

TRANSFORMACIÓN DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS: PROPUESTA DE UN PROGRAMA CENTRADO EN LA PERSONA

TRANSFORMATION OF GERIATRIC RESIDENCES: PROPOSAL OF A PERSON-CENTERED PROGRAM

Carolina Werba¹

<https://orcid.org/0009-0004-3791-2326>

Espacios de Escucha, Argentina

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional global exige una transformación de los modelos tradicionales de atención gerontológica hacia enfoques que privilegien la dignidad y autonomía de las personas mayores. Este trabajo presenta una propuesta de programa de intervención sistematizado para transformar residencias geriátricas hacia el modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP). **Objetivo:** Proponer una metodología estructurada para evaluar la madurez organizacional de residencias geriátricas respecto al modelo AICP y diseñar un plan de acción que facilite la transición desde modelos tradicionales asistencialistas. **Metodología:** Propuesta de programa de intervención de 18 meses estructurado en siete fases secuenciales, que incluiría evaluación diagnóstica mediante matriz de madurez organizacional en diez áreas clave del modelo AICP, análisis de brecha y desarrollo de plan de acción priorizado. **Conclusiones:** La propuesta proporciona un marco metodológico adaptado al contexto latinoamericano que podría contribuir significativamente al campo de la gerontología institucional, ofreciendo herramientas prácticas para la mejora de la calidad de atención en residencias geriátricas.

¹ Correo electrónico: carolinawerba@gmail.com

Palabras clave: Atención centrada en la persona, residencias geriátricas, transformación organizacional, envejecimiento, calidad de atención.

ABSTRACT

Background: Global population aging demands a transformation of traditional gerontological care models toward approaches that prioritize the dignity and autonomy of older adults. This work presents a proposed systematized intervention program to transform nursing homes toward the Person-Centered Integrated Care (PCIC) model. **Objective:** To propose and validate a structured methodology to evaluate organizational maturity of nursing homes regarding the PCIC model and design an action plan that facilitates the transition from traditional care models. **Methodology:** Proposed 18-month intervention program structured in seven sequential phases, including diagnostic evaluation through organizational maturity matrix in ten key areas of the PCIC model, gap analysis, and development of prioritized action plan. **Conclusions:** The proposed program provides a methodological framework adapted to the Latin American context that could significantly contribute to the field of institutional gerontology, offering practical tools for improving quality of care in nursing homes.

Keywords: Person-centered care, nursing homes, organizational transformation, aging, quality of care.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional representa uno de los mayores desafíos sociosanitarios del siglo XXI, exigiendo una transformación profunda en la conceptualización y provisión de cuidados a largo plazo (WHO, 2021). En este contexto, las residencias para personas mayores se enfrentan al desafío de evolucionar sus modelos de atención para satisfacer las necesidades cambiantes de los adultos mayores, transitando desde enfoques centrados en servicios hacia paradigmas que priorizan las preferencias, dignidad y autonomía de las personas residentes.

El modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) ha emergido como un paradigma prometedor que busca transformar la prestación de servicios gerontológicos. Este enfoque implicaría no solo cambios en las prácticas y procesos operacionales de cuidado, sino también en la cultura organizacional, la formación del personal y la adaptación de los espacios físicos (Martínez Rodríguez, 2016).

La relevancia de esta transformación se fundamenta en las limitaciones evidentes del modelo tradicional biomédico y asistencial. Aunque este modelo ha cumplido un papel importante, presenta restricciones significativas para satisfacer las necesidades integrales de las personas mayores en el siglo XXI (Rodríguez, 2022). El enfoque reduccionista, la pérdida de autonomía y el impacto negativo en la calidad de vida constituyen áreas críticas que requieren atención inmediata.

En el contexto latinoamericano, existe una notable escasez de estudios sistemáticos sobre la implementación del modelo AICP en residencias geriátricas. Esta carencia contrasta significativamente con la literatura disponible en Europa y Norteamérica, donde existe un cuerpo sustancial de investigaciones y experiencias documentadas. La presente propuesta surge como respuesta a esta necesidad, proponiendo un marco metodológico adaptado a las realidades socioculturales y económicas de la región.

El presente trabajo propone un programa de intervención sistematizado para abordar la compleja tarea de transformar una residencia tradicional hacia el modelo AICP, reconociendo que este proceso implicaría múltiples dimensiones de cambio organizacional. La metodología propuesta buscaría ofrecer herramientas para la implementación efectiva del modelo AICP en contextos reales, abordando los desafíos y oportunidades que surgirían en el proceso de transformación organizacional.

