

# **Organización e intervención social en los centros de atención residencial para personas mayores en la isla de Tenerife**

Autor:

Alberto Henríquez Luis

Tutora:

Marta García Ruiz

Grado en Trabajo Social

Universidad de La Laguna

Junio 2020

## **Resumen**

El objetivo principal de esta investigación es describir la realidad que engloba los procesos de intervención realizados por los/as trabajadores sociales dentro de los centros de atención residencial para personas mayores de la isla de Tenerife. Se trata de una investigación descriptiva, de carácter mixto que utiliza como instrumento de recogida de información un cuestionario ad hoc administrado vía online. En dicho cuestionario, destinado a los trabajadores/as sociales de los centros residenciales, se recogen datos que analizan el proceso de intervención social, las características del equipo de trabajo y la estructura organizacional del recurso. En este estudio participaron 16 trabajadoras sociales de 16 centros residenciales diferentes, es decir, un 44,4% de nuestro marco de muestreo. Los principales resultados de la investigación muestran la aparición de nuevas estrategias en las organizaciones enfocadas a un nuevo modelo de atención centrada en la persona, la existencia de equipos de trabajo que cuentan con un buen clima organizacional pero no con los recursos humanos esenciales, y la elaboración de procesos de intervención incompletos debido a la influencia negativa de diversos factores como el desarrollo de funciones no pertinentes del Trabajo Social, falta de personal en el equipo interdisciplinar o poca colaboración de familiares y residentes. A pesar de observar una tendencia a modificar las estrategias de los centros, existe cierto retraimiento a modificar un modelo de atención centrado en el servicio debido al arraigo de esta perspectiva en la cultura de los centros; este enfoque se observa además en las consideraciones de los/las trabajadores/as sociales sobre las personas mayores en los procesos de intervención social.

Palabras clave: personas mayores, centro residencial, organización, equipo de trabajo, proceso de intervención, modelo de atención.

## **Abstract**

The main objective of this research is to describe the reality that encompasses the intervention processes carried out by social workers at residential care centres for the elderly on the island of Tenerife. This is a descriptive and mixed investigation, both quantitative and qualitative, that utilises an ad hoc online survey as a data collection instrument. This questionnaire targets social workers and collects data about social intervention processes, team working and organizational structure of the residential centres. 16 social workers from 16 different residential centres participated in this study, that is, 44.4% of our sampling frame. The main results of the research are the appearance of organizations with new person-centred strategies, the existence of working teams that have a good organizational climate but not enough human resources, and the deployment of incomplete intervention processes due to the negative influence of multiple factors such as the development of irrelevant Social Work functions, lack of staff in the interdisciplinary teams, or little collaboration of family members and residents. Despite observing a certain tendency to adopt a person-centred caring model, there is still some withdrawal to modify the well-established service-centred strategy due to the strong roots of this perspective in the residential centres culture. This approach is also present in the social workers behaviour with elderly in social intervention processes.

Keywords: older people, residential centre, organization, work team, intervention process, care model.

## ÍNDICE

Introducción.....	1
1. Marco teórico .....	3
1.1. El colectivo de las personas mayores .....	3
1.2. El envejecimiento y la sociedad.....	5
1.3. Centros de atención residencial para personas mayores .....	7
1.4. Organización de los centros .....	10
1.5. Funciones y proceso de intervención en centros de atención residencial para personas mayores desde el área de Trabajo Social .....	15
2. Objetivos .....	19
2.1. Objetivos generales.....	19
2.2. Objetivos específicos .....	19
2.3. Hipótesis .....	20
3. Método .....	20
3.1. Diseño .....	20
3.2. Participantes.....	21
3.3. Instrumentos.....	22
3.4. Procedimiento .....	23
4. Resultados .....	24
4.1. Características de la organización.....	25
4.1.1. La cultura.....	25
4.1.2. La estructura .....	26
4.1.3. Los sistemas de evaluación.....	28
4.2. Características del equipo de trabajo .....	28
4.3. Características del proceso de intervención social .....	32
4.3.1. Modelos, fases y factores que dificultan la intervención.....	32
4.3.2. Perspectiva del trabajador/a social .....	36
4.3.3. Sistema de evaluación .....	36
5. Discusión.....	37
6. Conclusiones .....	42
Referencias bibliográficas .....	45
Anexos.....	49
Anexo 1: Perspectivas teóricas sobre el envejecimiento .....	49
Anexo 2: Objetivos de los centros residenciales.....	52
Anexo 3: Marco legislativo.....	53

Anexo 4: Elementos de la organización .....	56
Anexo 5: Funciones y herramientas del trabajador/a social .....	58
Anexo 6: Proceso de intervención social .....	59
Anexo 7: Objetivos, preguntas y tipos de respuesta del estudio.....	61
Anexo 8: Percepción de los trabajadores/as sociales .....	64
Anexo 9: Nivel de participación de residentes y familiares .....	65
Anexo 10: Finalidad de la evaluación.....	66
Anexo 11: Cuestionario de la investigación .....	67

## **Introducción**

Según los datos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística, a 1 de enero de 2019, las personas mayores en España representan el 19'3% de la población total. Este dato, según la proyección del INE (2018-2068), irá en aumento provocando que en las décadas 30 y 40 se registren los mayores incrementos debido a la llegada a la vejez de la generación del *baby boom* (Abellán, Aceituno, Pérez y Ramiro, 2020).

A consecuencia de las proyecciones demográficas sobre la población mayor en España, se prevé un aumento de la demanda referente a los recursos sociales que ofrece el Estado para su protección. Los centros residenciales forman parte de la cartera de servicios que ofrecen una atención integral y estancia temporal o permanente a aquellas personas de edad avanzada o personas mayores, que por diferentes coyunturas económicas tengan dificultades para permanecer en su domicilio habitual. Es por todo ello, que los principales recursos sociales deben contar con una estructura sólida capaz de atender a un posible aumento de la demanda y que, junto a la sociedad, se vea acompañada de nuevas concepciones éticas de la vejez permitiendo una mayor inclusión (Elizari, 2018).

La principal motivación por la que se ha llevado a cabo esta investigación ha sido conocer los procesos de intervención social llevados a cabo en este recurso y la estructura organizacional que lo rodea, haciendo referencia tanto a su cultura como al equipo de trabajo en el que se ve integrado/a el/la profesional de Trabajo Social.

La información acerca de los centros residenciales es escasa, y más aún cuando se trata de investigaciones acerca de su estructura y modelos de atención. Es por ello que se presenta este estudio con la intención de describir una realidad poco visible, sobre todo, a nivel provincial.

La estructura del presente documento cuenta con 6 epígrafes que siguen una disposición que facilita su correcta comprensión.

El primero es el marco teórico, donde se plasma la información obtenida acerca del objeto de estudio. En el siguiente apartado se observan los objetivos generales y específicos que persigue esta investigación además de las hipótesis planteadas. Posteriormente, en el tercer epígrafe se observa el método, que muestra la metodología empleada plasmando el diseño, técnicas e instrumentos y procedimiento que ha seguido el estudio para su correcta realización. Consecutivamente se observa el apartado de resultados, que muestra los resultados obtenidos del análisis de datos, interpretándolos así en el epígrafe de discusión. Finalmente encontramos el apartado de conclusiones donde se extraen las ideas claves del trabajo y se rebaten las hipótesis con los resultados obtenidos en el proceso de análisis.

## **1. Marco teórico**

Antes de comenzar a hablar de los centros de atención residencial, debemos hacer referencia al colectivo de las personas mayores, aclarando conceptos relevantes que engloban y ayudan a comprender su situación.

### **1.1. El colectivo de las personas mayores**

Los grandes avances médicos y tecnológicos, acompañados de una reducción de las tasas en mortalidad infantil y cambios en los hábitos nutricionales, han contribuido al logro del aumento significativo de la esperanza de vida en el último siglo. Actualmente constituye uno de los indicadores más relevantes a tener en cuenta a la hora de tomar decisiones en las políticas sanitarias, sociales y económicas de España (Abellán, et al., 2019).

