more cosmopolitan people are living together. They are interesting art museums, world's kitchen, not only the traditional Dutch food, like potatoes, potatoes... So most of the time they put impressive music, often a little higher education, not always but it's not necessarily...

[The manager and Eloy speak in Dutch].

Eloy: Sorry we are almost too late... I always ring the doorbell and...

Elisa: Hello, good morning...

All: Good morning, good morning...

Eloy: So you can have a quick look, you see the living room in the centre, you see 3 bedrooms at that side and 3 at the other side. So it's divided most of the time in two areas, so not six in a row. Cozy, more quiet living room it's not the objective that they all sit like this all day but it can happen. They became more than friends often together and last visit I was here, she showed her room and said '*can you look after my purse or bag?*'. The kitchen is here, we're home supporter and there is an internship here, so they are lucky to be with 3 at the moment. Cosmopolitan so it's a little more colourful compared to traditional which is more basic colours or so... More colourful it's a nice place to give them my gifts, I sometimes we see from visitors from Asia...

Catherine: So a lot of people who are resting here are well travellers?

Elisa: And can they choose features of the of the housing like where to put furniture or... individualize a little bit?

Eloy: Let them leave...

Elisa: Yes, bye-bye!

[Salen de la vivienda]

Eloy: The coat room is in the entrance, so your coat is not in your room but here... So there's a higher chance that you don't forget to put on your coat. We can have some of them sitting in the living room... normally a resident shows her room. So you can decorate everything what you like. This is your personal room. The living room is decorated by us. Also by a project in 2002, I asked colleagues give me input for what is cosmopolitan lifestyle. So colleagues and everybody (...) so there was a dedicated team that decided in the end you cannot discuss everything and so we made the choice, how to decorate the living room, because we provide... we promise that you live in lifestyle cosmopolitan, so we cannot say to the family bring the couch. And when the family member passes away take the couch again, because then you don't have a couch. So the basic furniture is provided by us, you can add important things, the chair that gentleman is sitting in is from him. But we will encourage you to do everything in your own room and also you can stay here all day if you like.

Catherine: It's really spacious.

Eloy: So it's 17,5 - 20 m². This is 70... so we provide bed and closet, and you decorate it. That's telling something about her. So sometimes you can really profile the residence by looking at their bedroom window. That's a nice example so, but that's up to the family and the residents and sometimes you see almost empty bedroom and that's not good or bad.

I've seen a bedroom which is was completely empty in the resident showed me his room, but he was a man, he is not interested in pictures of flowers, etc. So he was still proud of his room although it was almost empty, so it says something about the person and sometimes about the family because it's the family task. The family involvement you could say it's high, but sometimes is also very low. Sometimes families say '*here you have mum and now she's your problem*'. It also happens but in general, also in this house, the family involvement this is done by family and so they are busy also here. That's what you must allow us to come and participate in this little group family and this group of 6 people.

So what we decided in 2002, long time ago, is to design only 2 bathrooms in this house so the bathroom of them for 3 residents, that was a choice out of privacy and that sounds a little weird, but we had a discussion how much space do you need in the living room? The government said 45 m² is enough for 6 people. 45 m². And we said 45 m² is not enough, you need more space. You need lower seats and more space, etc. So we wanted bigger rooms and the minimum norm at that moment was 2 bathrooms for 6 people, I said let's do the minimum. I know for bathrooms and a bigger living room, 75 up to 100 m² so you have enough space because they are most of the time over there.

Between 15 or 17 hours in their own room but this is family care providers. It's like what you saw just a second ago. They need the space for normal living, you could say we're still happy with the choice, but of course as advisor I would advise you to design bathroom or suites, not because this is not working well but the family always wants nowadays a bathroom suite. They don't look at your model they say '*mum needs to...*' And the bathroom and the toilet and for some reasons that works also better of course it's direct to the toilet but this is small scale living. If we have time it's also interesting to discuss other models for the future, the advantage of small scale living, living in a small group with a household with where you cook, where you eat, where you be... is that that activates you. Also to do the things you still are able to do or the care work will invite you to participate to do the dishes or fold the towels or so. So that creates many opportunities for a normal day a day. You like normal, what is a normal day that's also must be careful with the language too... A normal day is different for each individual.

An important element is the house with the team and the 6 residents living across a part of this neighbourhood, this community. But it's more than having a nice place where you can sit and where you can watch television, read the newspaper, and as a nice care worker you want to participate in a society. So you can look at De Hogeweyk as a little society where there are other things to do than only sitting inside. And you can make the decision to walk around and to look at us and to meet us or you can and use the family member and the

resident. Most people can go to the event office that's right below event office where to enroll memberships of clubs and events and activities we organize in and outside the neighbourhood. (...) So we have concerts in the theatre, not now, promoted we have every Sunday concerts, we have our outings day trips to all the touristic things you go to, maybe after this visit. So this is the program and we have weekly clubs and events. They are here... creative clubs, bakery club, flower arrangements club, painting club, all kind of music jazz, folk, classic concerts more active clubs like gym, walking, biking, swimming... we go to the markets in the city centre... all kind of around 35 different kind of clubs, so it's important that every individual can decide what he likes to do during the week. If you are a cosmopolitan type you usually like classic music. But if you are the exception also like the folk music, the awful Dutch folk music, then you become a member of the music club here, or the opposite if you are traditionally Dutch you normally like the folk music, if you want to become a member of the classic music, you enrol your membership and you leave your house every day, every Tuesday for example and go to the classic music club, which is organized by the event. In that club you meet other people who also like classic music, so friends at home but also other friends outside your home, you have to go, you are outside, you're on a different environment on the way to the club room, you meet other people, etc. So for those activities we need specific club room for some of those walking you can do outside in the neighbourhood and outside not a specific room we have side-by-side bike so you can bike. This is a picture of that, but for the classic music club, for example, you go to the classic music club, because... why do you say *wow*?

Catherine: This is just... it's very opulent.

Eloy: Because the environment must support the activity, so you recognize this a little bit like classic music and for residents with dementia it's very helpful that they understand what they are going to do. This is how it should work, so I like your reaction. What you see in more traditional care sometimes is one multifunctional room with a lot of rubbish. And everywhere so you create confusion or there's a lower chance that people understand what you're going to do as soon as you come here. Probably there's a higher chance that it's not working always but that day classic music, or maybe society club or maybe reading club so it's multi-purpose but limited. With a professional club leader a staff member who knows what to do with 6, 8 or 10 people with dementia, so not only big events. So we have one-to-one events and smaller groups and bigger ones such a concert, which is in a big theatre but the classic musical is a smaller group and that works better for people with dementia. What do you do here, you can play music live, but you can also listen and discuss classic music or talk about this or watch it that's right. There is also television, so it depends on what works in this group and so, it's not always the objective to really make the music and

it's up to the professional club leader to do, to find out. And they all are member of this club because they like it. So there's a high chance that they also know about this so I heard about a club that made the mistake talking about Mozart but they were listening to Bach or something right, so if you so it's their hobby was their hobbies...

Elisa: So a community social environment but is indoors.

Eloy: Yes and some other activities are outside at the Christmas or the consumer market is outside...

Elisa: It's really representative of the normal housing in The Netherlands. I mean with the big windows in the facades...

Eloy: Yes

Elisa: So it's very adaptive to the context.

Eloy: That's the design, that's the design... in South Europe you have more sun. So this is too hot you could say in South Europe probably. But daylight is very important for people, it's proven... Daylight is important, fresh air is important, social contact is important...

Elisa: Nature contact...

Eloy: Keeping your brain running is important. All things that we apply in different ways and so that's good for people with dementia and to keep them active in daylight etc. in different ways, so all those elements that are now scientifically proven are applied here. So here's a toilet, if you go to the classic music room, there is a toilet. The event office is organized and managed by one coordinator and so she manages 8 people at the moment... but this is also the meeting point for the volunteers. So volunteers are important part of the concept in the way that they support in these activities. Without the volunteers we could never organize 30 events. I say, they are helpful in the lucid states and they assist in that.

Catherine: Do you have links to universities in the region? Do you have student volunteers who may be doing social work as a degree?

Eloy: No, in internships yes, but...

[Conversación en holandés]

Elisa: They know you already or they...?

Eloy: Oh no, it's the first time he talks to me, and he asks for an appointment. So sometimes they think I'm the doctor. So you must always take into account the residents, people with dementia, are not stupid and they know where they are or they don't know exactly where

they are. Some really know that they are still locked in this neighbourhood. Not all individuals, but it's the first time... that's a couple by the way and you maybe... you already noticed that he has a little less severe dementia than his wife so that can also give stress, they are still living together in the same house, other couples sometimes are not living together anymore because they cannot play the happy couple anymore because of their disease. And so if you have dementia you lose some breaks in in what you say and what you think and so much. And so volunteers are very important. Volunteers work in the event, they offer work in assisting club leaders, work in the maintenance with the volunteers, we can do more than without volunteers. They are always working on the supervision of an employee and without volunteers we could apply this model too, but not that good more. (...) So, the physiotherapy is something we should... we have to apply and provide according uh the Dutch law. Now we are a nursing home, and we have a little bit different view on physiotherapy. The main responsibility of the important part of physiotherapy is being the expert in mobility, that's how I would describe the physiotherapist. So, most of the exercise and training is done in De Hogeweyk in the most natural way, by doing the dishes in the kitchen standing, by walking around, so we and so, the physiotherapists, must support the care workers in the houses how to keep people involved and as active as possible. So generally speaking, you can say that we have less physiotherapists employed here compared to more traditional care houses... (...). But this room is most of the time used as a club room, we have 5 different gym clubs that are held inside and are led by a club leader, not a physiotherapist and a physiotherapist can support the club leader with advice on how to do a certain exercise with somebody but most of the time the fisher tablets will advise the family to enrol a membership at the event office in gym club instead of doing exercises inside. Last time I asked them she said that there are 10 residents out of the 169 in total we have here that have individual therapy.

You must always also often explain family that the physiotherapy, that the resident had for many years at home or done by a physiotherapist when the resident was living at home is not necessary in that way here, because you are supported 24x7 by others. So that's sometimes also a change *'huh, mum did that before for many years twice a week and now you say it's not necessary anymore'*. How come? So different. So it's very important but as a mobility expert and they arrange special equipment, a good therapeutic equipment, if necessary, or wheelchair if necessary so that's what they do. By the way, 40 %, maybe a little more, already is in wheelchair. So you can have a quick look to the right you see a more formal lifestyle. (...) The first time I saw him I thought but that's two years ago... I thought *'are you the son?'* and sometimes I am a little bit confused. We have now a new resident who looks like a family member so it can happen... So, other houses around the

corner streets, upstairs houses... (...). Maybe you need to write a report or so, if you need some pictures with people, you can ask Barbara. She will send you some

Elisa: All the second store is also housing?