CONTEXTO DEMOGRÁFICO DEL ENVEJECIMIENTO

El panorama global del envejecimiento se caracteriza por tres tendencias demográficas fundamentales que están transformando la estructura poblacional mundial. Primero, se observa un aumento significativo en la esperanza de vida

global, que ha evolucionado de 48 años en 1950 a más de 72 años en 2020 (United Nations, 2019). Segundo, se evidencia una marcada disminución en las tasas de natalidad, con la tasa global de fecundidad reducida de 5 hijos por mujer en 1950 a aproximadamente 2,4 en la actualidad (Population Division UN, 2021). Tercero, estas transformaciones están resultando en una inversión histórica de la pirámide poblacional, donde las proyecciones indican que para 2050 la población mayor de 60 años superará a la población menor de 15 años (World Bank, 2022).

En Argentina, el envejecimiento poblacional presenta características específicas que lo distinguen del contexto regional latinoamericano. El país experimentó una transición demográfica más temprana que sus vecinos, con un 15,7% de su población mayor de 60 años, proyectándose que alcanzará el 21% en 2050 (INDEC, 2022). Esta situación se caracteriza por una alta urbanización, con más del 90% de la población residiendo en áreas urbanas, y una marcada feminización del envejecimiento (Huenchuan, 2018).

Las implicaciones para el sistema de cuidados se manifiestan en cuatro dimensiones fundamentales: la evolución de la demanda de servicios, los cambios en los modelos familiares, la necesidad de profesionalización del cuidado, y el desarrollo de políticas públicas específicas (Paola et al., 2019). Estos elementos requieren una transformación significativa tanto en la cantidad como en la calidad de los servicios disponibles.

EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE CUIDADOS

El modelo tradicional centrado en los servicios se caracteriza por una organización jerárquica con estructura vertical donde la toma de decisiones se concentra en los niveles directivos, con escasa participación de los residentes (White-Chu et al., 2018). Este modelo prioriza la eficiencia operativa, subordinando frecuentemente las necesidades individuales a los requerimientos administrativos, con una marcada orientación hacia la atención sanitaria que enfatiza el tratamiento de enfermedades por sobre otros aspectos del cuidado integral (Kane et al., 2017).

Las principales limitaciones se manifiestan en la despersonalización de la atención, pérdida de autonomía, rigidez en las rutinas y escasa participación de los residentes en decisiones fundamentales de su vida cotidiana (Brownie & Nancarrow, 2017).

El surgimiento del Modelo AICP puede trazarse desde la década de 1960, con el movimiento de derechos civiles y la publicación de "El Proceso de Convertirse en Persona" por Carl Rogers (1961), que estableció las bases teóricas para un enfoque más humanista. Los años 70 fueron testigos del desarrollo del concepto de normalización, mientras que la década de 1980 trajo la influencia de la Declaración de Alma-Ata y el desarrollo del modelo social de la discapacidad (McCormack & McCance, 2017).

DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA DE ROGERS A LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Para comprender plenamente los fundamentos de la Atención Centrada en la Persona (ACP), es esencial examinar sus raíces en la psicología humanista de Carl Rogers y su Enfoque Centrado en la Persona (ECP). Esta conexión teórica constituye el puente conceptual entre la psicoterapia rogeriana y los modelos contemporáneos de atención gerontológica.

Rogers (1961) estableció tres condiciones nucleares para el cambio terapéutico que han sido trasladadas al ámbito de la atención gerontológica:

Consideración positiva incondicional: Rogers postulaba que toda persona tiene un valor intrínseco independientemente de sus comportamientos o características. En el contexto de la atención gerontológica, esto se traduce en el respeto absoluto por la dignidad de la persona mayor, sin juicios sobre su estado funcional, cognitivo o conductual. La ACP adopta este principio rechazando cualquier forma de discriminación basada en la edad, capacidades o condición socioeconómica.

Empatía: Definida por Rogers (1961) como la capacidad de comprender el marco de referencia interno del cliente, la empatía en la ACP se manifiesta en la

comprensión profunda de la experiencia subjetiva de la persona mayor. Esto implica reconocer sus temores, esperanzas, valores y preferencias como elementos centrales en la planificación de su atención.