El censo poblacional del Instituto Nacional de Estadística del año 2019 muestra que las personas mayores de 65 años representaban un 19,40% de la población total española mientras que, en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, este sector representaba el 17,35%. Así mismo, el informe del INE elaborado en 2018 sobre la proyección de la población residente en España por grupos de edad muestra un incremento del número de personas mayores de 65 años durante las próximas décadas:



**Tabla 1***Proyección de la población residente en España por grupos de edad (2018-2033)*

Grupos de edad	Año 2018	Año 2033	Crecimiento
65-69 años	2.406.215	3.369.080	962.864
70-74 años	2.126.891	2.907.752	780.861
75-79 años	1.538.815	2.300.769	761.954
80-84 años	1.422.838	1.766.105	343.267
85-89 años	953.500	1.194.524	241.024
90-94 años	401.328	531.257	129.929
95-99 años	99.845	213.652	113.807
100 y más años	11.248	46.366	35.118

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

Dentro de este sector de la población, debemos realizar una diferenciación por sexo. Según el INE, en el año 2017, las mujeres tenían una esperanza de vida al nacer de 85,7 años, frente al 80,4 años de los hombres. Estos datos a nivel nacional son muy similares a los observados a nivel provincial:

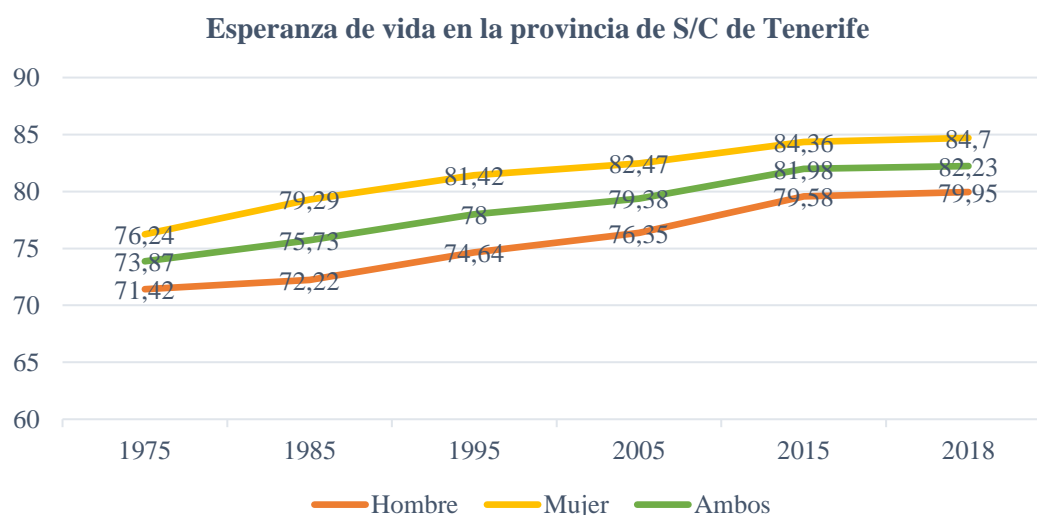


Figura 1. Esperanza de vida al nacimiento según sexo en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife. Fuente: INE. Elaboración propia.

Este proceso de envejecimiento se incrementa en edades superiores a 65 años. Este acontecimiento ligado a la disminución de la tasa de natalidad o fecundidad da lugar a lo que denominamos el envejecimiento demográfico o pirámide invertida (Giró, 2005).

Respecto a este acontecimiento, la Organización de las Naciones Unidas (1978) expone sus futuras consecuencias. De todas ellas cabe destacar: un mayor costo de la dependencia de los ancianos sobre la de los niños, políticas enfocadas a la protección y servicios a este colectivo provocando un mayor gasto público, aumento de las necesidades específicas de las personas mayores, la carencia de viviendas adaptadas para las personas de edades avanzadas y disminución de sus funciones acompañado de una separación de la sociedad.

## **1.2. El envejecimiento y la sociedad**

Haciendo referencia a las nuevas responsabilidades que debe afrontar nuestra sociedad, debemos mencionar las diferentes creencias y estereotipos que infieren en la percepción social que se adopta sobre la vejez y el proceso de envejecimiento. En la mayoría de las ocasiones estos enfoques no tienen nada que ver con la realidad, creando una imagen negativa de este sector de la población. Conjuntamente, diversos estudiosos científicos han desarrollado teorías relevantes enfocadas al proceso del envejecimiento. Estas reflejan las relaciones de las personas mayores con la sociedad y la adaptación al proceso de envejecimiento.

Por un lado, Edwards (2001) hace referencia a un paradigma desfasado. Desde esta perspectiva tradicional e históricamente hegemónica, se crea una visión negativa, asociada a la pérdida de salud, capacidades, habilidades, déficit intelectual, dependencia económica, aislamiento y ausencia de vínculo con la actualidad. Concepciones peyorativas, paternalistas y patologizantes, constituyen la idea de personas mayores como

carga social. Esto se debe a su separación del mercado laboral y un elevado coste social en pensiones y recursos sociosanitarios. La actitud general predominante es el rechazo (Cívicos, 2012).

Bajo este *paradigma tradicional*, encontramos la *teoría de la desvinculación*, iniciada por E. Cummings y W.E. Henry en el año 1961 (como se citó en Belando, 2007). Pocos años después de la publicación de esta, comenzaron a surgir derivaciones de la misma, representando así otras realidades como la teoría de la *desvinculación-vinculación selectiva* o la *teoría de la desvinculación transitoria* (ver anexo 1).

Conjuntamente, bajo esta percepción más clásica de la vejez, observamos los modelos de atención centrado en el servicio. En ellos se predispone los principales intereses del residente primando los de la organización. En estos tipos de centros se anula en cierta medida la opinión de la persona mayor trasladando su capacidad de decisión a los profesionales del centro (Martínez, 2016).

Por otro lado, el *nuevo paradigma*, a diferencia del *paradigma tradicional*, concibe a la persona mayor como participante activo y beneficiario del desarrollo de la sociedad. Este sector de la población adquiere nuevos roles y responsabilidades que, en diversos ámbitos, aportan elementos positivos. Como principal argumento, señala que la mayoría de las personas mayores muestran una situación de autonomía e independencia a nivel funcional. La actitud predominante, a diferencia del paradigma tradicional, es la aceptación (Edwards, 2001; Cívicos, 2012).

Este enfoque lo podemos vincular con la *teoría de la actividad o envejecimiento exitoso* expuesto por Cavan, Burgess, Havighurst y Goldhammer (1949), Havighurst Alvrecht (1953), Havighurst (1964,1961), Havighurst, Neugarten y Tobin (1968) (como se citó en Agulló, 2001) como oposición a la *teoría de la desvinculación*. Además,

se observan otros estudios que defienden los supuestos del *nuevo paradigma*, como la *teoría de la continuidad*, elaborada por Neugarten en 1964 (ver anexo 1).

Además de estas teorías, vinculadas con los principios del nuevo paradigma, debemos mencionar el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) adoptado por los diferentes recursos destinados al colectivo de las personas mayores en los últimos años. Este modelo aporta un nuevo enfoque que facilita la personalización de cuidados de los/las residentes y un nuevo servicio reorientando la praxis profesional. En la ACP la persona mayor cobra un rol más activo teniendo un mayor control sobre su vida cotidiana y planificando el tiempo según sus valores y preferencias. Para ello la calidad asistencial se basa en la calidad de vida de la persona, situando en el centro de intervención a la persona y dejando en segundo plano intereses de la organización o de los/las profesionales que han instaurado a lo largo de los años prácticas de corte paternalista, clásicas o desvinculantes (Martínez, 2016).

Los beneficios de adoptar este tipo de modelo de intervención se ven reflejados en el estudio de Te Boekhorst, Depla, De Lange, Pot, y Efesting, (2009). En esta investigación se compara la calidad de vida de las personas mayores que residen en centros tradicionales (97 personas mayores) y unidades de convivencia (67 personas mayores). Tras un periodo de 6 meses, los residentes en la unidad de convivencia requerían menos atención en actividades básicas de la vida diaria y mantenían mejores relaciones sociales que los residentes del centro tradicional.

### **1.3. Centros de atención residencial para personas mayores**

En la búsqueda de una definición consensuada de centro residencial, acudimos al Decreto 154/2015, de 18 de junio, por el que se modifica el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia en Canarias, aprobado por el Decreto

67/2012, de 20 de julio. El artículo tres, epígrafe a), por razón de personas usuarias, define los centros para personas mayores como:

Centros destinados a la atención de personas dependientes que reúnan los requisitos de edad previstos en el artículo 2 de la Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones, y sean titulares de los derechos establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, conforme prevé su artículo 5. (p.4)

Continuando con la redacción de este texto, se determina que podrá atenderse en estos centros a personas dependientes que no cumplan el requisito de edad, mientras el reglamento de régimen interior del centro lo permita y sea capaz de prestar una atención adecuada para el afectado.

En el epígrafe b), apartado a) del propio decreto, observamos una definición por razón de los servicios que prestan con carácter prioritario los centros de atención residencial:

Son aquellos establecimientos en los que, de forma organizada y profesional, ofrecen alojamiento y manutención a las personas usuarias garantizándoles una atención integral, desde un enfoque biopsicosocial, prestando servicios de atención personal y de carácter social o sociosanitario en función de los requerimientos de las personas usuarias. (Decreto 67/2012, p.4)

El Defensor del Pueblo (2000), junto a informes de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, muestran un manual en el que se observan los objetivos de los centros en cuanto a su atención a los/las residentes. Entre ellos destacamos el propósito de mantener o mejorar la capacidad funcional de los/las residentes mediante técnicas de

rehabilitación, prevenir el incremento de la dependencia, realizar un seguimiento en los/las residentes sobre las enfermedades y trastornos previamente detectados, llevar a cabo programas de animación sociocultural, fomentar el contacto del/la residente con su entorno familiar y allegados, etc (ver anexo 2).

Estos centros de mayores de atención residencial suponen un servicio de protección social para un determinado sector de la población. Por ello, para mostrar el reconocimiento de sus derechos y la justificación de la existencia de estos recursos, observamos diferentes tratados, declaraciones y leyes (ver anexo 3):

- **Ámbito internacional:**
  - Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.
- **Ámbito nacional:**
  - Constitución española de 1978.
  - Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- **Ámbito autonómico:**
  - Estatuto Autonómico de Canarias.
  - Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias.