Eloy: Also houses... so we have two levels, yes. So, two levels. So they are not connected. It's another house upstairs, the houses are connected with the bridges to the elevator which is at the end of the bridge over there.

[La visita finaliza y el equipo se sienta para conversar sobre las dudas e impresiones del proyecto]

Eloy: Questions, impressions, comments...

Elisa: So, one question is which is the average age of the people living here?

Eloy: 85.

Elisa: 85. And what happens when in a little community of six people, these families... when someone dies, how are they supported once this missing person... leaves the group?

Eloy: It depends... this morning at my office over there, I saw a resident who was passed away, leaving the neighbourhood through the front door by the way not the back door and it was his family walking behind and also two residents and I said to my colleague: look there are two residents guiding the resident who passed away to the exit. So that was the first time I realized I saw that happening, so it depends. And there's also an advantage of dementia that they forget quickly because within seven days or so far this is a new resident in the place. So, people stay here until death, so they pass away here, most of time in their own bedroom because there's not another place where to go to. There's not a separate ward or whatever. So, it usually happens in their room, and we support them with the doctor. You met the doctor by the way, the guy I spoke with in the park is one of the doctors. So, the doctor, the nurse, practitioners... and so, all that care is provided here. So also, if these diseases progress, you stay here and the average time people are really treated on bed is relatively short. In some care homes and some countries and they have a different view on quality of life I think, in some care homes, people are treated on bed for weeks and months... Here the average length of stay on bed treated is 4 days. And that's very short. We have a sort of "not in bed" policy.

You could say... so we try to engage people in daily living. We provide a special wheelchair if needed, a special wheelchair so you can participate in what's going on in the living room and the neighbourhood. So, you saw some of those wheelchairs so we have an active policy

that it's not good that you lie in bed all day long. Because if I say to you "please lay down or stay in bed after two days" you don't come out anymore.

At the same, we know the residents from the beginning. From here we support the resident in all their choices and in the final stage. We have a policy that we said we are not going to use feed tubes to keep you alive.

We're not going to use all kind of technical equipment to keep you alive. We support quality of life. So when you really are in the end of life stage and we are sure... we -family, doctor and everybody else- and we will support you with the part of care and not with the feed tube that keeps you alive two days long and so, we will not force you to eat if we are sure that is your decision, your resident's decision. Also, in the end of life, some residents really refuse food and drinks and if we are sure, and we discuss with the family that this is what she wants... and this is what she wants... And if there's another medical reason we will send somebody into hospital or ask some things, so we have fluent food and we have some special food, high nutrition food... but only for recovery, if we are sure that it will help you to recover. To make sure - because you are from three different countries - the palliative care support has nothing to do with euthanasia. So, euthanasia is a completely different subject...

Some people from outside The Netherlands think that you can go to the doctor and say doctor I want euthanasia and the doctor says "yes" and so this is not how it works. It's a very complicated process and so, most of the people who dies here it's always palliative care. And euthanasia for people with dementia is extremely complicated I cannot say anymore that it's not happening, because that's now under development but it's very, very, very difficult for people with dementia so it's almost not possible. If you have dementia, and you want to attend, it is too late to have your diagnosed (...) but in this facility like this community like this facility is also institutional workers.

Elisa: How many people are in the waiting list for coming here?

Eloy: At the moment I don't know exactly, because I heard that many people passed away.

Eloy: Last end of last year, I see also some new residents, but the waiting time is up to a year. It depends on a little bit per lifestyle, but it was up to a year I think it's now a little shorter.

Eloy: 2 to 8 months maybe. It's on the website.

Catherine: Is there more demand for a particular lifestyle, would you say?

Eloy: Yes, that's changing slowly. So there's more demand for the cosmopolitan lifestyle. And that's a logic if you look at the Dutch society, there are more cosmopolitan-type people,

more open people, less traditional people. So that's changing slowly, so with the new we added four new houses two years ago, so you have to look at what's the demand. And so, in the future we will change it again slowly... it costs some money because you have a house decorated accordingly. So, there's the flooring, the curtains, the kitchens... everything is decorated according to lifestyle.

Elisa: And do you feel that the pharmacy... the intake of pills is reduced?

Eloy: It demands less...

Elisa: Yes, do you have that feeling that this helps...?

Eloy: We have the knowledge about that, also some proof also. There are two reasons: first, this environment is less stressful and so, I'm convinced that this environment makes that there are less stressed people. The less stressed people that you have, you have less behaviour we don't understand. So, there is challenging behaviour, but it's behaviour we don't understand, there is less agitation, but it still exists. If you look at the figures when we were a traditional institution 25 years ago 50 percent of the residents used anti-psychotic medication, nowadays it's around 8 to 11 %. But this is also a different time of our century and we have also an active policy in not prescribing antipsychotic medication. For example that's the last thing you should do, some residents are really... it's really helpful for them for different reasons but antipsychotic medication is something you should not prescribe in principle. But there are many other techniques you can apply. You must always search for the rights, what's causing the trigger or the explanation for the behaviour, so we have specialized social coaches. They are a sort of an occupational therapist in other countries, but the definition of a occupational therapist differs a lot during all around the world. We have specialized dementia care specialists, special dementia care specialists who are really diving into all those behaviours we don't understand. Together with the teams and the doctors and the psychologists, etc., so it's a multi-disciplinary approach to reduce medication. When people move in, they have an average number of 8 medications prescribed by most of the time the GP. In the end, they have an average of around 4 different kinds of medications. So, we reduce the medication but it's also an active policy, it's part of how our own doctors work and discuss with the family, what medication is still useful in this stage of life. Because, sadly, the local GP sometimes doesn't realize that certain medication is useless or not good for people in this stage. Discussion about high blood pressure, a higher blood pressure here is not a big issue, so maybe you can reduce the medication against. I'm not a doctor by the way, so cancer or certain treatment maybe you can't stop it, because dementia is their main problem now. So you must look at quality of life, you discuss this with the family, so you must discuss the use of medication. If the

family doesn't agree, we don't stop medication of course. And it's always in cooperation with the family.

Catherine: Do you provide any training to external organizations based on what you've learned and discovered?

Eloy: That's our office you saw in a split second. That's our major job and we use the knowledge of the people who still work here in daily practice and daily work to provide workshops and lessons learned and training and so. But it starts with vision and the main approach, the overall approach, and how does this model work. And we use the knowledge of the teams that are sitting over there, my colleagues, to provide workshops.

Catherine: How do you capture that?

Eloy: We do that from the beginning. So, 25 years ago, when we were that institution and we started with this vision for many years we provided twice a year an open-day where we provided workshops on how to deal with challenging behaviour. How to cook for residents with dementia, how to do a nice activity with residents, a club, etc. For the whole model is so we educated - you could say- the Dutch colleagues. And since - I think 10 years - we stopped with that, but we have many visitors from all over the world for what we do and first study -this like yours -. And if they want, we go much further in 3-days courses and we organize meetings and lessons, etc. That's part of our job. Visits to exchange knowledge, I supervise an Italian project in Rome, and we bring the staff from there to here; they meet how do you deal with challenging behaviours, which is a big issue. Of what behaviour we don't understand better and so, we create a moment where you can discuss with our specialists and share our knowledge and so on. And we are going to sign a next a twinning relation so we will go to Italy and experience knowledge and programs.

Elisa: Great. And so, what are the other models in The Netherlands for older people?

Eloy: So, you must realize that you had a tour through a nursing home. It's a long-term care for specialized and that's how The Netherlands is organized: specialized in dementia care, originally. And I've seen other countries that nursing homes are for people with more somatic care, like support disabled people and memory care it's often mingled. In the Netherlands is not since many years of specialists. We – Vivium - Vivium owns also a nursing home that specializes in rehabilitation care. So after hospital, so you cannot go home but you need another place and also training to be ready to go. We have the assisted living which I call *carefree living*. Now, so the former residential living homes they officially don't exist, but you have all you have more of that kind of type of care and support places

where you can live. Of course, we have home care, which is essential to support everybody at home, the "Buurtzorg" model is a well-known model...

Catherine: No, I don't know.

Eloy: It is very famous. We meet "Buurtzorg" or everywhere in the world so on conferences and events and people that visit The Hogeweyk also visit "Buurtzorg". But it's home care in a new way, that you give the nurses who work in that neighbourhood a lot of responsibility: no managers, no back-office support... but the nurses are the leads. Also, in assessing what kind of care and support you need and also, the nurse will provide the ADL instead of having in your house 20 different kind of people every week who provide home care support. So "Buurtzorg" model is very well-known and efficient and give the nurses a lot of responsibility and a lot of decision-making power, so that's new. And so, you get completely different type of employee.

Chaterine: What's the meaning of Hogeweyk?

Eloy: "Hogewey" without the "K" is this part of this town. 30 or 40 years ago, when somebody thought there must be a nursing home in this area, they said "*okay, a nursing home*". And nothing else was here, so it was all empty lands. And after 40 years you see a whole neighbourhood around this. So they named the nursing home after this area of this Hogewey. So, we have a shopping centre 500 meters that way, also the shopping centre is called Hogewey. This area is okay when we developed the Hogeweyk with the "K" we said as management team people don't want to live in a nursing home. Hogewey does not sounds nice, so let's talk about "*the Hogeweyk*" as the place where residents are living because "weyk" with the "k" means neighbourhood. So we thought it was smart to talk about *The Hogeweyk* as the place where people are living and the nursing home Vivium - who is the care provider - provides the care and support. But the problem is that people mingle things, so we talk about nursing in Hogeweyk now, instead of nursing on Hogeweyk or Vivium care group, so it's too difficult too many names. But officially "Hoge" and "weyk" means neighborhood. And Hogeweyk is a fake name...invented.

Elisa: Okay, so Vivium is a private...

Eloy: No, no... there is nothing private about what we provide here. Vivium provides care for people with dementia. There are five other locations where provides the rehabilitation care, it provides home care, and provides the care-free living, assisted living care. So that's all done by Vivium and it's all non-profit. Vivium is a non-profit care provider like most of the care providers in The Netherlands. There is a possibility if you need care, that you ask the government for private budget so there are two ways you get. You go to a facility and the

care is arranged by the care provider, or you ask the government for private budget you get a lot of money and you organize your own care at home with a private nurse or you hire a care organization who provides it at home or you give that budget to a private care provider who has a nice villa or another facility where you pay. I give your budget for the care, and you pay the rent for your apartment. So, you pay more than here because the residents here don't pay rent. In the funding what we get from the government, it's a sort of *all-inclusive funding* including real estate costs, including the doctor, including medication... it's all included in the budget.