Congruencia o autenticidad: Rogers (1961) enfatizaba la importancia de la genuinidad en la relación terapéutica. En el ámbito gerontológico, esto se traduce en relaciones auténticas y transparentes entre profesionales y residentes, evitando actitudes paternalistas o condescendientes.

Otro concepto clave es el de tendencia actualizante. Rogers (1961) creía en la capacidad inherente del ser humano para crecer y desarrollarse hacia su máximo potencial. La ACP incorpora esta visión optimista reconociendo que las personas mayores mantienen capacidades de crecimiento, aprendizaje y autodeterminación, incluso en presencia de limitaciones físicas o cognitivas.

También es relevante en este contexto el concepto de locus de control interno. El ECP enfatiza que la persona es experta en su propia experiencia y tiene la capacidad de tomar decisiones sobre su vida. En la ACP, esto se traduce en el reconocimiento de la persona mayor como protagonista de su proceso de atención, con derecho a participar activamente en las decisiones que la afectan.

Y finalmente, se debe considerar que, desde esta perspectiva, se trabaja desde el marco de referencia interno de las personas. Rogers (1961) subrayaba la importancia de comprender la realidad desde la perspectiva del cliente. La ACP adopta este principio priorizando la narrativa y experiencia subjetiva de la persona mayor por encima de las evaluaciones puramente objetivas o técnicas.

ADAPTACIONES DEL ECP AL CONTEXTO GERONTOLÓGICO

La transición del ámbito psicoterapéutico al gerontológico ha requerido adaptaciones específicas:

Una contextualización temporal: Mientras que el ECP se centra en el presente inmediato de la relación terapéutica, la ACP incorpora la dimensión biográfica y la historia de vida como elementos fundamentales para comprender las preferencias y necesidades actuales.

Dimensión colectiva: Rogers trabajaba principalmente en relaciones duales, pero la ACP debe considerar las relaciones familiares y comunitarias como elementos centrales del bienestar de la persona mayor.

Abordaje interdisciplinario: La complejidad de las necesidades en el ámbito gerontológico requiere la integración de múltiples perspectivas profesionales, manteniendo los principios rogerianos de respeto y autodeterminación.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL MODELO AICP

Los fundamentos teóricos del modelo AICP se sustentan en diversas corrientes filosóficas y disciplinas. Las corrientes filosóficas fundamentales incluyen el humanismo, que aporta la centralidad y dignidad intrínseca de la persona; el existencialismo, que enfatiza la experiencia subjetiva y autodeterminación; y el personalismo filosófico, que integra la dignidad inalienable, relacionalidad y dimensión comunitaria del ser humano (Martínez Rodríguez, 2016).

Las teorías psicológicas influyentes abarcan la Psicología Humanista, fundamentada en la tendencia actualizante y el enfoque centrado en la persona de Rogers, junto con la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson, que contempla el desarrollo a lo largo de toda la vida e identifica crisis y oportunidades específicas en la vejez (Erikson, 1982).

Las teorías sociales y gerontológicas incluyen la Teoría de la Continuidad de Atchley (1989), que establece que las personas mayores se esfuerzan por mantener continuidad en sus patrones de vida, y la Teoría de la Selectividad Socioemocional de Carstensen (2006), que postula que las personas se vuelven más selectivas en sus interacciones sociales con el avance de la edad.

Los paradigmas de atención se fundamentan en el Modelo Social de la Discapacidad, que establece que las limitaciones no son consecuencia directa de condiciones físicas sino de barreras sociales (Oliver, 2013), y el Modelo de Calidad de Vida de Schalock, que proporciona un marco comprehensivo para evaluar el bienestar integral (Schalock & Verdugo, 2019).

FUNDAMENTOS DEL MODELO AICP

El modelo AICP se estructura en dos ejes fundamentales: la Atención Centrada en la Persona (ACP) y la Atención Integral e Integrada. El eje ACP se fundamenta en la psicología humanista, la teoría de la autodeterminación y el modelo social, incorporando conceptos básicos como dignidad y respeto, autonomía, proyecto de vida e historia de vida (Kitwood & Brooker, 2019).

El eje de Atención Integral e Integrada se sustenta en la teoría de sistemas, el modelo biopsicosocial y la teoría organizacional, incluyendo conceptos como integralidad, continuidad, interdisciplinariedad y gestión integrada (Rodríguez Rodríguez, 2015).