Esta última ley de nivel autonómico en Canarias, en su artículo 16, recoge los derechos de las personas en situación de discapacidad y de dependencia. Trata desde la protección de los derechos básicos de las personas mayores promovidos por los poderes públicos, hasta la garantía proporcionar un sistema de calidad de los servicios y prestaciones especializadas. Además, en su artículo 20 observamos que establece una definición de servicios de atención residencial.

#### **1.4. Organización de los centros**

La estructura organizacional y corporativa conforman aspectos cruciales en el buen desarrollo de las funciones de un centro residencial. Los documentos científicos que abordan esta cuestión en concreto son escasos, por el contrario, existe una gran diversidad de documentos que hablan de la organización como sistema. Las múltiples interpretaciones que se conciben hacen difícil el establecimiento de un consenso acerca del término organización. Por todo ello, consideramos que obtener una definición común de este concepto es importante para la buena comprensión de la investigación.

Los autores Lemaitre y Begouen (como se citó en Medina y Medina, 2011), definen la organización como: “La combinación de los medios humanos y materiales disponibles, en función de la consecución de un objetivo según un esquema preciso de dependencias e interrelaciones entre los distintos elementos que la constituyan” (p.17).

De manera más amplia, Melese y Davous (como se citó en Medina y Medina, 2011), efectúan un análisis del significado e importancia del término, considerándolo como organizaciones comprendidas por recursos humanos y materiales característicos de un sistema. Éste determina el estado, grado o cambios producidos en la evolución de la organización de una entidad.

Observando estas dos definiciones, podemos traducir organización como agrupación de reglas, normas, orden, mandato, armonía y dependencia de las partes de un todo.

Existen ciertos elementos que, en combinación y funcionamiento simultáneo, evidencian la existencia misma de la organización. Zerilli (1990) señala cuatro elementos esenciales que la componen: objetivo común, conjunto de recursos, el esfuerzo combinado y el sistema de relaciones (ver anexo 4).

En este documento, en cuanto al concepto de organización y los objetivos de este, destacamos la estructura de las comunicaciones, la autoridad jerárquica, el clima, la cultura y el sistema de evaluación. Todas estas consideraciones se encuentran interconectadas entre sí.

Las organizaciones, de manera forzosa, poseen una estructura de autoridad. Esta es comprendida como la división de toma de decisiones, determinadas por la función de sus obligaciones de ejecución y obediencia a las reglas y normas internas. Existen diversas formas de establecer la estructura de autoridad y que podemos observar en diferentes organizaciones (Medina y Medina, 2011):

- Jerárquica: Canales de comunicación verticales; de arriba, hacia abajo. La ejecución o cumplimiento de las acciones se llevan a cabo por los niveles más operativos de la organización.
- Democrática: La autoridad en este caso se delega desde los niveles inferiores a los superiores. Los integrantes de la organización toman decisiones de manera conjunta sobre objetivos y actividades.
- Escalonada: En esta estructura de autoridad, diferenciamos dos grupos; uno superior que contiene una estructura técnica-profesional que ejerce influencia en otro grupo inferior. El primer grupo toma decisiones que conducen a la consecución de los objetivos, mientras que el grupo inferior es objeto y destinatario de estas diligencias.

En cuanto a la comunicación organizacional, Fernández (2012), la define como: Conjunto de técnicas y actividades encaminadas a facilitar y agilizar el flujo de mensajes que se dan entre los miembros de la organización, entre la organización y su medio; o bien, influir en las opiniones, aptitudes y conductas de los públicos



internos y externos de la organización, todo ello con el fin de que ésta última cumpla mejor y más rápido los objetivos. (p. 31)

Aparte de que este autor considere relevante la gestión de la comunicación e información debido a su capacidad de establecer vínculos estratégicos, se observa que pone énfasis en la clasificación de dos tipos de comunicación: interna y externa.

La comunicación interna se da en el interior de la organización, entre sus miembros; son los primeros por los que se debe preocupar la organización a la hora de pensar en la obtención de las metas. Este tipo de comunicación cobra gran relevancia debido a que sin ella no existiría gran eficacia en la solución de problemas y deficiencias internas, y no se desarrollaría la cultura organizacional del sistema de valores (sentido de pertenencia y compromiso); tampoco se mantendría informados, integrados y motivados a los integrantes de la organización (Fernández, 2012).

Este tipo de comunicación se puede producir en un sentido horizontal; entre profesionales del mismo rango, y sentido vertical; entre profesionales de rangos diferentes. Además, podemos diferenciar los tipos de comunicación en función del contenido: quejas, informes, órdenes, informaciones objetivas, etc. (Medina y Medina, 2011).

En cuanto a la comunicación externa, lo podemos resumir en la trascendencia de los medios de comunicación internos, es decir, establecer contacto con otros grupos organizados, comunidad o sociedad. Se establece una red de interacciones a fin de fijar alianzas, desarrollar estrategias o proyectos (Fernández, 2012).

Otro aspecto que cabe mencionar en este documento es la cultura organizacional debido a su influencia en el desarrollo de las funciones de la organización. Esta es el conjunto de creencias compartidas que las personas tienen en un sistema que han

aprendido de manera inconsciente. Las creencias definen las conductas de los integrantes de la estructura organizacional, definiendo así la propia cultura e impactando en los resultados. No existe una única cultura ideal, pero sí se puede modificar según las estrategias propuestas sobre la organización, ya que esta la impulsa a su consecución (Martínez 2001).

A su vez el clima organizacional es otro aspecto que engloba la concepción de la organización. Éste ha sido definido como una unidad de propiedades del entorno laboral, del trabajador y su conflicto entre características personales y de la organización que infieren de una manera u otra en el comportamiento de la persona dentro de la organización (Martínez, 2001). La aclaración de este concepto es relevante debido a su influencia en aspectos organizacionales y psicológicos del grupo; determinante en el bienestar y satisfacción laboral.

Otro elemento que obtiene una gran relevancia y se integra dentro de la estructura organizacional, es el equipo de trabajo. Este conforma una estructura divisional dentro de la organización presentando características propias (Pardo, 2004).

Aludiendo a los equipos de trabajo interdisciplinarios de las residencias, se observan diversos profesionales esenciales para su correcto desarrollo en el Decreto 154/2015, de 18 de junio, por el que se modifica el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia en Canarias, aprobado por el Decreto 67/2012, de 20 de julio. En su artículo doce, expresa los requisitos básicos para el funcionamiento de los centros y servicios.

Cumpliendo el Reglamento, en el epígrafe a), estos deberán contar con profesionales en: psicología, trabajo social, animación sociocultural, medicina, enfermería, terapia ocupacional y fisioterapia. Además de aquellos profesionales

relacionados con servicios específicos según la persona, tipología, intensidad de la prestación y los programas que desarrollan.

En la búsqueda de actuaciones del trabajo de equipo, el epígrafe c) determina los procedimientos de trabajo. En él se establece que, en el plan de atención individual básico, deberá estar integrado por una valoración inicial interdisciplinar, plan de intervención, seguimiento y evaluación.

Todas estas acciones, en los centros residenciales, se basan en el trabajo de equipo interdisciplinar. Cada profesional debe ser capaz desde su disciplina, de colaborar con el resto de las/los profesionales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona mayor de una forma global. En un centro gerontológico, aunque varía dependiendo de la institución, se pueden poner en marcha equipos y comités que valoren cada cierto tiempo el trabajo en equipo, la comunicación interna y la formación continuada (Pastor, 2019).

El Defensor del Pueblo (2000) también muestra en su manual, los objetivos a conseguir por los profesionales de una residencia. Estos deberán orientar todos los planes individuales desarrollados tanto por cada profesional, como por el equipo de trabajo.

Podemos destacar:

- Favorecer una formación continuada a los/las profesionales, estimulando la asistencia a cursos y congresos.
- Motivar el contacto con los recursos de la zona para mejorar la coordinación sociosanitaria.
- Implementar el sentido de pertenencia y de responsabilidad en el buen hacer profesional, mediante la técnica de trabajo en equipo.

Así pues, queda expuesta la relevancia de generar un enfoque científico de las personas mayores que englobe varias disciplinas. Por ello surge la Gerontología Social.

## **1.5. Funciones y proceso de intervención en centros de atención residencial para personas mayores desde el área de Trabajo Social**

Antes de profundizar en los procesos de intervención, es esencial conocer la figura del/la trabajador/a social; su definición y funciones.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2014) define el Trabajo Social como una profesión que fomenta el cambio, desarrollo y cohesión social; fortalecimiento y defendiendo la liberación de las personas, basada en la práctica y disciplina académica. Todas estas acciones se ven siempre influenciadas por principios de justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad.

Por otro lado, el autor Kisnerman (1998) observa esta disciplina científica como aquella que traspasa los problemas sociales. Con esto quiere decir que analiza su causa-efecto y trabaja para que los integrantes de esa situación asuman una acción organizada; preventiva o transformadora, que ayude a solventarlo.

Podemos observar que estas definiciones consultadas tienen en común dos elementos íntimamente relacionados: persona y medio.