Elisa: and for the first investment for the development, this budget was...? It's Vivium who manages...?

Eloy: Yes, it is Vivium who owns. So Vivium is the owner, correct. Most of the buildings Vivium owns, some places they rent the real estate, so you make a business case and because the government says OK to that plan, Vivium can produce 170 beds and you go with that contract to the bank, they approve it. That's interesting because it's stable. Vivium it's a good care provider, good track record, so they give the money to build something like this... 20 years ago was a little different but that's how it goes nowadays. So, you make a business case like every company.

Elisa: And then you have like a credit based on this business model.

Eloy: Yes, but it's a one-way business, it's non-profit. So, if you look at the yearly turnaround, we count with 2% return on investment. It's not a lot, it's not enough, you could say, but... (...). But again, we do some things different compared to other care providers, because they get the same money for 169 residents, and they have it (...). And so, there are some quality standards, but they don't say "you must do it like this or that" and they get the same budget. So, we provide for example... I would almost let's say better quality of life. With less physiotherapists, maybe less practitioners in general, and a higher staff ratio. And a higher ratio number of staff members to a resident because if you have less physiotherapists and less psychologists, you can afford a smaller group size and that is the backbone the basis of what we do... big groups cause more stress, more stress you need more psychologists, and more doctors and more medications. So, there is a tipping point... if you have a bigger group, you cannot cook anymore in that home, so you need an institutional kitchen... but the kitchen costs you a lot of money, to cook cost you a lot of money, the logistics cost you a lot of money... and it's complicated. So, you and the staff members waiting in a group of 10 people waiting until the meal is delivered so is that smart? I would say no. Many people think a supermarket is less efficient, I think it's more efficient to create a good model with social interaction and the staff member who goes to the supermarket for groceries instead

of delivering everything at home. But it is the integrity of the business model that makes that we can afford this neighbourhood, this community with the same amount of money... and a better, generally I think quality of life and they're more good care providers, by the way.

Elisa: (...) And so, you recreate normally normal environments? (...) This is quite specific. So, from the point of view of a designer, we might work a lot about the thermal comfort in indoors, outdoors and also the lightning, like the average illumination levels... So, are there specific technical issues about the temperature that should be adapted to elder people or people with dementia, who may suffer more the heat stress or cold stress... Have you ever thought about it in the design phase or it's not something that has been considered?

Eloy: We have tried to create an environment for old people, where old people feel comfortable. So, there must be the right temperature in the living room, in the bedroom and everywhere else, and that you can feel a difference between indoors and outdoors. And that in the summer (...) it's not air conditioned but it's not too hot inside. But everything is like normal life. If I listen to your question, I am asking myself why are you asking this question? Is this question based on institutions or not? Why it's specifically is this question "obscured" or asked because we designed in the past places where people with elderly are not feeling comfortable and not having enough daylight and not the right light to read a book because it's often too dark or ...?

Elisa: No. It's more about... for example, in the Spain context, when we design outdoor spaces or indoors, we should have on mind the differences between the seasons and adapted to bioclimatic design, with climate change this is challenging. This also means that it could be like 2 degrees more for old people that feel...

Eloy: When they are in at home, inside you mean?

Elisa: And also, outdoor space, for example, in gardens or something they usually have like flexible features of architecture like pergolas or designing with the outdoor environment. So during the seasons it can be adapted a little bit more comfortable to enjoy outdoors because if you don't have shading...

Eloy: I totally agree, but that's what all the Spanish people do...

Elisa: I know, I know, this is an example.

Eloy: No, no that's why I pointed this. If you look at how people in Spain live they live differently than in The Netherlands. They will provide their environments with e a pergola, they all have covered places, they all have shadow... They are not sitting in the sun

immediately like the Dutch because it's too hot and you get sunburned, etc. But that's all sort of normal...

Elisa: Cultural...

Eloy: Normal Spanish life.

Elisa: Yes.

Eloy: And so that's how you should design something like this in Spain. And so, you should take as you design smaller windows otherwise it gets too hot, but it's also more recognizable for people in Spain. You should design gardens with trees, but there are bugs... In The Netherlands it's always raining and it's always cold, and so we don't have the beautiful weather like you have in Spain where it's always dry and hot. (...) So that is an argument often that wasn't happened in the past, to cover everything because it's always raining in The Netherlands. So I was a little bit afraid - or I'm afraid - that architects say "*look, it's always miserable weather so let's cover everything*" and then you have your institution again. So rain is not a reason to cover. Hot summers are not a reason to air condition everything. But it's a reason to create spaces that are maybe air-conditioned or maybe in the shadow because the Spanish people are also more used to the heat and they have another daily rhythm than the Dutch people have... the Spanish people eat at 22 h in the evening, the Dutch at 17 h. For example, the Spanish people have as "siesta", the Dutch not. So, you must really go back to what's normal life for the Spanish people. Take into account that they are elderly, but don't exaggerate and don't try to take care or because you take away normal life. And normal life, what's normal for as a Spanish person, should be the aim.

Elisa: But this is interesting, because when you go to the manuals for example for designing for the dementia-friendly environments, at the end, it's general guidelines and about the colours, the contrasts, the materials... but in each country in each region, in each city... you have special features that should be taken into account to develop a design that is really talking about your... your cultural "heritage" also.

Eloy: That's important. But also, in the guidelines you mentioned... the guidelines you mentioned are often based on institutions so you must be very careful. Because what we do here and these outside parts, many people said this is impossible for people with dementia, and the colours, the big windows, the many things that many universities wrote that it's not correct. And you must have the same colour everywhere, and good contrast, yes, of course... And people with dementia, all people have visibility problems, but sometimes the design based on those regulations (...) you can't see the difference. And so,

you... that's not what elderly wants. So, the fountain is often seen as a very dangerous aspect of this design, it's not suitable for people with dementia or the railings and so the bridges, because they think that people jump off, so they close it in, and they etc. They do all with glass and higher and higher... for - I would say - wrong reasons. Because people with dementia are not stupid. And I think that. I want that, I want that I've proven or want to be proven or whatever, that people with dementia if they live not in an institution but in a more natural recognizable way, in your situation Spanish environment, they will act more normal. And one it's not proven, but I think that the institution itself with the nice smooth same colour flooring creates more problems because it's not the natural environment for that person. So she's confused and there's even a higher falling risk maybe then in a more challenging outdoor natural environment. I have always the impression that when they are outside or maybe in the rain or the cold or the heat, that the resident is more alert in what he is doing besides that if he is more outside and he trains himself he's doing his therapy. He's training in a natural way, walking outside, so it's more used to walk out outside. So... and that's with the guidelines of course, contrast, for example, is important; enough light is important. But be careful with the guidelines if they are based on institutions.

Elisa: Yes, of course. And many of them are based on the indoor spaces, trying to adapt to other spaces and specifically to them. And it's true that I think it's also like for playgrounds and children that you try to make the same thing, the safest as possible, and then...

Eloy: And that's also completely the wrong way. Because they are not allowed to fall anymore, they get dirty, that's the same thing. So, it's the risk of first society. It was a student, so it just delivered his... what he said is his report and I was reading all his scientific research, and so it was all out of the 80s; so, I said '*in the 80s how did a nursing home look like?*'. So all that research is based on that part, 20-30 years ago... 40 years ago... and it was completely different. Doing research in a nursing home in the 80s and doing research in a nursing home nowadays, so you refer to scientific proof that's maybe already old-fashioned or not real anymore. So, we must be very careful in that, and I always encourage to use - really use - your common sense, so challenge each other. What do you really like... what does work for your mom your dad, the elderly in your country?

Elisa: And about the development of this urban area, when it started, was it the only care home for the residents here and nothing else surrounding it?

Eloy: That was 40 years ago. Ok, that was really 40 years ago then we created that institution. There's a picture somewhere, maybe you see nothing else, only a brand-new building in middle in the nothing. And so that's and that was an institution, but at that time

the society looked at people with dementias weird people, crazy people or... so they had a different look at people...

Elisa: But the urban around was already looking for development or they...?

Eloy: I don't know. So now it's all built in so...

Elisa: In Spain, we are still building residential facilities out of the city. And also the co-housing new residential models are located out of the city because the prices in the city centre are very expensive.

Eloy: So that is. That's a reason why you do that. But what we try to achieve and I think also you, is the social inclusion and so we... we talk about seven pillars that carry this concept: 1) a favourable surrounding; 2) life pleasures - just having fun in life in the last 2 or 3 years of your life -, fun and denied things and/or terrible things, but things you want to do, 3) lifestyles is an important pillar; 4) staff, volunteers and employees and family is a very important pillar; 5) the organization that manages is a very important pillar; 6) health, how do you look at health and care (...) the health pillar is very important... but we added a new pillar: 7) inclusion, social inclusion and emancipation. And inclusion and emancipation. It's about the emancipation of people living with dementia... as being a full member of the society... again maybe. So, we cannot build all kind of facilities like this to solve the aging population. That's not the solution. We must include and we must look at different ways, maybe specific places for the heavy cases people who really need that secured safe environment but how far can we go to open up and talk about the risks we have in daily life, and the risks for people living with dementia and having fun in life? And maybe they may be taking the risk, that you drown in the fountain, because this fountain attracts people, children and people in the summer and in the winter and so they want to see and look it's a normal part of daily life and so in that way looking at people...

Elisa: Yes ... and for example the features like the cafe or their hairdresser if people want to use them, are they open for the residents? Is it free?

Eloy: Is it for free in Spain? It's also not in The Netherlands... so if you pay, you can use it.

Elisa: And how residents manage this? It depends on their families or maybe their family accompanies them one day or...?

Eloy: Let me make clear, the people who are living here they cannot stay at home. They are here for a reason. Dementia is their primary disease. But they are here because they cannot manage their own life anymore, so they cannot manage their own appointment with the hairdresser, they cannot cook a meal, they cannot do the whole the laundry, they

cannot... but I want them to participate. So that's what we organize with the professional support. What you can see is that this model also works for people with a little less dementia or without dementia. So, some people look for a safe surrounding with all the services and so how open can you make it but for the residents who are here living paid by the government they all need really care and support they cannot make those appointments or manage them. That's why I need the 24x7 support of us and hopefully, still the family who comes here when they want to go.

Elisa: And do you expect that for example Hogeweyk (...) Do you expect that if the law change, and that can have for example some rooms or housing including the students or other innovation... do you think it could be possible like...?