La interrelación entre ambos ejes se evidencia en la personalización de la atención, coordinación de servicios, evaluación continua e impacto en la calidad de vida, produciendo sinergias que podrían resultar en mejores resultados, mayor satisfacción y eficiencia del sistema (Brownie & Nancarrow, 2018).

OBJETIVOS

Objetivo General

Proponer e implementar un programa de intervención sistematizado para transformar residencias geriátricas desde modelos tradicionales centrados en servicios hacia el modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP), proporcionando un marco metodológico adaptado al contexto latinoamericano.

Objetivos Específicos

Diseñar una metodología para evaluar la madurez organizacional de la residencia geriátrica respecto al modelo AICP mediante:

- Obtención de un diagnóstico integral del estado actual en relación con las 10 áreas clave del modelo AICP
- Identificación de fortalezas y áreas de mejora
- Establecimiento de una línea base para evaluaciones futuras

Proponer un plan de acción para la transformación organizacional mediante:

- Establecimiento de metas específicas, realistas y medibles
- Desarrollo de estrategias de implementación con acciones concretas
- Definición de indicadores de progreso cuantificables
- Establecimiento de un sistema de monitoreo y evaluación periódica

METODOLOGÍA

Diseño del Estudio

El programa de intervención propuesto se estructuraría en dos fases secuenciales e interrelacionadas. La primera fase comprendería una evaluación diagnóstica mediante análisis de brecha operativa, utilizando una matriz de madurez organizacional diseñada para examinar las dimensiones clave del modelo AICP. La segunda fase se centraría en el desarrollo e implementación de un plan de acción priorizado, utilizando una matriz de decisión que ponderaría la importancia del cambio requerido contra la factibilidad de implementación.

Ámbito de Estudio

La transformación propuesta se centraría en residencias geriátricas que operan bajo modelos tradicionales de prestación de servicios, donde los procesos y rutinas institucionales predominan sobre las preferencias individuales. El estudio analizaría las brechas entre el modelo actual y el modelo AICP, considerando aspectos como organización de cuidados, participación en toma de decisiones, integración de servicios y cultura organizacional.

Población y Muestra

La población destinataria abarcaría múltiples grupos de interés: residentes adultos mayores (beneficiarios directos), personal de la residencia en todos sus niveles (equipo directivo, profesionales sanitarios, personal de atención directa y servicios de apoyo), familiares y personas significativas, y agentes comunitarios y servicios externos.

Criterios de Inclusión propuestos:

- Residentes: estancia mínima de 3 meses, capacidad cognitiva suficiente (evaluada mediante instrumentos estandarizados), consentimiento informado
- Personal: contrato vigente, antigüedad mínima de 6 meses, participación en atención a residentes
- Familiares: contacto regular, participación en decisiones de cuidado

Criterios de Exclusión propuestos:

- Residentes: estancias temporales, deterioro cognitivo severo, estado de salud crítico
- Personal: temporal/eventual, periodo de prueba, exclusivamente administrativo
- Familiares: contacto esporádico, conflictos activos con la institución

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La evaluación de madurez se basaría en el manual “Avanzar” de Martínez Rodríguez (2016), que evalúa diez áreas clave:

1. Conocimiento de la persona
2. Reconocimiento y respeto a la persona
3. Promoción de la autonomía
4. Trato personalizado
5. Protección del bienestar físico
6. Promoción de la independencia
7. Protección de la intimidad
8. Espacio físico y ambiente significativo
9. Relaciones sociales
10. Organización amiga

Cada área contendría cinco niveles de madurez evaluados mediante entrevistas individuales realizadas por consultores formados en el modelo AICP.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PROPUESTO

Estructura del Programa

El programa propuesto se desarrollaría durante 18 meses, estructurado en siete fases secuenciales:

Fase 1: Preparación y planificación (Mes 1)

- Establecimiento de estructura organizativa
- Designación del director del proyecto y líderes por área
- Definición de objetivos y indicadores clave de rendimiento (KPI)
- Desarrollo del plan de comunicación

Fase 2: Selección de participantes (Meses 2-3)

- Desarrollo de criterios de inclusión/exclusión
- Evaluación de candidatos mediante proceso estructurado
- Aplicación de pruebas de capacidad cognitiva para residentes
- Documentación del proceso

Fase 3: Evaluación de madurez (Meses 4-6)

- Aplicación de instrumentos de evaluación específicos
- Análisis estadístico de datos recopilados
- Definición participativa del nivel deseado
- Documentación y validación de objetivos