En todo encuadre institucional, el profesional del Trabajo Social, ve como sus acciones se ven reguladas por un código internacional de ética y declaraciones de acción social, además de la norma interna de la organización, legislación, etc. En este caso cabe mencionar el Código Deontológico del Trabajo Social (2012), donde se recogen las funciones, los principios, los derechos y los deberes de los/las trabajadores sociales en España. En este documento se resaltan las funciones: información, prevención, mediación, evaluación, planificación, etc. Y las herramientas exclusivas del trabajador/a

social como: la historia social, ficha social, informe social, escalas de valoración social y proyectos de intervención social (ver anexo 5).

Dentro del encuadre institucional de los centros de atención residencial, el/la trabajador/a social pretende ayudar a la persona mayor a combatir conflictos psicológicos y sociales que experimenta al incorporarse a un régimen de institución; no solo a nivel individual, sino también a nivel familiar y comunitario (Kisnerman, 1998).

En la búsqueda de las funciones específicas del/la trabajador/a social en los centros de atención residencial para personas mayores, resaltamos algunas de las expresadas por Pastor (2012):

- Planificar y organizar el trabajo social del centro mediante la programación de objetivos y acciones.
- Realizar actividades administrativas y formular documentos específicos del Trabajo Social que ayuden a la valoración y seguimiento de cada caso.
- Efectuar una valoración de la situación personal, familiar y social de cada residente.
- Facilitar información de recursos propios y ajenos a la organización.
- Realizar gestión de resolución de problemas sociales que afecten a la convivencia de los residentes.
- Participar con el equipo interdisciplinar o departamento médico en la elaboración de objetivos y atención específica que necesite cada residente.

La intervención del Trabajo Social en los centros de mayores está condicionada por la gerontología social. Esta se refiere a la propia existencia del sujeto y a su proceso de evolución. Considera que envejecen las sociedades y no solo los sujetos que la

integran. Además, se justifica por su característica multidisciplinar orientada sobre las personas mayores dando lugar a un enfoque científico (Laforest, 1991).

Bajo este enfoque que determina la acción del/a trabajador/a social, definimos el proceso de intervención social como “toda actividad profesional consciente, organizada, planificada y dirigida a actuar sobre una realidad social para estudiarla, analizarla, modificarla y cambiarla en la consecución de una mejora positiva” (Fernando, Lorenzo y Vázquez, 2012, p.295).

En el contexto de las residencias de mayores, por lo general, se lleva a cabo una intervención directa e individual que reúne una serie de características a tener en cuenta y que responsabiliza a la acción del profesional. Entre ellas observamos: Flexibilidad, interdependiente, adaptable a cualquier caso, racional, estructurado, dinámico y recursivo, estratégico, participativo, reutilizable y sencillo. Estas características se deben ver presentes en los esquemas metodológicos (ver anexo 6) que se fragmentan en una fase de investigación; compuesta por un diagnóstico y programación, y una fase de acción; compuesta por la ejecución y evaluación del caso (Fernández y Ponce de León, 2012).

El modelo de intervención social adoptado por el/la trabajador/a social también influye de manera significativa en el correcto desarrollo de la persona residente. Por ello se considera preciso desarrollar algunos de los modelos más relevantes.

En primer lugar, el modelo de gestión de casos. Según Derezotes (como se citó en Fernández y Ponce de León, 2019), este modelo pretende asegurar a la persona una oferta de servicios eficaces, eficientes, razonados y coordinados que ayuden a satisfacer necesidades y demandas planteadas. El objetivo básico sería proporcionar información sobre nuevas oportunidades, dando a conocer recursos sociales disponibles al/la usuario/a con el fin de promocionar el desarrollo del bienestar y la mejora de la calidad de vida.

En segundo lugar, el modelo ecológico. Según Fernández y Ponce de León (2019), este modelo nos permite observar cuáles son las conexiones de la persona entre los diferentes niveles de la sociedad, mientras que su conducta individual nos permite elaborar un mapa de redes sociales que engloba a la persona, adquiriendo así recursos de apoyo para poder superar los conflictos o problemáticas. Su necesidad de aplicación se basa en la necesidad de obtener una perspectiva más amplia de la persona, mejorando así la calidad de la intervención social.

En tercer lugar, el modelo de intervención en crisis. Este se caracteriza por la consecución de una intervención rápida y efectiva que atenúe los efectos del desequilibrio provocado por una situación determinada. En este caso se pondría en práctica como un modelo prospectivo de carácter preventivo. Según Fernández y Ponce de León (2019), una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la resolución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Por último, cabe mencionar que los/as profesionales de Trabajo Social al intervenir en aspectos económicos, sociales y/o funcionales de una persona, se suele adoptar una perspectiva ecléctica. Con ella se intenta disponer de un modelo de atención integral, capaz de ofrecer a las personas mayores unas condiciones de desarrollo y soluciones a sus principales problemas desde una comprensión de la realidad social, interpretándola como un complejo proceso con múltiples variables asociadas a la intervención. Por ello se genera un proceso de intervención compuesto de las mejores características de cada modelo (Fernández y Ponce de León, 2019).

En general, se observan pocos documentos que reflejen el contexto de los recursos sociales destinados a las personas mayores, ya no solo de los centros residenciales. La

información encontrada es escasa, incluso más aún cuando se refiere a información específica de la comunidad de Canarias. Por ello, siendo conscientes de los actuales fenómenos socioeconómicos y demográficos, es importante elaborar estudios que den a conocer la realidad de este recurso y nos permita elaborar estrategias con la finalidad de contar con organizaciones óptimas y que presten un servicio de calidad a un colectivo que tiende a cobrar cierta relevancia en nuestra sociedad. Además, este tipo de investigaciones acerca de la realidad de los centros servirían para elaborar estrategias prospectivas, fundamentales en aspectos como: La orientación de políticas sociales, la orientación del sistema de protección social, el reconocimiento y protección de derechos humanos por las diversas instituciones, la adopción de nuevas perspectivas, etc.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivos generales**

1. Conocer la organización de los centros de atención residencial para personas mayores de la isla de Tenerife.
2. Analizar los procesos de intervención desarrollados por los/las profesionales del área de Trabajo Social.

### **2.2. Objetivos específicos**

- 1.1. Conocer la cultura de la organización referente a la atención a las personas mayores.
- 1.2. Conocer la estructura organizativa de los centros.
- 1.3. Conocer los sistemas de evaluación de los centros.
- 1.4. Conocer la estructura del equipo de trabajo donde se integra el/la trabajador/a social.
- 2.1. Conocer el desarrollo de los procesos de intervención.



2.2. Conocer la perspectiva aplicada por los/las trabajadores/as sociales sobre las personas mayores en los procesos de intervención social.

2.3. Conocer el sistema de evaluación respecto al proceso de intervención social del trabajador/a social.

### **2.3. Hipótesis**

1.1. La cultura de la organización de los centros de atención residencial no responde a los principios del nuevo paradigma.

1.2. Las estructuras organizativas de los centros son muy similares.

1.3. Los centros cuentan con pocos instrumentos de evaluación de la organización.

1.4. Existe una gran similitud entre las estructuras del equipo de trabajo de los centros residenciales donde se integra el/la trabajador/a social.

2.1. Se llevan a cabo procesos de intervención incompletos.

2.2. Existe algún tipo de retraimiento al implementar la perspectiva del nuevo paradigma en los procesos de intervención.

2.3. El sistema de evaluación se lleva a cabo a través de resultados globales y retroalimentación con otros profesionales.

## **3. Método**

### **3.1. Diseño**

Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, pues pretende observar y conocer las características que engloba el proceso de intervención social de los/las trabajadores sociales de los centros de atención residencial de la isla de Tenerife. Todo ello describiendo, analizando e interpretando los datos obtenidos sobre un recurso poco estudiado que puede ayudar a precisar un problema.

El estudio parte de un enfoque mixto pues los datos se expresan en términos cualitativos y cuantitativos, cobrando una mayor relevancia éste último. De los/las participantes extraemos diversos datos que suponen diferentes aproximaciones de la realidad, obteniendo así una visión más completa del recurso. La integración simultánea en el formulario de ambos tipos de datos se ha realizado de manera transversal; en un único momento.

Los datos recabados pertenecen a fuentes primarias, obtenidas de manera directa por el investigador. Esta recolección ha sido realizada a través de pocas unidades de análisis y variables, por lo que la amplitud de esta es micro.

Según el grado de experimentación, podemos decir que la investigación contiene un diseño preexperimental al basarse en la observación. Se pretende conocer el funcionamiento y estructura de los centros residenciales, por lo que el presente documento persigue una finalidad básica.

### **3.2. Participantes**

La población objeto de estudio son los/las trabajadores/as sociales de los centros de atención residencial para personas mayores de la isla de Tenerife. Debido a la dificultad de su cuantificación, nos hemos basado en los centros que aparecen en la página web del Gobierno de Canarias; dentro de la red de centros y servicios de dependencia en Canarias.

En este servicio web, a pesar de no encontrarse información actualizada referente al número de plazas, podemos observar que la isla de Tenerife cuenta con un total de 40 centros de atención residencial para personas mayores. Entre ellos se encuentran centros de atención residencial de titularidad pública, y centros de atención residencial de titularidad privada con plazas concertadas.