Eloy: Of course, it's possible... you should visit Humanitas in Daventer, where it's also an old building but they rent out apartments to students. That's one of the examples I should do next time: mingle. Because as soon as we talk with them, we are sort of connected. As soon as you let five students live here you create immediately another vibrance. And they bring other people, young people, they are up late, they make music, they do other things, they disturb, disrupt the normal life here and that's good... so those elements, the students, young, families, schools, etc... Normal society. That's what you should do. And that's what I would do in the new models, I don't expect that it's done here. Sadly not, but this is for us the best way to afford to create affordable sustainable model but why not I don't see Vivium building some student apartments here. I suggest... Ok, we are 20 minutes over time...

Elisa: Oh, sorry.

Eloy: Oh no, my response. I always explain my colleagues. What's your impression?

Elisa: I'm very glad I've came here because it's true that, as you said before, like you can read, and you only have partial vision of someone that tells a story and I was very curious to know the project and I understand also the phases and how this is evolving and how it's adapting and how it's challenging.

Eloy: That's very important on the timeline. Also some people look at us as this solution, but it's not the solution, but it's helping people to change the mindset and that should be maybe more the solution.

Elisa: Yes. But it's impressive and I'm very happy that people have the initiative to change things and go forward like for this kind of project.

Eloy: And we need new. So, there will be new the Hogeweyk like this model to make the changes in their societies. But in the end, I think it's not the solution because there are too

many people with dementia, and I think that more people could stay part of the society. But you are here to look at this innovation, which is already 20 years old. So you see how slowly it's and the transition is going more slowly... it takes time.

Elisa: Yes, of course... but usually Spain is like 10 years more in the past...

Eloy: But you have the advantage you can say that you can skip some steps, and then, maybe hopefully... so...

Elisa: Yeah, and go forward... We'll see... It's very nice to see the challenges that are facing in some countries that some things are the same, other things are different and how to adapt. Thank you very much.

Eloy: But I want to encourage you all to go back to what is for you and your parents really important. What do you want, what do you not want for your parents that work on what do you really want also, and we'll see more and more. We inspired a lot of people. Five years ago, I wouldn't dare to say that, but now you see that The Hogeweyk is so well-known now in the world. It inspires people to think out of the box and to try to make a shift in thinking in the society and it depends really where you are in the world. In Asia, United States or Canada or Europe and so you see different ways that people care for elderly and sometimes I'm very happy to see, but sometimes I'm really shocked what I see. How we look after elderly in general or what the society does with people but that's also the reality.

Elisa: Thank you.

3.2. Manuel Wijffels, Kweik Beweegroute (Nuenen)

Cargo: Diseñador y fundador de *Denovo Design*. Fundador del proyecto *Kweik Beweegroute*

Fecha de la entrevista: 15/01/2020 Duración: 24 minutos.

Preguntas de la entrevista e información a recolectar

1. How was this idea created? Who started this initiative? Were the neighbours or citizens looking for someone creative to develop the design and process development?
2. Is any institution or association linked to each itinerary?
3. Do you have measurements of its impact? Is it used by the communities along the whole year?
4. How are the workshops organized with citizens? How is it scheduled? Is it flexible? How the design team manages the participation of the citizens?

5. Which is the relation with the local municipality? Is there any support?
6. Are the health services and care ones aware and support this initiative?
7. Are there other projects emerging as “public equipment” to be engaging activities for associations?
8. How much did this project cost? Was it expensive the materials and production of the pieces?
9. How Denovo Studio works normally? Which other kind of projects do you develop?
10. Which would be the most interesting thing about this kind of project from your point of view? The local cohesion / Improvement of health...?

Transcripción de la entrevista

[Visita al centro de mayores y comienzo de la ruta en el punto de encuentro, frente al plano de situación]

Manuel: Here you can also have a drink and it's starting point. So the meeting point for the people is important as well from this concept. That you meet people, they cannot do it alone all by themselves.

Elisa: One question, the house we have visited is like a day-care centre or is it a residential facility? Do people normally stay there for the...?

Manuel: Yes, yes. they live there.

Elisa: Ok, so they live there. Ok, ok.

Manuel: Yes, most of them. It could be day-care centres too but I think mainly they live there.

Elisa: And the project is made by the institution? or by the local...

Manuel: The initiative to have this "Kwiek route" in Nueneen was started at this organization.

Elisa: Alright.

Manuel: So, we have realized this one here in this village, and every other... so we have realized almost 40 of them in whole Europe and most of them in The Netherlands. So, this is just one of them.

Elisa: Ok, I see. And this is normally an institution like this one that make it?

Manuel: Not, but it is open.

Elisa: And is it only for... it's like this kind of routes are focused on old people?

Manuel: Yes. The starting point is seniors. I think the exercises are interesting for children too, maybe up to 10, maybe... after that I think you can have more challenging exercises.

But for the elderly it's... I mean, depending how your physical state is but different exercises are important and it's good for them to do different ways to keep your mobility...

Elisa: Yes, and flexibility and everything... Ok. But you work with a team of physiotherapists or...

Manuel: Yes, the development was almost in 2013.

Elisa: Quite long time ago.

Manuel: Yes. It was already some time ago, or at least... then the first route opened, so we were already before... we were busy with that. So the first question came from the community of Eindhoven to say "OK, we have so many designers in the city, we have some social issues and let's define a project where we say 'OK, we have in this case senior neighbourhoods where there's a percentage of seniors very high'". It was like 20 % or something 23 %, I don't know...

Elisa: Yes...

Manuel: And we had several teams of designers that got into one neighbourhood and the subject of the call was public space and seniors. And you had to design a public space not even maybe the most necessary, but come with a project that helps society or covers certain issues. So some another team was creating kind of a food market on Saturday to cook together... and we had... we in the end we came up with this project like 'ok, you can put the fitness apparatus in public space' but we interviewed the seniors at this place and they said 'yeah, we don't want to sit there and everyone looking at us'... And so we had 'Ok, we want to let people meet each other + you want to have a healthier lifestyle...'. And before we knew we were after the route already.

Elisa: Alright. So as the meeting point was there...

[La entrevista continúa caminando ya viendo algunos elementos situados en la ruta]

Manuel: Yes, so this is a good reference. We found this... OK, this is good to use because you can have a lot of and it's safe because it's not on the edge of the road...

Elisa: Yes. Talking about safety... Are you always aware of accessibility, right?

Manuel: Yes, like mostly... Yes, but sometimes the community can change the infrastructure.

Elisa: And is it possible that engaging in this project makes a municipality to think about one cross or to connect different points...

Manuel: Yes, of course. If there is a situation that we think it's really valuable, then and if the community agrees and has some money, then they invest for example that you can...

Elisa: Yes, like the road crossing that can be...

Manuel: No without the bump you don't have the edge of the sidewalk...

Elisa: Yes, like a little ramp...

Manuel: So they contemplate this and they put an extra bench or anything else if something happens, yes.

Elisa: And do you have like a surveillance of the projects how they are evolving or...?

Manuel: So the visitor press here... They got involved with the project too so they already created their studio... So here's another one.

Elisa: Yes, this one I've already seen it...

Manuel: This way... so this is for example quiet, you have to look quiet, well, left and right... but at least you haven't somehow some say spot in the middle and here you have a little round so it is...

Elisa: Yes, this one for the bikes...

Manuel: For the bikes, but you can also use it to hold to support yourself if you're not very balance.

Elisa: Alright. And how do you think the... Because I have watched the video you have in the website and really the video is also very... how to say... a very communicative about the happiness of people being engaged in this kind of project. How do you feel that this also helps the community to give more visibility to older people?

Manuel: Does it help? Do you mean if it helps?

Elisa: Yes, I mean like having this on the place it can also be a tool to raise awareness about how to be inclusive communities with old people. Do you think that...

Manuel: The video doesn't say that especially I think but...

Elisa: Well, no. Not especially, but the feeling of being engaged in something constructing and built together that they are part of and they can use the public space through an interesting itinerary that can be something for them that makes them more inclusive, I mean, it's...

Manuel: Yes, but I won't say it does make them more inclusive or... I mean, they can walk everywhere if they want.

Elisa: Yes, of course. But for example, in one case I know in Madrid there's a walking ... walking for people route of these European initiatives but it's in only a big very a very big park in the middle of a very big district but getting to the park is impossible for old people, because it's not secure, it's unsafe, it's long distances... so yes, the route can be great, and the park is amazing, but people can't go. So they feel that this kind of initiatives are not a tool for them sometimes... So it's like that they can't participate.

Manuel: So this is one of the sizes you have at this... or light distance, this is called walk quickly, here's your zero, the start, let's say.

Elisa: So the thing I say is that this kind of furniture or tiles or whatever it is... is to use the public space to put activities that old people can engage and it also creates like a feeling of belonging and towards the community... do you think it's the same ... no?

Manuel: I'll have to think about it what you said.

Elisa: Maybe here is natural.

Manuel: It is complex. And this is a way... this is on asphalt but I don't like it so much so maybe another picture...

Elisa: Well, it doesn't matter ... Photoshop creates everything.

Manuel: So here we go back, this way... that's the reason, because it was a nice one... yeah I think the communities they often... here you see the bench.

Elisa: This is great, it's just perfect.

Manuel: There's also a walker parking so if you have a walker, you can park...

Elisa: I saw it on your site... now I remember.

Manuel: But it is just our version.

Elisa: That's so great so they don't have to...

Manuel: Yes, then you sit together. I mean you miss now... you miss one place you could have a bigger bench.

Elisa: Yes, but that way is inclusive.

Manuel: In that way it is not out, it's not blocking the street so you can park there and sit there, or if it's full you can sit in the middle...

Elisa: Yes, this is perfect.

Manuel: The Van Gogh statue with his drawing board and... Shall I make you a picture?

Elisa: Yes... please... a souvenir ... thank you very much!

Elisa: So how much more or less cost the product? I mean, the complete work... more or less which is the average price?

Manuel: Above 6,000 €.

Elisa: Alright, including your work?

Manuel: Yes. Let's say over... from start to finish.

Elisa: Yes, and for the production of the tiles, do you work with a production company?

Manuel: Yes, we work with a company that produce every tiles. But it is not easy, because the environment is super difficult. There is another one.

Elisa: It's a long route. I mean how many kilometres is it normally?

Manuel: I don't remember this one. It's quite a long one, but I think the average is... we say 1,200 meter is enough. But... so the first route was only 800 meters, but we also did one of 1,5 kilometres.

Elisa: Alright, it depends.

Manuel: It's not that much but it's enough. I mean, if you really take your time to do all the exercises, I mean... you can walk this in 15 minutes - 20 minutes... But if you do all the exercises it's easily 45 minutes... that's enough I think for...