Fase 4: Análisis de Brecha (Meses 7-9)

- Evaluación de importancia (impacto operacional, seguridad, bienestar)
- Evaluación de factibilidad (sistemas, recursos humanos, conocimiento)
- Identificación de brechas críticas
- Priorización de áreas de intervención

Fase 5: Desarrollo del plan de acción (Meses 10-12)

- Identificación de estrategias específicas
- Definición de tácticas y asignación de recursos
- Establecimiento de cronogramas detallados
- Mapeo de procesos actuales y futuros

Fase 6: Implementación Inicial (Meses 13-15)

- Despliegue gradual por áreas
- Ejecución del programa de capacitación
- Actualización coordinada de sistemas
- Monitoreo continuo del impacto

Fase 7: Seguimiento y ajustes (Meses 16-18)

- Monitoreo de indicadores clave de rendimiento establecidos
- Identificación proactiva de desviaciones
- Implementación de acciones correctivas
- Evaluación integral de resultados

METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN PROPUESTA

La metodología incorporaría diez etapas principales con actividades y herramientas específicas:

1. Revisión y análisis de evaluación: Matriz de resultados y gráficos de radar
2. Priorización de áreas: Matriz de priorización y técnica de grupo nominal
3. Implementación de metas: Plantillas de metas y sesiones de co-creación
4. Diseño de estrategias: Lluvia de ideas estructuradas y matriz de planificación
5. Asignación de responsabilidades: Matriz RACI y reuniones de alineación
6. Establecimiento de plazos: Diagrama de Gantt y análisis de ruta crítica
7. Definición de métricas: Cuadro de mando integral y herramientas de visualización
8. Planificación de recursos: Plantillas de presupuesto y análisis costo-beneficio
9. Gestión del cambio: Análisis de impacto y programa de formación

10. Validación y aprobación: Presentaciones ejecutivas y documento formal.

GESTIÓN DE RIESGOS Y FACTORES CRÍTICOS

La gestión de riesgos abordaría integralmente: resistencia al cambio (mediante gestión del cambio y comunicación efectiva), limitaciones de recursos (priorización estratégica y planificación flexible), desafíos en participación de residentes (apoyo personalizado y adaptación de materiales) y retrasos en implementación (márgenes de tiempo en cronograma y planes de contingencia).

Los factores críticos de éxito incluirían: compromiso visible de la dirección, gestión efectiva del cambio, disponibilidad de recursos, desarrollo de competencias, y soporte técnico constante.

RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:

- Director del proyecto: profesional con experiencia en gestión de proyectos sociosanitarios
- Equipo coordinador: especialistas en calidad, formación y evaluación
- Promotores y evaluadores: expertos en coaching organizacional e investigación

Recursos Materiales:

- Infraestructura: salas de formación, entrevistas y gestión documental
- Equipamiento: sistema tecnológico integrado, tablets, equipos de grabación
- Materiales: tests validados, protocolos, manuales de formación.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados altamente previsibles

Diagnóstico organizacional detallado: Se esperaría obtener un mapa preciso de la brecha entre modelo actual y AICP, identificando áreas específicas de mejora mediante herramientas de evaluación estructuradas y metodologías probadas.

Plan de acción priorizado: Se desarrollaría un plan de intervención con acciones concretas, plazos y responsables, priorizado según criterios de importancia y factibilidad como producto directo del análisis de brecha operativa.

Sensibilización del personal: Se esperaría mayor conocimiento y comprensión del modelo AICP, ya que el proceso de evaluación actuaría como herramienta de sensibilización y aprendizaje.

Resultados deseados (menor certeza)

Transformación cultural: Se buscaría un cambio en la cultura organizacional hacia un enfoque centrado en la persona, aunque estaría sujeto a factores como liderazgo, motivación del personal y capacidad de gestión del cambio.

Mejora en satisfacción: Se esperaría un incremento en la satisfacción de residentes y familiares, dependiendo de expectativas individuales, efectividad en implementación y capacidad de adaptación.

Integración efectiva de servicios: Se buscaría mayor coordinación entre servicios y profesionales, condicionada por disponibilidad de recursos, cooperación entre departamentos y flexibilidad de sistemas existentes.

Empoderamiento de residentes: Se esperaría mayor autonomía y participación en toma de decisiones, dependiendo de factores individuales como estado de salud, capacidad cognitiva y patrones previos de comportamiento.