De estos centros residenciales, hemos realizado un muestreo no probabilístico intencional en el que se ha seleccionado aquellos que contengan al menos un/a profesional de Trabajo Social en su estructura organizativa, ya sea por las necesidades de los/as usuarios/as o número de plazas ofertadas. Teniendo en cuenta esta consideración, observamos un marco de muestreo de 36 participantes.

Finalmente, la muestra obtenida han sido 16 trabajadores/as sociales de 16 centros residenciales diferentes.

Centrándonos en las características de las personas participantes, observamos que la totalidad de estos son mujeres con edades comprendidas entre los 23 y 63 años.

En cuanto a su experiencia laboral enfocada a la intervención social en el colectivo de las personas mayores, observamos que 10 trabajadoras sociales tienen menos de 5 años de experiencia, mientras que las 6 restantes cuentan con una experiencia de entre 6 y 10 años.

Respecto a las características de los centros, observamos que 12 son de titularidad privada y 4 de titularidad pública. El número de plazas residenciales varía entre las 24 y 158. Todas estas plazas residenciales se encuentran bajo el ratio de las profesionales encuestadas. De todos los centros, observamos 2 que cuentan con más de un/a profesional de Trabajo Social.

### **3.3. Instrumentos**

La técnica de recolección de datos ha sido llevada a cabo mediante un cuestionario *ad hoc*. Esta ha sido elaborada teniendo en cuenta los conceptos tratados y obtenidos tras una amplia revisión bibliográfica.

El cuestionario sigue una estructura en la que podemos diferenciar tres secciones: datos de la estructura organizacional, datos del equipo de trabajo y datos del proceso de intervención del trabajador. En cada división del cuestionario observamos diferentes tipos

de preguntas como: escalas Likert, preguntas abiertas y preguntas cerradas de una o varias respuestas. En cada apartado podemos observar (ver anexo 7):

- Datos de la estructura organizacional:
  - 2 preguntas cerradas de una única elección
  - 1 pregunta cerrada con más de una posible elección.
  - Escala Likert de 10 valores, compuesta de 1 variable.
  - Escala Likert de 7 valores, compuesta de 8 variables.
- Datos del equipo de trabajo profesional en el que se integra el/la trabajador/a social:
  - 1 pregunta cerrada de una única elección.
  - Escala Likert de 7 valores, compuesta de 8 variables.
  - 2 preguntas abiertas.
- Sección 4: Datos del proceso de intervención del trabajador/a social
  - 5 preguntas cerradas de una única elección.
  - Escala Likert de 7 valores, compuesta de 7 variables.

### **3.4. Procedimiento**

Los pasos que se llevaron a cabo para obtener la información de los participantes se componen de los siguientes:

1º. Se realizó una búsqueda en webs oficiales en la que se registraran los centros de atención residencial para personas mayores de la isla de Tenerife.

2º. Se llevó a cabo el primer contacto con las residencias a través de llamadas telefónicas con la intención de excluir aquellos centros que no tuvieran en su estructura organizativa al menos un/a trabajador/a social y poder adquirir un correo electrónico al que poder enviar el enlace de la encuesta online.

3°. Se envía el correo electrónico a las direcciones facilitadas con una breve descripción de la investigación y el enlace al formulario online.

4°. Debido a la baja participación registrada, se realiza otro contacto telefónico tanto a los centros ya contactados que no han rellenado la encuesta, como a los que no han dado algún tipo de respuesta.

5°. Se vuelve a enviar los enlaces de la encuesta por correo electrónico.

6°. Una vez superado el plazo para la realización del formulario online, se bloquea su acceso y se comienza a realizar el análisis de la información.

Cabe mencionar que la elaboración del formulario online se llevó a cabo mediante la plataforma de Google Forms. Además, para el vaciado, confección y representación de los resultados se llevó a cabo mediante la herramienta digital de Excel, llevando a cabo un análisis estadístico descriptivo que recolecta, analiza y caracteriza los datos mediante datos numéricos, tablas o gráficos.

La situación de estado de alarma decretado desde el día 14 de marzo de 2020 por la expansión del Covid-19, ha sido un acontecimiento de fuerza mayor que ha inferido considerablemente en el número de participantes de la investigación. Debido a la vulnerabilidad de las personas mayores frente a este virus, los centros residenciales han tenido que adoptar medidas de prevención muy exhaustivas donde los/las trabajadores/as sociales han cobrado un papel muy relevante. Diversos participantes de interés para la investigación, en los diversos contactos realizados, pudieron expresar la dificultad de su situación.

#### **4. Resultados**

En este apartado se exponen los resultados de la información recogida a través de los 16 cuestionarios. Los resultados se encuentran divididos en 3 subapartados: datos de la organización, datos del equipo de trabajo y datos del proceso de intervención.

Cabe mencionar que los resultados se desarrollan de acuerdo con los objetivos de la investigación y que en este caso se diferencia el equipo de trabajo de la organización únicamente para obtener una visión más clara y comprensible de los datos obtenidos.

#### 4.1. Características de la organización

##### 4.1.1. La cultura

En referencia a la cultura de la organización, según las trabajadoras sociales, podemos observar el modelo de atención prestada a los/as residentes. Según estos datos, la mayoría siguen prestando un modelo de atención centrado en el servicio (56%), mientras que un 32% ya instaura o comienza a instaurar en algunos casos el modelo de atención centrado en la persona. Un 12% declara prestar una atención centrada en la persona (figura 2).

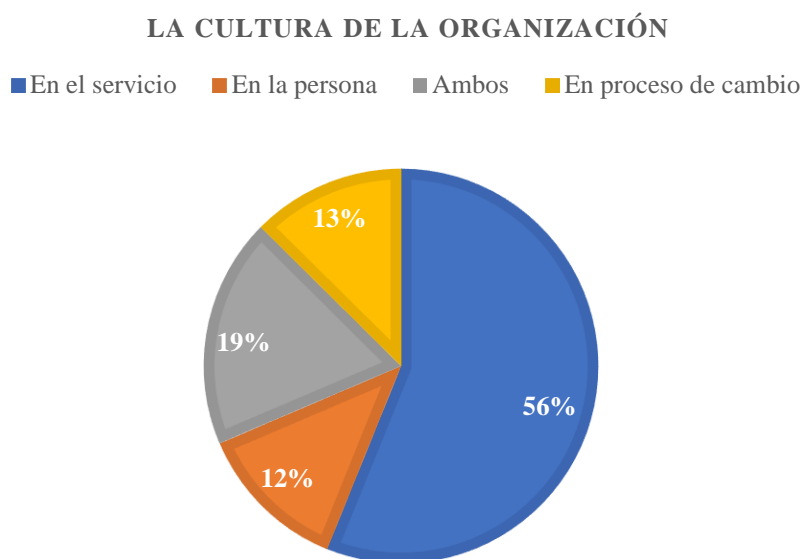


Figura 2. Modelo de atención de las residencias

Referente a la percepción de la estructura organizativa hacia las personas mayores, podemos observar que el promedio de los centros considera a la persona mayor un sujeto activo con potencialidades, pues esta es superior a 8 puntos de media en una escala de 1 a 10 (ver anexo 8).

Analizando el nivel de participación de los/las residentes y los familiares en el desarrollo de las funciones de los centros, se observa que la mayoría de las profesionales tiene muy presente su participación. Se obtiene una media superior a 6 puntos, en una escala de 1 a 7 (ver anexo 9).

#### 4.1.2. La estructura

En la figura 3 se observa que el modelo de toma de decisiones preponderante es el sistema democrático (50%), seguido del sistema escalonado (44%). Cabe mencionar que existen otros modelos no recogidos en esta investigación.

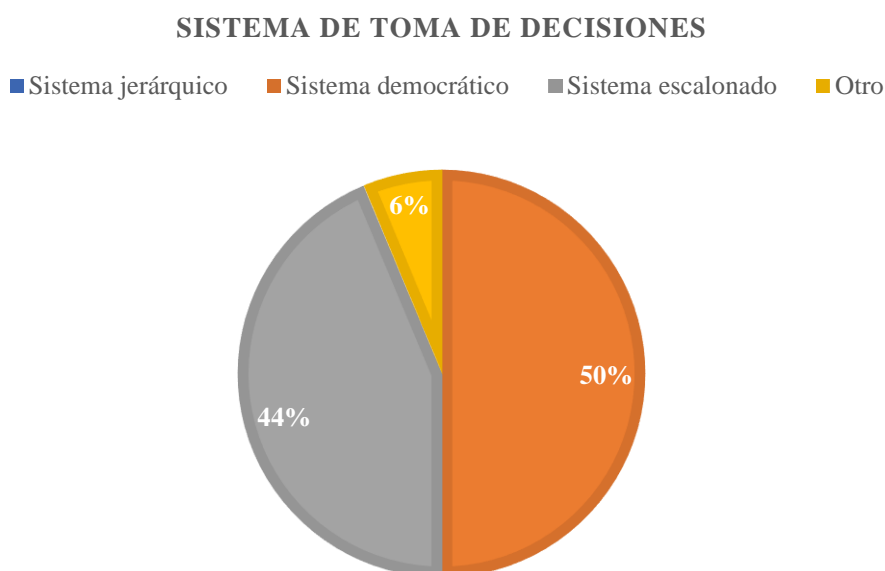


Figura 3. Sistema de toma de decisiones

Según los datos mostrados en la tabla 2, los centros presentan un buen clima de trabajo, ya que todas las variables muestran aspectos positivos y la media de cada una de ellas sitúa alrededor de los 6 puntos. Cabe destacar, por ser las puntuaciones más altas, un gran cumplimiento de los protocolos de actuación por parte de la organización (M=6.75) y una buena comunicación vertical (M=6.12) acompañada de una satisfactoria retroalimentación de la dirección/gerencia (M=6.12). Con menores puntuaciones se

observa el apoyo de la gerencia al equipo de trabajo (M=5.93), junto a la determinación de expectativas de la dirección sobre el equipo de trabajo (M=6).