Elisa: Yes, another purpose is to go out and do some exercise and socialize...

Manuel: But also, if you go to the supermarket and you just have 1 or 3 or 2 and you can also do it... you can also exercise here. So here we go right again to the starting point. It's interesting to see why this route has been revised two years ago... I think. And how already many things changed... like over there, there was a building missing in our building here was a building it's not there anymore...

Elisa: This place is in a city that changes a lot...

Manuel: then we had a... and you can also wonder if that's a good place here because it's a little back inside... but on the other hand, you are also feel free to do it... you can do it together... when we do the openings, it's always nice this exercise because really it's good for the picture... yeah it's quite cold you don't think so?

ANEXO II. TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTAS A AGENTES CLAVE

Elisa: Well, I'm in Newcastle now and I I'm living there like a spring. It's sunny all the days, it's even not raining... so I'm amazed like 'OK, but I was going to the North, so I don't see it and here yesterday I was freezing'.

Manuel: How did you come here? By plane or...?

Elisa: So, I went by plane to Amsterdam and then took the train to Arnhem.

Manuel: You have friends there

Elisa: Yes, a friend of mine is living there until March and then on Monday I will go by train to Amsterdam and visit this place De Hogeweyk...

Manuel: How do you write it?

Elisa: Hogeweyk... if you're interested i can see you send you the link...

Manuel: Just write me or just send me there...

Elisa: So it's one of the most famous Alzheimer's villages in Europe. And I really want to visit it and learn how it's working and how they develop also the design of the spaces.

Manuel: There is Veghel, it's not that far but they're really focused on senior friendly city, and they also realized one Kweik route.

Elisa: What's the name?

Manuel: There's a scale and place it's quite similar to this place...

Manuel: Maybe a little bit bigger, Veghel...

Elisa: Ok, I will check it out.

Manuel: They have more... they also have nice meeting space for socializing and having activities, creative things such as gardening and it's interesting. Maybe if you really want to know, maybe I can share with you a contact person you could...

(...)

Elisa: Also I will visit Brugge, that has a dementia friendly action plan for the city and also I have noted a little place that has like routes for dementia friendliness and they are focused more on the a reminiscent promenades like to recover memories during these walks through landmarks or something like this and it's quite interesting too...

Manuel: if you I can send it, i'm interested.

ANEXO II. TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTAS A AGENTES CLAVE

Elisa: Yes, for sure. Because I think it's complementary and have this so... it's to relate also not only the physical but also them how to engage the memory they're both important. Also for dementia the physical is important...

Manuel: Yeah, it's very important too.

Elisa: But you have also to think about how to activate their mind and everything so I will share with you.

Manuel: Sure, we have one in Belgium, it's in Cortrique.

Elisa: Ok, cool... I will probably pass through there.

Manuel: Oh, Cortrique is in the south it's nearly... You don't need to revisit them. It is so one today. Of course, everyone... all the ones are a little bit different but the concept is more or less there.

Elisa: Cool, very nice to meet you.

Manuel: Good to meet you.

Elisa: Thank you very much for your time.

Manuel: I don't know what you're going to do still in Holland...

Elisa: Tomorrow I will probably go to Utrecht.

Manuel: In Utrecht we are now busy with the first one, just the development phase. With the big cities... then only 1 kilometre in the big city. It's not so much, it's just one neighbourhood.

Elisa: Yes, but well... maybe they try to engage more... how long does it take a project to be created one year or less?

Manuel: Yes... no one knows it really... It really depends what its inside... Maybe half year mostly entire time... it finish sometimes quicker but it depends the way you start counting. You say 'OK, we want the project and then we have to start to find the funding'. It takes more time...

Elisa: You also help them with the funding?

Manuel: No, no. If people decide 'oh yeah, we want it', so yeah, it's often that they had my first contact and only 2 years later you start to realize it. But I have contact with the Manchester... I want the presentation so I was wondering if you... this booklet you talked about was... I don't remember her name she was professor I don't know if it was

Newcastle... I had a little book where they probably made a little publication about people with it. What was the one you saw or you...?

Elisa: Which one?

Manuel: You said there was a publication... it was an example...

Elisa: Yes, I can share with you. It's online, I think it was the University of Manchester... I think so.

Manuel: So, I think there was a connection then.

Elisa: I will share with you, just in case.

Manuel: The children are going to... Maybe they are just interested but...

Manuel: Maybe not, they're just interested but...

Elisa: We'll see ... children can't do play around whatever ...

Manuel: What we think too, like you have to again see public space as a child... or less and it's a challenge for senior people or more grown-ups. More or less that's what we want to do... Sometimes I say also like I hope not to be needed anymore in 5 years that everyone knows if he sees a bench he can do this exercise, maybe that's not possible...

Elisa: But sometimes I mean you can play on the crossroad as the child did, but as you get got older and someone told you like... so you are not a children so you stop doing it. So having a tile or a sign that encourages you like this is normal this is for this, so you can play already in this street so it reminds you that... it's for that, it's for playing or whatever so it can help also...

Manuel: Yes, in our presentation we always say 'you know, so like it's a mentality change what we want to reach or to achieve'.

Elisa: Yes, this is the main issue...

Manuel: And the habit is not that easy but... all right.

Elisa: Nice to meet you. Thank you very much.




Manuel: See you, bye.

Elisa: Bye bye.

ANEXO III. TABLAS DE EVALUACIÓN MULTIESCALA DEL ESPACIO PÚBLICO Y ENTORNOS

Tabla 1. Herramienta de evaluación del espacio público y entorno urbano.....	575
Tabla 2. Herramienta de evaluación de la parcela y del entorno urbano inmediato.....	578
Tabla 3. Evaluación cualitativa de elementos de diseño del entorno residencial....	582

Tabla 1. Herramienta de evaluación del espacio público y entorno urbano

Herramienta de análisis del espacio público y entorno urbano			
Características del diseño	Indicador cualitativo		
	 Buena calidad	 Suficiente	 Insuficiente
Conectividad			
1. Red de itinerarios peatonales en la zona Sistema de itinerarios peatonales para caminar en toda la zona.	La distancia es menor a 125 m, las calles tienen aceras amplias, no es necesario cruzar ninguna carretera y, en el caso de serlo, en buenas condiciones de seguridad y visibilidad.	La distancia está entre 125 y 250 m. Las aceras tienen un ancho suficiente.	Las distancias son mayores a 250 m. Las aceras son estrechas.
2. Conectividad entre espacios públicos de convivencia Sistema de conexiones en el barrio entre espacios públicos y conexión con la red de transporte público.	Es una zona de actividad mixta (residencial, servicios, actividades) y el espacio público está a <125 m de una estación/parada de transporte público.	El espacio público se localiza entre 250 y 500 m de una zona mixta (residencial y de servicios) y de una parada del transporte público.	El espacio público se localiza a >500 m de una zona mixta (residencial y servicios) y de una parada del transporte público.
Accesibilidad			
3. El ancho mínimo de las aceras en los itinerarios a los puntos de interés Ancho suficiente para que pueda moverse una silla de ruedas, dos personas asidas del brazo o incluyendo espacio para las múltiples formas de apoyo.	> 2.5 m	1.8 m	< 1.8 m
4. Accesibilidad para llegar al espacio público Escalones, barreras físicas y obstáculos que impiden un recorrido continuo y agradable (coches mal estacionados, árboles, mobiliario, cubos de basura, kioscos o cualquier otro elemento).	No hay escalones ni barreras físicas. Las rampas tienen <5% de pendiente.	Rampas con pendiente > 5% > p > 8 %	Escalones o rampas con > 8% de pendiente.
5. Pavimentos y superficies en buen mantenimiento Superficie lisa, nivelada, anti-deslizante, en buen estado de mantenimiento y no resbaladiza.	Superficie lisa, sin agujeros ni resaltes y no resbaladiza.	Los pavimentos no son regulares.	Los pavimentos presentan agujeros, superficies irregulares y resbalan cuando están mojados.
Orientación			
6. Señalética y paneles de información Existen suficientes elementos informativos y señalética o referencias espaciales para ayudar a orientarse.	Existe señalética y paneles informativos claros y con información útil, localizados en puntos estratégicos.	Existen señales informativas con algunas referencias de las calles o elementos más turísticos.	No existe ninguna señal o hay información confusa.

ANEXO III. TABLAS DE EVALUACIÓN MULTIESCALA DEL ESPACIO PÚBLICO Y ENTORNOS

7. Legibilidad del espacio para los itinerarios peatonales Transparencia y continuidad del espacio.	El acceso al espacio es claro e intuitivo. Los bancos se sitúan de forma clara. Los aseos y otros elementos funcionales están indicados.	El acceso al espacio es claro. Los bancos se sitúan con claridad en el espacio.	El acceso al espacio no es intuitivo. Los elementos urbanos no son accesibles y están en lugares escondidos.
Seguridad (tráfico)			
8. Itinerarios separados: peatones y ciclistas Prioridad peatonal y segura, separada de otros medios de transporte, siguiendo los principios de accesibilidad.	Hay itinerarios separados para peatones y ciclistas.	Hay itinerarios peatonales separados de los carriles ciclistas, pero hay intersecciones y falta de continuidad.	Los itinerarios peatonales comparten espacio con otros usos.
9. Existen suficientes cruces peatonales, con semáforos con tiempo suficiente, señales auditivas, isletas o pasos elevados y sin rayas resbaladizas Miedo a salir a la calle por el intenso tráfico rodado o situaciones de riesgo cuando se cruzan las carreteras.	Existen cruces peatonales seguros, bien indicados y con luces de tráfico.	Hay cruces peatonales sin semáforos y algunos de ellos con obstáculos que limitan la visibilidad.	No existe ningún cruce peatonal en las conexiones entre espacios ni en las intersecciones.
Seguridad (seguridad percibida y delincuencia)			
10. Diseño del espacio creando conexiones visuales desde todos los puntos El diseño puede afectar la sensación de miedo o inseguridad.	El espacio es convexo y todos los puntos son visibles entre ellos. Los edificios alrededor tienen menos de tres pisos de altura.	El espacio es convexo y todos los puntos son visibles entre ellos. Los edificios tienen más de 6 pisos de altura.	Existen muchos puntos ciegos, sin continuidad visual.
11. Iluminación Niveles de iluminación suficientes para mejorar la sensación de seguridad.	Iluminación de las calles regular y suficiente por la noche. Mínimo 20 lux.	La iluminación de la calle se concentra en las calles principales, pero hay espacios a oscuras.	La iluminación de la calle es insuficiente e irregular.
Elementos y mobiliario urbanos necesarios			
12. Bancos Diseño ergonómico, opciones accesibles y número de asientos, espaciados a una distancia regular.	Al menos 1 ó 2 bancos tienen reposabrazos y respaldo y están hechos en madera.	Los bancos tienen respaldo y están hechos en madera.	Los bancos no tienen respaldo y los materiales son distintos de madera (metal o piedra).
13. Apoyos isquiáticos Existen suficientes lugares para sentarse, apoyarse y descansar.	Existen apoyos isquiáticos combinados con bancos.	Existen apoyos isquiáticos.	No existe ningún apoyo isquiático.
14. Aseos públicos Existen suficientes aseos públicos en número. Están limpios, en buen estado de mantenimiento y funcionamiento y son accesibles.	Existen baños públicos alrededor en buen estado de mantenimiento.	Hay aseos en cafeterías y bares alrededor que pueden ser utilizados por no clientes.	No hay ningún aseo ni cafetería a donde poder ir.