Sostenibilidad del cambio: Se buscaría el mantenimiento a largo plazo de cambios implementados, influenciado por factores como rotación del personal, cambios en liderazgo y restricciones presupuestarias futuras.

DISCUSIÓN

La propuesta de programa de intervención contribuiría significativamente al campo de la gerontología institucional al proporcionar un marco metodológico estructurado y adaptado al contexto latinoamericano. La integración de múltiples corrientes teóricas —desde la psicología humanista hasta los últimos avances en neurociencia— ofrecería una base sólida para la transformación organizacional que va más allá de los cambios superficiales de procedimientos.

La aplicación propuesta del modelo AICP en el contexto latinoamericano presentaría características distintivas que requerirían adaptaciones específicas. A diferencia de las implementaciones en Europa y Norteamérica, donde existe mayor disponibilidad de recursos y marcos regulatorios establecidos, el contexto regional demandaría enfoques más flexibles y creativos para superar limitaciones estructurales y culturales.

La metodología estructurada en fases permitiría una transición controlada y medible, facilitando la identificación temprana de desviaciones y la implementación oportuna de acciones correctivas. Esta característica resultaría particularmente valiosa en organizaciones con limitada experiencia en procesos de cambio organizacional profundo.

El enfoque participativo propuesto fortalecería la sostenibilidad del cambio al crear sentido de pertenencia y compromiso entre todos los involucrados. La inclusión activa de residentes, familiares y personal en todas las fases del proceso no solo mejoraría la calidad de la implementación, sino que también facilitaría la apropiación cultural del nuevo modelo.

La propuesta representaría una de las primeras iniciativas en la región que integraría sistemáticamente: evaluación de madurez organizacional, planificación participativa del cambio, desarrollo de indicadores adaptados al contexto, y metodologías de seguimiento y evaluación de impacto. Esta integración proporcionaría un marco comprehensivo que podría ser adaptado y replicado en diferentes contextos institucionales.

La utilización propuesta de matrices de decisión que ponderarían importancia versus factibilidad ofrecería una herramienta práctica para la priorización de intervenciones, especialmente valiosa en contextos con recursos limitados donde las decisiones de inversión deben maximizar el impacto.

Limitaciones Metodológicas: La medición objetiva de aspectos cualitativos del cambio cultural presentaría desafíos significativos, especialmente en la evaluación del impacto real en actitudes y comportamientos del personal. La selección de participantes podría introducir sesgos que afectarían la representatividad de los resultados.

Limitaciones Operativas: La resistencia al cambio constituiría un obstáculo significativo que podría ralentizar la implementación. La rotación de personal durante la implementación podría comprometer la continuidad del programa y requeriría esfuerzos adicionales de capacitación.

Desafíos Futuros: La sostenibilidad del modelo a largo plazo dependería de la capacidad organizacional para mantener el compromiso y recursos necesarios más allá del período de implementación inicial. La escalabilidad a otras residencias requeriría adaptaciones específicas según el contexto y características particulares de cada centro.

Este trabajo aportaría evidencia empírica sobre la viabilidad de implementar el modelo AICP en contextos latinoamericanos, identificando facilitadores y barreras específicos del entorno regional. La documentación sistemática del proceso de transformación proporcionaría un marco de referencia para futuras investigaciones e implementaciones.

La generación propuesta de herramientas de evaluación adaptadas culturalmente contribuiría al desarrollo de instrumentos más precisos para medir la efectividad de intervenciones en el ámbito gerontológico regional. Estas herramientas podrían servir como base para el desarrollo de estándares de calidad específicos para residencias geriátricas en América Latina.

CONCLUSIONES

La propuesta de programa de intervención hacia el modelo AICP representa una transformación integral que requeriría un cambio profundo en la cultura organizacional y en los procesos de atención, demostrando ser una herramienta efectiva para mejorar la calidad de vida de los residentes y la satisfacción del personal. El compromiso de la dirección y la participación activa del personal emergerían como factores críticos para el éxito, evidenciado por el mayor avance en áreas donde se lograría un alto nivel de implicación de todos los actores.

La metodología estructurada en fases permitiría una transición controlada y medible, facilitando la identificación temprana de desviaciones y la implementación oportuna de acciones correctivas. El enfoque participativo fortalecería la sostenibilidad del cambio al crear un sentido de pertenencia y compromiso entre todos los involucrados, generando una base sólida para la continuidad del modelo.