**Tabla 2**

*Clima de la organización*

VARIABLES	Media	SD	Mín.	Máx.
La gerencia le brinda al equipo una dirección clara respecto a sus expectativas hacia el equipo	6	1.03	4	7
La organización representa y genera un sentimiento de pertenencia respecto al equipo de trabajo	6.06	0.85	4	7
La gerencia de los departamentos funcionales apoya el trabajo de nuestro equipo profesional	5.93	0.99	4	7
Existe buena comunicación vertical en la organización	6.12	0.806	4	7
Los/las responsables más inmediatos/as al equipo de trabajo se preocupan por generar una retroalimentación	6.12	0.5	5	7
El centro cumple con todos los protocolos de actuación	6.75	0.57	5	7



### 4.1.3. Los sistemas de evaluación

En lo que se refiere al control de la calidad y el correcto funcionamiento del centro, se observa en la figura 4 que las organizaciones en su mayoría utilizan la evaluación subjetiva como los cuestionarios a residentes y/o familiares (81.3%). En cuanto a evaluaciones objetivas, observamos el comité de calidad que representa el segundo tipo de evaluación más utilizado (68.8%), seguido de la asamblea general (37.5%).

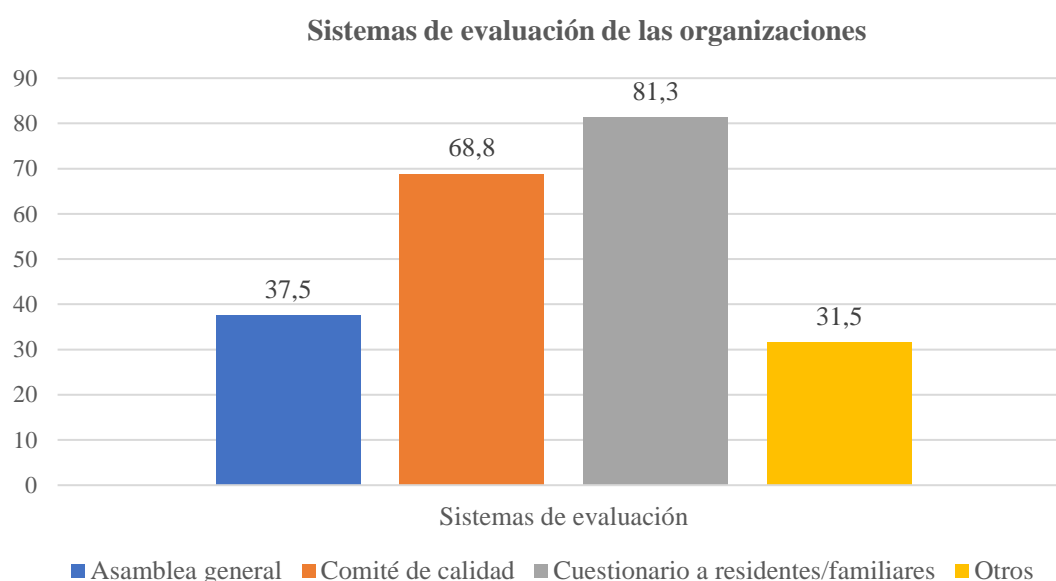


Figura 4. Sistema de evaluación

### 4.2. Características del equipo de trabajo

Respecto a las características de los equipos de trabajo de los centros residenciales, en la figura 5 se observa que el 60% de los centros no integran en su equipo de trabajo al menos un profesional por disciplina. A pesar de ello, el 33% de los equipos contemplan lo establecido en la normativa y un 7% integra incluso más disciplinas.

### PROFESIONALES DEL EQUIPOS DE TRABAJO

- No se observan todas las disciplinas
- Si se observan todas las disciplinas
- Se observan incluso más disciplinas

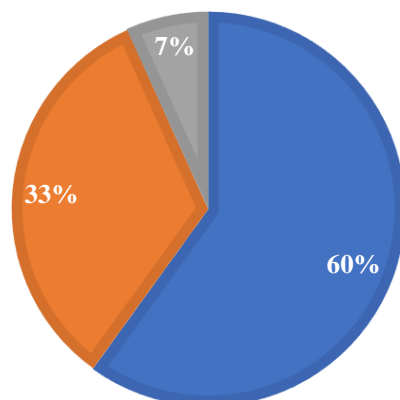


Figura 5. Profesionales que integran el equipo de trabajo

La estructura del equipo de trabajo, según la tabla 3, muestra que las reuniones se realizan según la normativa interna del centro ( $M=6.43$ ) y existe una buena comunicación horizontal ( $M=6.06$ ). Seguidamente, observamos que las funciones de los diferentes integrantes del equipo se encuentran bien limitadas evitando así duplicidad de las acciones ( $M=6$ ). Además, en cuanto al clima del desarrollo de funciones, observamos buena predisposición de los integrantes a debatir desacuerdos abiertamente y resolverlos de manera efectiva ( $M=6$ ). Como aspecto relativamente más desfavorable, encontramos escasa formación, por parte de la dirección del centro a los integrantes del equipo de trabajo, sobre la obtención de información específica y general de lo que conlleva formar parte de un equipo interdisciplinar ( $M=5.43$ ).

**Tabla 3***Estructura del equipo de trabajo*

VARIABLES	Media	SD	Mín.	Máx.
Se realizan las reuniones de seguimiento y valoración previstas por la norma interna de la organización	6.43	0.62	6	7
Las funciones de cada profesional se encuentran bien limitadas y no existe duplicidad	6	0.89	4	7
Cada profesional recibe formación específica y general de cómo ser un equipo de trabajo efectivo	5.43	1.5	1	7
Existe buena comunicación horizontal en la organización	6.06	0.99	6	7
Los desacuerdos entre los miembros del equipo son discutidos abiertamente y resueltos de manera efectiva	6	0.89	4	7

La tabla 4 muestra las fortalezas y debilidades señaladas por las trabajadoras sociales acerca de su equipo de trabajo.

En lo que se refiere a fortalezas, la cohesión y sentimiento de equipo (ni=5), son los aspectos que más destacan las profesionales. La comunicación (ni=3) y la responsabilidad (ni=3) también son consideraciones a tener en cuenta en la representación de los equipos de trabajo. El máximo interés por los/las residentes (ni=2) y la resiliencia (ni=2) son las fortalezas que menos destacan junto la multidisciplinariedad (ni=1).

En relación con las debilidades, destaca la falta de formación sobre la digitalización de los datos (ni=5), seguido del desarrollo de objetivos comunes por parte de los equipos de trabajo (ni=4). La comunicación (ni=2), en menor medida, también supone un aspecto de debilidad. En casos concretos y menos generales observamos la gestión del estrés (ni=1), el número de reuniones que se acuerdan (ni=1), la coordinación (ni=1) e incluso la inexistencia de algún defecto (ni=1).

**Tabla 4**

*Fortalezas y debilidades del equipo de trabajo*

Variables	Categorías	N=16
¿Cuál es la fortaleza que destacarías de tu equipo de trabajo?	Cohesión y sentimiento de equipo	5
	La responsabilidad	3
	La comunicación	3
	Máximo interés por el/la residente	2
	La resiliencia	2
	La multidisciplinariedad	1
		<b>N=16</b>
¿Qué aspecto del equipo de trabajo se debería mejorar?	Formación sobre la digitalización de los datos	5
	Desarrollo de objetivos comunes	4
	Comunicación	2
	Ninguno	1
	Gestión del estrés	1
	Número de reuniones	1
	Coordinación	1

### 4.3. Características del proceso de intervención social

#### 4.3.1. Modelos, fases y factores que dificultan la intervención

Analizando los procesos de intervención, podemos observar en las siguientes figuras datos esenciales acerca de sus características básicas.

En la figura 6, destaca en gran medida un modelo de intervención ecléctico (88%), frente a un modelo de gestión de casos (6%) y modelo humanista (6%).