ANEXO III. TABLAS DE EVALUACIÓN MULTIESCALA DEL ESPACIO PÚBLICO Y ENTORNOS

15. Fuentes de agua potable Para evitar la deshidratación, es necesaria la existencia de fuentes públicas accesibles y en buen mantenimiento.	Existen suficientes fuentes de agua potable diseñada con criterios de ergonomía.	Existen suficientes fuentes de agua potable.	No hay ninguna fuente de agua potable.
Confort			
16. Confort térmico Existen lugares estanciales para estar agradables y los bancos se sitúan en lugares óptimos.	Los espacios para sentarse están siempre protegidos por árboles o vegetación.	Los asientos solo están protegidos en invierno o en verano (diseño deficiente).	Los bancos no están protegidos ni resguardados. La vegetación, si existe, se localiza en zonas donde no mejora la calidad ambiental.
17. Viento Protección de los vientos dominantes en invierno y favorecer las brisas en verano.	El viento se protege de los vientos dominantes durante el invierno y durante el verano, se favorece la brisa, todo ello gracias a elementos del diseño.	Existen áreas protegidas de los vientos dominantes en invierno.	No existe ninguna protección frente al viento dominante durante el invierno.
18. Confort acústico Distancia a los ejes de ruido y a los elementos que causan niveles de ruido molestos.	Los límites del entorno están separados más de 500 m a más de cualquier carretera. La exposición a los niveles de ruido es menor de 65 dbA.	La exposición al ruido está entre los 65 dbA y los 75 dbA.	Los límites del entorno están separados menos de 125 m a cualquier carretera, sin vegetación ni barrera acústica para mitigar los efectos el ruido. La exposición es superior a 75 dbA.
19. Confort visual Los espacios del entorno son atractivos, con naturaleza y elementos agradables y estimulantes para observar.	Hay elementos de diseño atractivos como esculturas o arte público. La vegetación está bien mantenida y florida.	No existe un elemento particular de interés. La vegetación se mantiene dentro de los estándares, no hay ningún elemento singular.	Existe contaminación visual como grafitis o excesivos anuncios.
20. Olores Elementos de diseño sensorial integrado en los parques o calles.	Flores y especies vegetales seleccionadas con gran variedad de olores y aromas.	Mantenimiento regular del drenaje y el alcantarillado y no presenta ningún problema.	El alcantarillado presenta problemas generando olores desagradables o la contaminación de corrientes de agua próximas.
21. Mantenimiento Entorno agradable y limpio.	Los espacios están limpios, el mobiliario urbano está bien mantenido, existen suficientes papeleras y no hay grafitis.	Los espacios están limpios, pero falta un mantenimiento óptimo.	Existe basura en las calles y grafitis que degradan el espacio.

Espacios verdes y vegetación			
22. Árboles Sombreamiento de los árboles de la radiación solar.	> 30% en áreas de gran densidad.	> 50% en áreas de densidad media.	> 65% en áreas de densidad baja.
23. Vegetación Selección cualitativa de las especies vegetales.	Las especies vegetales son locales, hay diversidad y son abundantes.	Las especies son locales. El mantenimiento es suficiente.	Los árboles se sitúan sin criterio y son pequeños, con escaso mantenimiento.
24. Espacios verdes y parques Las áreas verdes están próximas y accesibles. Incluyen todos los elementos mencionados previamente asegurando la calidad de los espacios públicos.	> 1000 m ² de parques a una distancia < 200 m. Existen espacios verdes pequeños a menor distancia.	> 1000 m ² de parques a una distancia < 200 m. No existen zonas verdes de menor tamaño.	> 1000 m ² de parques a una distancia > 200 m. No existen zonas verdes de menor tamaño.
25. Superficies permeables Las superficies permeables mejoran el confort térmico en los espacios.	>30% de superficies permeables en la totalidad del área con un coeficiente global de edificabilidad = 0,5 (m ² c/m ² s).	Existen superficies permeables únicamente en zonas verdes.	No hay ninguna superficie permeable.

Fuente: Revisión del trabajo publicado en 2020 en *Territorios en Formación* (Pozo Menéndez, 2020). Elaboración propia a partir de Agencia Ecología Urbana de Barcelona (2016), Blanco Velasco et al., (2016), Mitchell (2012), Organización Mundial de la Salud (WHO, 2007), Sonmez Turel, Malkoc Yigit y Altug (2007), Verdaguer (2005) y Mitchell, Burton y Raman (2004).

Tabla 2. Herramienta de evaluación de la parcela y del entorno urbano inmediato

Herramienta de análisis del espacio público y entorno urbano inmediatos			
	Indicador cualitativo		
Características del diseño	 Buena calidad	 Suficiente	 Insuficiente
Accesos			
1. Acceso principal peatonal a la parcela Diseño de un acceso peatonal exclusivo, accesible y bien señalizado.	El acceso peatonal al centro es la entrada principal, completamente accesible, bien indicada y con una zona estancial próxima.	Existe un acceso principal peatonal segregado y es accesible (pendiente, ancho, visibilidad...)	El acceso peatonal está compartido por otros medios de transporte.
Movilidad sostenible			
2.a. Transporte público Hay una parada de transporte público a <125 m.	La parada es accesible, está bien ubicada y señalizada y tiene zonas de espera resguardadas.	La parada está próxima pero no cumple la normativa de accesibilidad.	No hay una parada de transporte público a esa distancia.

ANEXO III. TABLAS DE EVALUACIÓN MULTIESCALA DEL ESPACIO PÚBLICO Y ENTORNOS

2.b. Aparcabicis seguro Existe una zona de aparcabicis vigilada o con seguridad en la proximidad a la entrada del centro, dentro o fuera de la parcela.	Hay una zona de bicicletas segura y resguardada dentro de la parcela.	Hay aparcabicis poco seguros, bien por la falta de vigilancia o por el tipo de sujeción (de rueda).	No hay aparcabicis.
2.c. Cargadores eléctricos El centro cuenta con cargadores eléctricos para vehículos, <i>scooters</i> o sillas eléctricas.	Hay >1 toma de carga y para diferentes tipologías de vehículos.	Hay 1 toma de carga para vehículos eléctricos.	No existe zona de carga de coche eléctrico.
2d. Promoción movilidad sostenible El centro promueve iniciativas de movilidad sostenible como compartir coche, programas de mes sin coche o iniciativas similares.	Hay información disponible, programas o una app para fomentar la movilidad sostenible en el centro.	Existe información o concienciación, pero sin un programa específico.	No hay ninguna actividad o programa específico sobre movilidad.
Relación con el exterior			
3. Perímetro de la parcela Conexión visual y relación de la parcela con el exterior y el barrio.	El perímetro tiene un tratamiento paisajístico o vegetal y hay zonas permeables al espacio de la calle y entorno exterior.	El perímetro es una reja metálica a través de la que se puede ver, pero crea una barrera física evidente.	El perímetro es opaco, evitando la relación con la calle y el entorno de proximidad.
Orientación / navegabilidad			
4. Señalética e información Los accesos principales al edificio están bien indicados, así como otros itinerarios prioritarios.	Todos los accesos están bien señalizados e indicados.	La puerta de acceso principal está bien indicada.	Es difícil identificar los distintos accesos del centro.
5. Legibilidad del espacio Es fácil orientarse y ubicarse para acceder y, en su caso, recorrer la parcela.	Las distintas zonas de la parcela están bien señalizadas y los recorridos accesibles son evidentes.	Los recorridos principales están bien señalizados.	Es difícil reconocer las entradas al centro.
Espacios exteriores			
6. Diversidad de actividades y programas Los espacios exteriores tienen zonas habilitadas para desarrollar distintas actividades.	Existen zonas diferenciadas o polivalentes para desarrollar actividad física, ejercicio, actividades de jardinería, de relajación u otras.	Existe algún tipo de espacio en el exterior estancial pero poco adaptado.	No existe ningún espacio exterior habilitado para desarrollar actividades.
7. Mobiliario ergonómico adaptado El mobiliario de las zonas exteriores es cómodo y ofrece posibilidad de uso para las distintas necesidades de las personas usuarias, familiares y personal trabajador.	Existe variedad de mobiliario, los bancos y las mesas son ergonómicos y con espacios estanciales adaptados para sillas de ruedas.	Existe variedad de mobiliario exterior adaptado a distintas actividades.	No hay mobiliario específico ni bancos ergonómicos.
8. Terrazas Las terrazas están bien acondicionadas y son un espacio utilizado dentro del programa funcional.	Las terrazas están adaptadas para realizar actividades a lo largo de todo el año.	Las terrazas tienen algún tipo de mobiliario, sobre todo zonas estanciales (mesas y sillas).	Las terrazas están infrutilizadas.