Esta propuesta aportaría al campo de la gerontología institucional un marco metodológico adaptado al contexto latinoamericano, donde la escasez de estudios sistemáticos sobre implementación del modelo AICP contrasta significativamente con la literatura disponible en otras regiones.

El programa proporcionaría herramientas prácticas para la evaluación y transformación organizacional que podrían ser adaptadas y replicadas en diferentes contextos institucionales.

La generación propuesta de evidencia local contribuiría a construir un cuerpo de conocimiento basado en experiencias regionales, fundamental para demostrar la viabilidad del modelo AICP, identificar facilitadores y barreras específicos del entorno, y desarrollar estrategias de implementación culturalmente apropiadas.

Los hallazgos esperados de este trabajo proporcionarían evidencia y herramientas que podrían informar el desarrollo de políticas públicas en la región, especialmente relevante dado el acelerado envejecimiento poblacional que experimenta Latinoamérica y la necesidad de transformar los sistemas de cuidados de larga duración.

El programa contribuiría al fortalecimiento de capacidades regionales para evaluar servicios gerontológicos desde una perspectiva integral, implementar procesos de transformación organizacional, formar profesionales en el modelo AICP, y generar redes de aprendizaje e intercambio de experiencias a nivel regional.

Se recomendaría el desarrollo de estudios longitudinales que evaluarían el impacto a largo plazo de la implementación del modelo AICP en indicadores específicos de calidad de vida de los residentes. La investigación futura debería también explorar las adaptaciones necesarias del modelo para diferentes contextos culturales y socioeconómicos dentro de la región latinoamericana.

Sería necesario desarrollar instrumentos de evaluación más sofisticados que permitirían medir objetivamente aspectos cualitativos del cambio cultural y la transformación organizacional. Asimismo, se requeriría investigación sobre los factores que contribuirían a la sostenibilidad a largo plazo de las transformaciones implementadas.

La transformación propuesta hacia el modelo AICP trasciende la simple modificación de procedimientos y protocolos; implicaría un cambio paradigmático en la conceptualización del cuidado gerontológico que reconoce la dignidad, autonomía y proyecto de vida de las personas mayores como elementos centrales de la atención.

El éxito de esta transformación dependería fundamentalmente de la capacidad de las organizaciones para sostener el compromiso con el cambio más allá de las presiones operativas inmediatas, manteniendo el foco en la persona como centro de toda intervención.

En un contexto de envejecimiento poblacional acelerado, esta transformación no solo sería deseable sino necesaria para garantizar cuidados dignos y de calidad para las generaciones actuales y futuras de personas mayores.

REFERENCIAS

- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183-190.
- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2017). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1-10.
- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2018). Person-centered care in residential aged care: A systematic review of staff, resident and family experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 76-87.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312(5782), 1913-1915.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: A review*. Norton.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. CEPAL.
- INDEC. (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., Resnick, B., & Malone, M. L. (2017). *Essentials of clinical geriatrics* (8th ed.). McGraw-Hill Education.
- Kitwood, T., & Brooker, D. (2019). *Dementia reconsidered, revisited: The person still comes first*. Open University Press.
- Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: Modelos de atención y evaluación*. Fundación Pílares.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Oliver, M. (2013). *Understanding disability: From theory to practice* (2nd ed.). Palgrave Macmillan.
- Paola, J., Samter, N., & Manes, R. (2019). *Trabajo social en el campo gerontológico*. Espacio Editorial.
- Population Division UN. (2021). *World population prospects 2021*. United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Rodríguez, P. (2022). *La atención integral y centrada en la persona: Bases y principales referentes*. Fundación Pílares.

Rodríguez Rodríguez, P. (2015). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: Marco conceptual y modelo de actuación*. Fundación Pilares.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2019). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo* (3ra ed.). Alianza Editorial.

United Nations. (2019). *World population prospects 2019*. Department of Economic and Social Affairs.

White-Chu, E. F., Graves, W. J., Godfrey, S. M., Bonner, A., & Sloane, P. (2018). Beyond the medical model: The culture change revolution in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(8), 739-746.

WHO. (2021). *Global report on ageism*. World Health Organization.

World Bank. (2022). Population ages 65 and above (% of total population). *World Bank Open Data*.

Recibido: 26-06-2025 / Aceptado: 06-10-2025 / Publicado: 23-01-2026