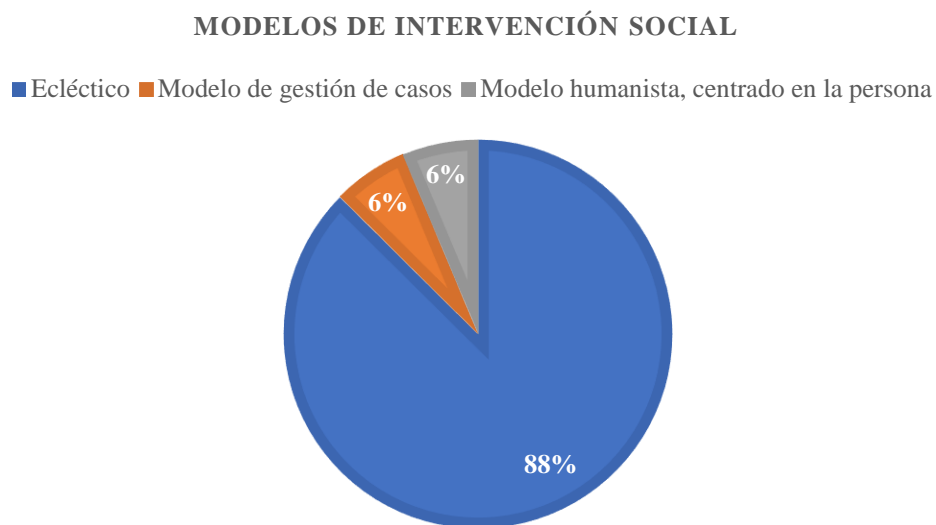


Figura 6. Modelo de intervención social

Las fases a las que los profesionales dedican mayor parte del tiempo de sus acciones, como se observa en la figura 7, es la fase de ejecución (50%). La fase de diagnóstico (31%) también se encuentra dentro de sus prioridades, seguido de la fase de evaluación (19%).

### FASE QUE MÁS TIEMPO SE DEDICA

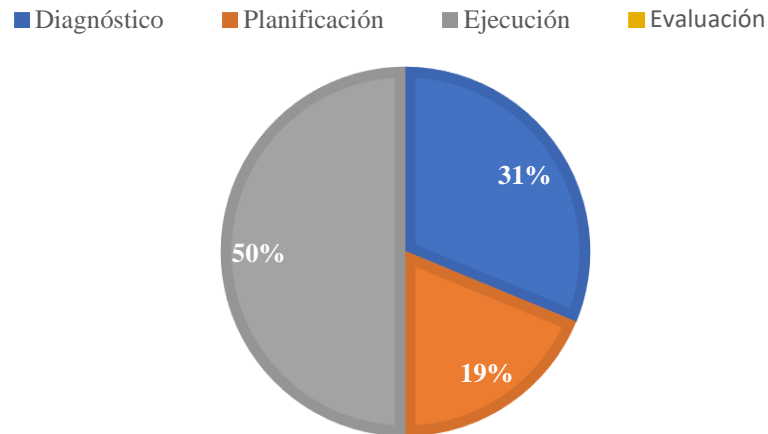


Figura 7. Fase a la que más tiempo se dedica en los procesos de intervención

Referente a las fases en las que se divide el proceso de intervención, en la figura 8 se especifican aquellas a las que las profesionales dedican menos tiempo. Las fases de evaluación (37%) y diagnóstico (32%) son las más señaladas, seguida de la planificación (19%) y ejecución (12%).

### FASE QUE MENOS TIEMPO SE DEDICA

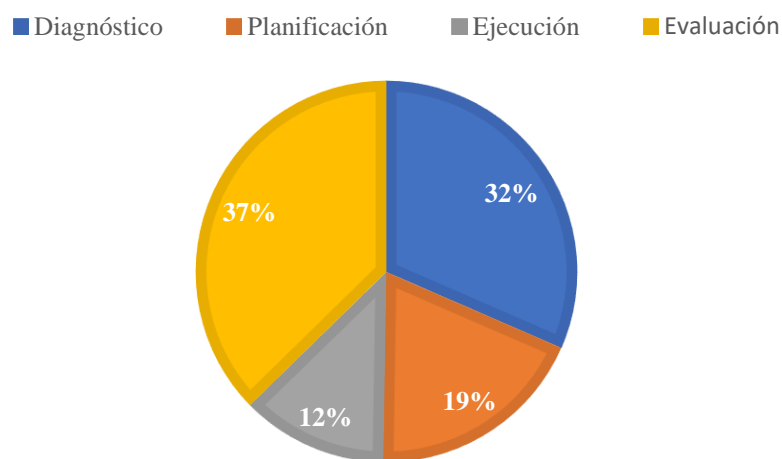


Figura 8. Fase a la que se dedica menos tiempo en los procesos de intervención

Los factores que más dificultan los procesos de intervención según las profesionales de Trabajo Social de los centros residenciales son, como muestra la figura 9: el desarrollo de funciones que no son propias de la disciplina (43.8%), la falta de personal en el equipo de trabajo (31.3%), la poca colaboración de los familiares y residentes (31.3%), la falta de recursos económicos (18.8%), la falta de recursos materiales (18.8%), la comunicación interna (6.3%), la comunicación externa (6.3%) y otros factores que no han sido recogidos en el cuestionario (19%).

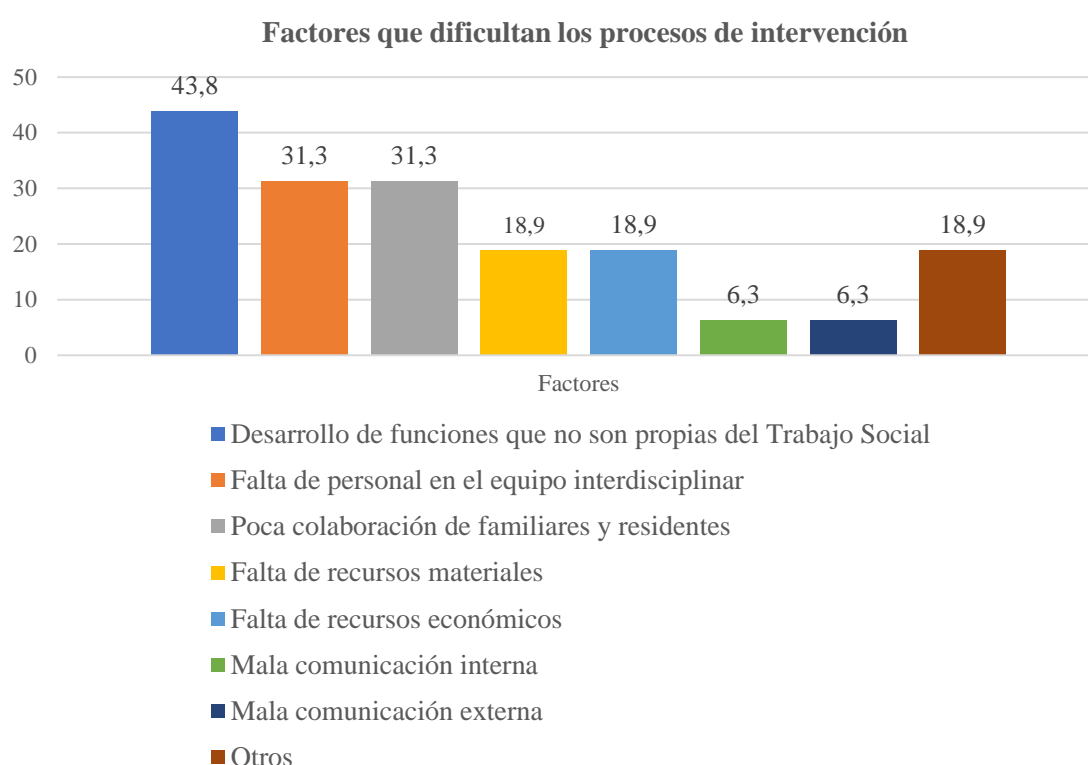


Figura 9. Factores que dificultan los procesos de intervención social

En la tabla 5 se observa el nivel de cumplimiento del proceso de intervención respecto a la expectativa del centro residencial. La mayoría de los/las profesionales consideran que llevan a cabo sus actuaciones según los protocolos de actuación de la organización (M=6.43). En la mayoría de los procesos de intervención observamos que con bastante frecuencia se logran alcanzar los objetivos planteados (M=5.62). En lo que

se refiere a la realización de todas las fases, observamos que no se realizan de manera completa (M=5.37) observándose una gran disparidad en las respuestas (SD=1.4).

**Tabla 5**

*Proceso de intervención*

Variables	Media	SD	Mín.	Máx.
Realizo todas las fases del proceso de intervención con todos los casos que se me presentan (Diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación)	5.37	1.4	2	7
Realizo mis acciones profesionales siguiendo los protocolos de actuación de la organización	6.43	0.62	6	7
En la mayoría de los procesos de intervención social se han alcanzado los objetivos planteados	5.62	0.5	5	6

Como se observa en la tabla 6, las trabajadoras sociales establecen objetivos teniendo en cuenta la opinión del residente y/o familiar (M=6.68), considerando a la persona mayor como sujeto activo con potencialidades (M=6.62) y justa beneficiaria de prestaciones y recursos por parte del Estado (M=6.5). En esta última variable, es donde se observa una mayor diferencia en las respuestas (SD=0,89).