ANEXO III. TABLAS DE EVALUACIÓN MULTIESCALA DEL ESPACIO PÚBLICO Y ENTORNOS

9. Superficies y acabados del pavimento Los acabados superficiales son antideslizantes, lisos y están adaptados al clima local (albedo, permeabilidad).	Los pavimentos exteriores son adecuados y hay coherencia estética.	Los pavimentos cumplen los requisitos mínimos para ser antideslizantes y continuos.	Los pavimentos son deslizantes y los materiales no están adaptados al clima.
10. Mantenimiento La urbanización y las zonas exteriores están en un buen estado de mantenimiento.	El estado de mantenimiento es óptimo.	Se identifican algunos desperfectos (pavimento roto o vegetación sin mantenimiento, etc.)	Se identifican zonas abandonadas o con averías visibles.
Espacios verdes y jardines			
11. Arbolado El arbolado son especies locales, con distintas variedades caducas y perennes.	Existe variedad de especies locales y están situados para ofrecer protección en zonas estanciales o a fachadas principales.	Hay algunos árboles, pero no están situados en zonas estanciales o hay poca variedad de especies.	No hay variedad de especies y ninguno de los árboles ofrece sombra.
12. Biodiversidad Existe vegetación variada, incluyendo arbustos y diferentes especies para favorecer la biodiversidad.	Hay plantas aromáticas, con variedad cromática, de texturas y distinta época de floración.	Existen diversidad de especies vegetales.	Hay poca variedad de especies y hay algunas tóxicas o alergénicas.
13. Diseño paisaje El espacio exterior está diseñado con coherencia con el programa del centro y el entorno.	Hay un proyecto paisajístico integrado con distintas zonas estanciales y de actividad en los espacios exteriores.	Existe una zona ajardinada, pero sin programa funcional integrado.	La superficie de zonas verdes representa <10% del total de la superficie en planta.
14. Diversidad programas El espacio exterior tiene distintas zonas para actividades diferenciadas.	Existen por lo menos tres tipos de zonas estanciales según uso: actividad física, uso asociado a cafetería y zona estancial de relajación/ contemplación.	El espacio exterior solo se utiliza para una o dos actividades.	El espacio exterior está infrautilizado, por ser espacios poco accesibles o por no estar habilitados.
15. Huertos Hay un huerto como actividad al aire libre para personas usuarias.	Hay un huerto accesible para los distintos perfiles de personas usuarias.	Existe un huerto, pero no es accesible o no está en una zona adecuada.	No existe ningún tipo de huerto o actividad de jardinería.
16. Mantenimiento espacios verdes El espacio verde está en buen estado de mantenimiento.	El jardín está en un buen estado de mantenimiento. Las personas usuarias participan en el mantenimiento del jardín o ayudan a algunas tareas.	El equipo de mantenimiento cuida del jardín y está en buen estado.	El jardín y la vegetación está descuidada.

ANEXO III. TABLAS DE EVALUACIÓN MULTIESCALA DEL ESPACIO PÚBLICO Y ENTORNOS

Confort			
17. Térmico Hay zonas exteriores acondicionadas para los meses de frío o calor extremos.	Existen zonas exteriores protegidas de la radiación directa o del frío extremo.	Hay zonas exteriores acondicionadas, pero con soluciones poco eficientes u obsoletas.	No hay un acondicionamiento de las zonas exteriores.
17.a. Pérgolas / Parasoles / Sombrillas Existen elementos de protección de la excesiva radiación o para resguardarse de la lluvia (según climatología).	Existen pérgolas vegetales o elementos móviles o plegables que permiten flexibilidad de uso. La superficie protegida es suficientemente amplia para varias personas usuarias.	Hay pérgolas fijas que ofrecen sombra en algunas zonas estanciales, pero es insuficiente.	No existen elementos de protección solar suficientes.
17.b. Elementos refrescantes Existen fuentes o vaporizadores para los meses de verano.	Hay fuentes decorativas en los patios o en los jardines exteriores.	Existen vaporizadores en zonas estanciales.	No existe ningún elemento de agua refrescante.
18. Viento / Brisas Existen elementos para favorecer las brisas y corrientes de aire en verano en la parcela y en el edificio (ventilación cruzada).	Existen zonas estanciales con brisas naturales y con elementos que favorecen el confort higrotérmico en los meses de verano.	Las zonas estanciales están resguardadas de las corrientes de aire.	Las zonas estanciales reciben fuertes corrientes de aire que resultan molestas.
19. Acústico Los espacios exteriores están protegidos del ruido.	Existen zonas con sonidos naturales estimulantes como ruido de agua (fuentes), árboles o pájaros.	Existe un tratamiento perimetral para reducir el ruido del tráfico o de otros factores (barreras acústicas o vegetación).	No hay ningún elemento específico para reducir el ruido.
20. Visual Existen elementos atractivos o estimulantes visualmente.	Existen intervenciones artísticas o instalaciones temporales comisariadas en colaboración con artistas o centros.	Hay elementos decorativos o manualidades colgados en las paredes o expuestos en vitrinas principalmente.	Los elementos decorativos son excesivos o existen demasiados estímulos visuales.
21. Olores Existen fuentes de olor agradables y estimulantes.	Existen zonas con aromas agradables naturales, como pueden ser distintos tipos de flores, olores agradables como pan recién horneado o café (cafeterías).	No existe ningún tipo de estímulo olfativo.	Hay zonas de olores fuertes o desagradables producidos por una mala ventilación o averías.

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión sistemática de estudios y publicaciones que incluyen elementos y criterios de diseño amigable con las personas con demencia en el espacio público o en entornos exteriores (Tabla 7. Pg 80).

Tabla 3. Evaluación cualitativa de elementos de diseño del entorno residencial

Herramienta de análisis del diseño del edificio e interiores			
	Indicador cualitativo		
Características del diseño	 Buena calidad	 Suficiente	 Insuficiente
Entorno seguro			
1. Seguridad y evacuación Recorridos de evacuación, alarmas y sirenas accesibles	Los recorridos de evacuación cumplen con la normativa y están adaptados a las necesidades específicas del centro. Existen alarmas con señales acústicas de baja frecuencia y señales visuales.	Los recorridos de evacuación cumplen con la normativa.	No está asegurado el cumplimiento de la protección contra incendios.
2. Elementos de apoyo en los recorridos principales Incluir barandillas y otros elementos de apoyo en ambos lados.	Las barandillas son continuas, ergonómicas, cumplen la normativa de accesibilidad y están integradas en el diseño.	Las barandillas cumplen la normativa de accesibilidad.	Las barandillas no son continuas o solo están colocadas en un lateral.
Niveles de estimulación óptimos			
3. Entornos sin ruidos o sonidos molestos El centro ideal debe de tener sonidos agradables y estimulantes integrados en el entorno o en la rutina diaria, bien con sonidos naturales o con música ambiental.	Hay estímulos sonoros agradables en la mayoría de las zonas estanciales.	El centro tiene zonas tranquilas estanciales, aunque hay zonas con ruido molesto por un mayor uso y un mal acondicionamiento.	Las luminarias o las instalaciones producen ruido de fondo. Las habitaciones no están bien aisladas.
4. Estancias o zonas tranquilas reservadas Existen zonas para relajarse o para aislarse de forma voluntaria.	El centro tiene espacios comunes o salitas en calma y con zonas específicas en silencio o de relajación.	Hay zonas tranquilas, pero sin un entorno facilitador de la relajación.	No existen zonas íntimas para aislarse o relajarse.
5. Orden y organización visual El mobiliario, la información visual y el almacenamiento en el centro está organizado y ordenado.	El mobiliario está ordenado, la información visual es la necesaria, es clara y está bien situada, el ambiente general es acogedor y no institucionalizado.	El mobiliario está ordenado, la información visual del centro es clara, pero son elementos característicos de oficinas o centros sanitarios.	Se identifican elementos desordenados o almacenamiento en zonas inadecuadas. Existe demasiada información visual.
6. Superficies, patrones y brillos Las superficies son uniformes, continuas, sin reflejos o destellos y evitando contrastes que puedan generar alucinaciones.	El pavimento es continuo, mate y contrasta con los planos verticales u otras superficies.	El pavimento es continuo sin patrones, pero está muy pulido y produce muchos reflejos.	El pavimento genera reflejos molestos y no tiene contraste suficiente con otros paramentos.

ANEXO III. TABLAS DE EVALUACIÓN MULTIESCALA DEL ESPACIO PÚBLICO Y ENTORNOS

Niveles de iluminación y contraste óptimos			
7. Iluminación natural Favorecer la iluminación natural, sobre todo en zonas estanciales comunes.	La fuente de iluminación natural se sitúa perpendicular a la disposición de las superficies de trabajo o realización de actividades.	El centro recibe iluminación natural suficiente, pero la distribución del mobiliario o de los espacios no está optimizada.	Los espacios del centro son lúgubres y reciben poca luz natural.
8. Superficies con iluminación óptima Iluminación homogénea indirecta, superficies de tareas suficientemente iluminadas.	Además de cumplir con los niveles de iluminación necesarios, existen distintos tonos de luz para generar ambientes distintos y favorecer los ciclos circadianos.	Las superficies de trabajo están bien iluminadas, según tablas de recomendación de luxes.	La iluminación genera muchas sombras y no tiene diferenciaciones por zonas o ambientes.
9. Contraste entre superficies y planos Evitar reflejos o brillos de superficies, así como patrones que puedan resultar confusos.	El mobiliario contrasta con las superficies de los paramentos principales, además del contraste entre planos.	Las superficies de los distintos planos tienen contraste suficiente.	No hay suficiente contraste entre planos ni mobiliario.
Entorno con carácter no institucionalizado y de pequeña escala			
10. Unidades de convivencia ente 8 y 15 personas El centro se organiza en unidades de convivencia de pequeña escala. Mobiliario ergonómico adaptado y con carácter hogareño	El centro se organiza en pequeñas unidades de convivencia de “vida normalizada”.	El centro se organiza en unidades de convivencia en la zona residencial.	No existen unidades de convivencia de pequeña escala.
11. Identidad de cada unidad de convivencia Cada una de las unidades de convivencia refleja un estilo o un ambiente con identidad.	Existe un diseño integral con estilos o elementos específicos identitarios de cada unidad de convivencia.	Las unidades de convivencia tienen algunos elementos específicos de cada una, pero son detalles puntuales.	Todas las unidades de convivencia son similares.
12. Integración de las rutinas diarias en el diseño El diseño de la unidad incorpora espacios para las rutinas diarias adaptados a los perfiles de las personas usuarias.	Existen espacios de convivencia de pequeña escala con actividades integradas, como cocina, lectura, colada...	Existen espacios poco adaptados para desarrollar actividades de la rutina diaria, como cocina, colada...	No existen zonas para desarrollar una vida normalizada.
13. Espacios para visitas y familiares Existen habitaciones o zonas para visitas y estancias familiares.	Hay zonas habilitadas en el centro para poder convivir con familiares o con amistades y recibir visitas.	Hay espacios para recibir visitas, pero con pocas alternativas de integración en la rutina diaria de la persona usuaria.	No existen zonas íntimas para recibir visitas.
14. Baños individuales accesibles Las habitaciones cuentan con un baño accesible en todos sus elementos y con sistema de grúas para transferencias directas.	El baño es completamente accesible, incluyendo dimensiones, elementos de apoyo e instalaciones.	El baño es accesible en cuanto a dimensiones y elementos de apoyo mínimos.	El baño solo respeta las dimensiones mínimas y no cuenta con mecanismos de transferencia.

ANEXO III. TABLAS DE EVALUACIÓN MULTIESCALA DEL ESPACIO PÚBLICO Y ENTORNOS

15. Baños geriátricos próximos a las habitaciones Existe un baño completo geriátrico próximo a las habitaciones.	El baño geriátrico está localizado en cada unidad de convivencia y está a una distancia próxima a las habitaciones y está completamente adaptado a las necesidades de las personas usuarias.	El baño geriátrico se sitúa cerca de las habitaciones, pero no ofrece privacidad.	El baño geriátrico está lejos de las habitaciones y no hay un recorrido que permita la privacidad.
Espacios comunes			
16. Variedad de zonas y programas Hay variedad de espacios y actividades para poder desarrollar diversidad de actividades según gustos e intereses.	Existen zonas de estancia de distinto carácter, flexibles y adaptadas a los distintos gustos y estilos de vida.	Existen distintos programas y zonas de estancia, pero hay poca variedad.	Hay poca diversidad de programas y hay televisiones en una gran mayoría de salas.
17. Espacios intergeneracionales Existen zonas y espacios adaptadas para distintas edades, tanto para las personas usuarias (si aplica) como para las visitas.	Existen elementos de juego integrados en el diseño del espacio para las visitas de menores al centro.	Hay distintos ambientes en el centro para adaptarse a los distintos perfiles intergeneracionales (si aplica).	El diseño es homogéneo para todos los grupos de edad.
18. Aseos accesibles y próximos Hay baños accesibles cerca de los espacios comunes.	Hay baños accesibles próximos a las zonas comunes de las unidades de convivencia y del centro y están bien indicados.	Hay baños accesibles, pero no es fácil identificar dónde están.	Los baños no son accesibles o están lejos de los espacios comunes.
19. Espacios abiertos al barrio / la comunidad Existe parte del programa que es público al barrio o a la comunidad.	Hay variedad de espacios abiertos a la comunidad para realizar distintos eventos y estos están próximos a la entrada del centro y es visible desde el exterior.	Hay espacios abiertos al barrio, pero están todos situados en el interior del edificio.	No existen espacios o programas abiertos al barrio.
Espacios exteriores			
20. Vistas estimulantes y agradables Desde las zonas estanciales comunes hay vistas interesantes y de elementos naturales.	Las vistas de las principales estancias del centro dan a zonas verdes y con elementos estimulantes.	Las vistas dan a la calle y se ve algo de actividad.	Las ventanas dan a otras ventanas y tienen poca intimidad o dan a fachadas que carecen de interés.
21. Conexión directa con espacios exteriores Desde las unidades de convivencia existe una conexión directa con jardines, patios o calles.	Se puede acceder a los espacios exteriores de forma autónoma desde las unidades de convivencia.	Se puede acceder a espacios exteriores desde las unidades de convivencia, pero no es accesible.	No existen espacios exteriores en las unidades de convivencia.
22. Espacios exteriores abiertos al barrio Existen zonas exteriores con usos públicos o para organizar eventos abiertos a la comunidad.	Existen espacios abiertos al barrio para uso compartido.	Existen espacios al aire libre para organizar actividades comunitarias o eventos.	No existen espacios exteriores para eventos.

ANEXO III. TABLAS DE EVALUACIÓN MULTIESCALA DEL ESPACIO PÚBLICO Y ENTORNOS

Orientación y señalética			
23. Incorporar hitos y elementos de referencia Existen elementos fácilmente reconocibles en el centro que ayudan a orientarse.	Se introducen elementos fácilmente reconocibles que ayudan a orientarse en el centro o en la unidad de convivencia.	Se aplica algún tipo de criterio para caracterizar los distintos espacios, como el color, pero sin un carácter normalizado u hogareño.	No existen elementos que ayuden a orientarse dentro del centro.
24. Señalética accesible y adaptada La señalética es accesible y ayuda a identificar fácilmente los distintos espacios en el centro.	La señalética es accesible (uso de pictogramas, braille, contrastes, etc), está localizada a una altura adecuada y son elementos configurables y con carácter no institucionalizado e integrado en el diseño.	La señalética es accesible, está ubicada a una altura correcta, pero tiene un carácter de centro sanitario o de oficinas.	La señalética no es accesible, está desactualizada o no incluye la totalidad de los espacios.
25. Personalización de los espacios Decisión sobre decoración, espejos, mobiliario, textiles, etc.	Las personas usuarias pueden configurar su habitación o espacios comunes de las zonas de convivencia para que se adapte mejor a sus gustos y necesidades.	Las personas usuarias solo pueden adaptar su habitación cambiando el mobiliario o con objetos personales propios.	Las personas usuarias solo pueden incluir decoración temporal en sus habitaciones.

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión sistemática de estudios y publicaciones que incluyen elementos y criterios de diseño amigable con las personas con demencia (Tabla 7. p. 80; y Tabla 8. pp.86-92).



This is to certify that:

Elisa Pozo Menéndez has completed a training

at The Hogeweyk, Weesp (The Netherlands)

hosted by Eloy van Hal, Senior Advisor at BE The Hogeweyk Care Concept

on 27th January 2020

Ms

Barbara Zanga

Function

Office Manger

Signature

Barbara Zanga



Intersection of Dementia + Design

This is to confirm that

Elisa Pozo Menéndez

Attended the two day training

13 + 14 February 2020

Lesley Palmer

Chief Architect

Dementia Services Development Centre





School of Architecture, Planning
and Landscape

Claremont Tower
Claremont Road
Newcastle upon Tyne
NE1 7RU, United Kingdom

RECORD OF ATTENDANCE

Date: 15 June 2020

TO WHOM IT MAY CONCERN

Name: Elisa Pozo Menendez

This is to confirm that the above named student has attended the attached units of research study for **PGR Occasional Student** at the School of Architecture, Planning and Landscape, Newcastle University, under my supervision, for the period between 6 January and 9 April 2020.

The student is enrolled on a PhD programme at the Universidad Politécnica de Madrid.

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of connected loops and a long horizontal stroke.

Prof Rose Gilroy
Supervisor

Study-case field trip 1*25th January 2020*

Visit to Eindhoven. Project Kwiek for active ageing. Interview with Manuel Wijffels, architect and designer.

<http://kwiekbeweegroute.nl/>

27th January 2020

Visit to Hogeweyk – Amsterdam. Alzheimer’s Village. Interview with Eloy van Hal, founder and developer.

<https://hogeweyk.dementiavillage.com/>

Study-case field trip 2*4th February 2020*

Visit to Dover-Harmonia Village. European project Cascade. Interview with Henry Quinn, project partner.

<https://www.harmoniavillage.org.uk/>

5th February 2020

Visit to Korktrijk: 2 new dementia developments integrated in the community. Interview with Jan Goddaer, director of both centers.

<https://www.kortrijk.be/zorg>

6th February 2020

Visit to Bruges. “Forget me knot” project. Visit to Foton. Interview with Bart Deltour and Hilde Delameilleure, directors of the centre.

<http://www.dementie.be/foton/>

7th February 2020

Visit to Gante. Interview with Verlee Baert, professor at Arteveldehogeschool.
Responsible for dementia-friendly program in Belgium

<https://www.alz.co.uk/dementia-friendly-communities/belgium#Bruges>

Interview with Jakob Decavel. Responsible of dementia-friendly Ghent program.

<https://www.ocmwgent.be/Inloophuisdementie.html>

9th February 2020

Visit to Mechelen. Touristic Office information about dementia.

10th February 2020

Visit to Huis Perrekes Centre in Geel, Antwerp. Interview with

<https://perrekes.be/>

11th February 2020

Visit to Harmony House in Rochester. Interview with

<https://www.interreg2seas.eu/en/news/cascade-launches-harmony-house>

Training

13th-14th February 2020

Specialisation course on *Intersection of Dementia + Design*, University of Stirling

<https://dementia.stir.ac.uk/>

25th-27th February 2020

Training on ENVI-MET simulator software at Newcastle University.

5th March 2020

Dementia Friend. How to become Dementia Friend Volunteer. St Anthony.
Newcastle.

<https://www.dementiafriends.org.uk/WEBArticle?page=become-dementia-friend>

Newcastle visits and interviews

6th January 2020

Meeting with Catherine Butcher at National Innovation Centre for Ageing. Visit to The Catalyst Building.

<https://www.ncl.ac.uk/nica/catalyst/>

17th January 2020

Interview with Lynne Livesey at the City Council. Responsible of Dementia-Friendly Newcastle.

Visit to Grainger Market and dementia-friendly program.

<https://www.informationnow.org.uk/organisation/dementia-space-at-the-grainger-market/>

18th February 2020

Visit to Discovery Museum. Interview with Joanne Charlton. Responsible for dementia-friendly program at the museum (Tyne&Wear museums).

<https://www.museumsassociation.org/museums-change-lives/15012015-museums-change-lives-case-study-dementia>

24th February 2020

Interview with Iris de Mol. Skype. Responsible for dementia-friendly Belgium.

2nd March 2020

Workshop session of the students at Newcastle University on project design. Responsible: Prof. Neveen Hamza.

3rd March 2020

Visit to EqualArts to understand their activities based on creative therapy. Interview with Douglas Hunter and Kate Parkin.

<https://equalarts.org.uk/>

10th March 2020

Interview with Rafaela Neiva Ganga and Grahame Smith. Faculty of Health.
University of Liverpool.

<https://dementiapartnerships.com/publisher/university-of-liverpool/>

11th March 2020

Meeting with Elderly Council of Newcastle. Perspective on Housing Options.

Meetings with URB-HealthS Teams (EIT Health project in which Newcastle University is partner)

20th January 2020

Meeting with Dominic Aitken, Tim Townshend and Joanna Steward.

31st January 2020

Visit to ARUP headquarters. Meeting with Dominic Aitken and Erin Robson.

19th February 2020

Meeting with Dominic Aitken, Tim Townshend and Joanna Steward.

6th March 2020

Meeting with Dominic Aitken, Tim Townshend and Joanna Steward.

23rd March 2020

Kick-off Project General Meeting

Meetings with supervisors at Newcastle University

17th January 2020

Interview and presentation with Neveen Hamza (supervisor 2)

20th January 2020

Interview with Neveen Hamza (supervisor 2)



School of Architecture, Planning
and Landscape

Claremont Tower
Claremont Road
Newcastle upon Tyne
NE1 7RU, United Kingdom

22th January 2020

Interview with Prof. Rose Gilroy (supervisor 1) and Dr Neveen Hamza (supervisor 2)

Study case selection for an article and methodology.

20th February 2020

Meeting with Rose Gilroy (supervisor 1) and Dr Neveen Hamza (supervisor 2)

6th March 2020

Meeting with Dr Neveen Hamza (supervisor 2)