### 4.3.2. Perspectiva del trabajador/a social

**Tabla 6**

*Perspectiva adoptada por la trabajadora social en su intervención respecto a la persona mayor*

VARIABLES	Media	SD	Mín.	Máx.
A la hora de establecer los objetivos individuales, escucho la opinión del residente y/o familiar	6.68	0.47	6	7
Actúo considerando a las personas mayores sujetos activos con potencialidades	6.62	0.61	6	7
Actúo considerando a las personas mayores justas beneficiarias de prestaciones y recursos por parte del Estado	6.5	0.89	4	7

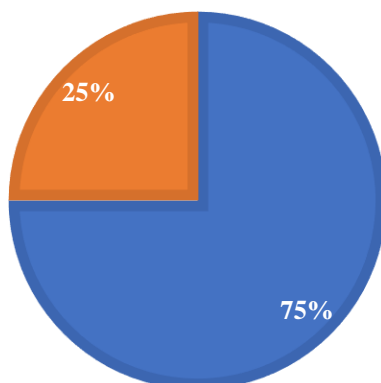
### 4.3.3. Sistema de evaluación

El sistema de evaluación que más se lleva a cabo por las profesionales para evaluar los procesos de intervención social, según la figura 10, es el sistema de evaluación permanente (75%). Conjuntamente, un cuarto de los participantes lleva a cabo una evaluación según los resultados globales de la organización (25%).

Cabe destacar que ningún participante ha seleccionado la evaluación final como sistema de evaluación puesto en práctica.

## SISTEMA DE AUTOEVALUACIÓN

■ Evaluación permanente    ■ Evaluación según resultados globales del centro



*Figura 10.* Sistema de evaluación del trabajador/a social

Respecto a la finalidad de los métodos de autoevaluación del profesional, observamos que la gran mayoría realizan esta acción con la intención de suplir errores y prestar una futura mejor intervención social (M=6.62) (ver anexo 10).

### 5. Discusión

Empezando por lo más general, la organización del centro residencial, observamos diferentes aspectos relevantes que debemos mencionar y que dan respuesta a los objetivos planteados.

Por un lado, destacamos el modelo de atención implementado en los centros que forman la cultura de la organización. De estos datos podemos deducir, que a pesar de que el 56% esté centrado en el servicio, se observa un 44% con optimismo, ya que inferimos que tienen o que están en proceso de instaurar de manera completa un modelo de Atención Centrada en la Persona. Esto se traduce en una reestructura de los centros en los que el modelo de atención pasa a cobrar un mayor protagonismo. Cada vez más se observa, no solo en los centros residenciales, un creciente interés en los servicios gerontológicos hacia lo que denominamos la Atención Centrada en la Persona (Rodríguez, 2010).

A pesar de presentar predominio un modelo de atención más clásico, la organización tiene en cuenta las quejas y opiniones expresadas por los/las residentes y/o familiares. Esto permite una mejor adaptación tanto de la persona mayor, como de su entorno.

El modelo de atención es el fiel reflejo de la cultura de la organización. En este caso, interpretando los datos obtenidos, la percepción de las culturas organizacionales sobre los mayores es buena, pero se observa cierto retraimiento por la diversidad de las respuestas. Estos resultados pueden verse motivados por el aún arraigado modelo de atención centrado en el servicio.

Pasando al análisis de las estructuras, dentro de ellas observamos que la mayoría de los centros muestran un sistema de decisiones democrático. Medina y Medina (2011) habla de sus beneficios, mencionando que este sistema permite participar en la toma de decisiones a aquellos profesionales más operativos aportando perspectivas desde distintos niveles y mejora el sentimiento de pertenencia a un grupo. Por todo ello, la participación en la organización da lugar a un mejor clima en el desarrollo de las funciones del centro.

Continuando con el análisis de los sistemas de evaluación de las diferentes organizaciones, podemos decir que existe mucho interés por conocer la percepción de los/las residentes y familiares por la calidad del servicio que prestan, ya que el principal sistema de evaluación son los cuestionarios realizados a estos. Cabe mencionar, que el principal modelo de evaluación objetivo son los comités de calidad, ya que estos son indispensables para la planificación y seguimiento de programas o proyectos de la organización (Medina y Medina, 2011).

En lo referente a los datos obtenidos de la estructura de los equipos de trabajo, podemos hacer referencia a los profesionales que la componen. El Decreto 154/2015, de

18 de junio, por el que se rige la regulación de los centros y servicios de dependencia, menciona una serie de recursos humanos básicos para su funcionamiento. Teniendo en cuenta esta normativa el 60% de los centros participantes en la investigación no cuentan con un equipo profesional básico. Esto conlleva a que las trabajadoras sociales consideren este hecho como un factor que dificulta el correcto desarrollo de los procesos de intervención social.

El clima también forma parte de la estructura del equipo interdisciplinar. Los datos expresados en la tabla 4 se traducen en la existencia de buen entorno para el desarrollo de sus funciones. El cumplimiento de la normativa interna, la comunicación horizontal y la resolución de conflictos son aspectos que las trabajadoras sociales evalúan positivamente. A pesar de ello, se observa cierta desatención de los niveles altos de la jerarquía de la organización, no ofreciendo una formación específica acerca del buen desarrollo de las funciones y sentimiento de grupo dentro de un equipo de trabajo.

La comunicación interna vertical y horizontal obtienen buena percepción por parte de las profesionales dentro de la estructura organizacional de los centros, debido a la introducción de herramientas telemáticas que facilitan el flujo de información entre sus integrantes. Estos hechos son mencionados también por Medina y Medina (2011) como características propias de las nuevas organizaciones.

Otras percepciones positivas destacadas por las participantes sobre sus equipos de trabajo (tabla 5) son la comunicación, la responsabilidad, la cohesión y sentimiento de equipo. Todas ellas impactan positivamente en el desarrollo del clima de la organización.

En cuanto aspectos negativos reflejados por las participantes observamos por parte de la dirección de los centros escasa formación sobre las Tecnologías de la Información y la Comunicación a los profesionales del equipo interdisciplinar. Pardo (2004) en este

sentido, expresa la relevancia de aportar por parte de los altos niveles de la organización, formación específica a las distintas estructuras divisionales para obtener mejores alianzas de cooperación y por consiguiente, obtener mejores resultados. Es esencial establecer oportunidades de formación para desarrollar de manera continuada las potencialidades del equipo.

La debilidad detectada por las trabajadoras sociales a la hora de establecer objetivos comunes refleja un aspecto crítico a tratar por varios equipos interdisciplinares. Según Herrera (2009), sin la concreción de objetivos comunes, las funciones desarrolladas por cada integrante de un equipo de trabajo no serán complementarias y trabajarán por conseguir metas diferentes. Esto traducido a los equipos de los centros residenciales suponen un factor de riesgo para los/las residentes.

Respecto al modelo de intervención preponderante, predomina un enfoque ecléctico que combina características de diversos modelos. Según Fernández y Ponce de León (2019), esta perspectiva permite llevar a cabo una intervención más integral, holística con el/la residente. Además, estos autores añaden que es susceptible a cambios y se adapta con mayor efectividad al caso que se presenta.

Continuando con la interpretación de los procesos de intervención, existe una baja incidencia en las fases de evaluación y diagnóstico. La inferencia de factores negativos del entorno como el desarrollo de funciones no pertinentes del Trabajo Social, la falta de personal en el equipo interdisciplinar o la poca colaboración de familiares y residentes, etc. Provoca que los/las trabajadores/as sociales limiten sus procesos de intervención social llegando a reducir u omitir su actuación en algunas fases. Aun así, suponiendo obstáculos para el/la profesional, Kisnerman (1998) hace referencia a los factores que entorpecen el proceso de intervención como elementos a los que el/la trabajador/a social

debe adaptarse y ser capaz de solventar las características del medio, ya que no existe un entorno en el que todos los elementos sean favorables.

La fase de evaluación es la menos atendida por las profesionales de los centros residenciales. Esto supone un aspecto crítico pues para diversos autores es considerada la fase más importante del proceso de intervención, especialmente para los profesionales en Trabajo Social. La fase de evaluación permite a los profesionales desarrollar sus actuaciones de acuerdo con los cambios en las necesidades sociales, avances técnicos y teóricos; su no registro de la actividad impide paliar aquellos fallos habituales contribuyendo así a la limitación de sus funciones (Fernández y Ponce de León, 2019; Medina y Medina, 2011).

En conclusión sobre el desarrollo de los procesos de intervención, se podría afirmar que en los centros de atención residencial no se llevan a cabo intervenciones sociales de manera completa. Este hecho incluso puede suponer un factor de riesgo para el correcto bienestar del residente, ya que incluso no se observa una puntuación elevada en la consecución de los objetivos planteados.

Las perspectivas adoptadas por las profesionales sobre las personas mayores son favorables, englobándose dentro de los principios del nuevo paradigma. Esto supone un aspecto positivo para el colectivo de las personas mayores, pero pueden quedar en la declaración de intenciones si su puesta en práctica en el día a día de los centros se ve entorpecida por elementos de la estructura organizativa como la inflexibilidad, las malas praxis o espacios que preserven actitudes asistencialistas, paternalistas o desvinculantes (Martínez, 2016).

Finalmente, con la intención de conocer los procesos de autoevaluación llevados a cabo por el/la propio/a profesional de Trabajo Social, se aprecia que a pesar de analizar

anteriormente un desinterés por parte de los profesionales por la fase de evaluación de los procesos de intervención, una mayoría de ellas suelen utilizar un sistema de evaluación permanente motivado por la intención de corregir errores en sus actuaciones y mejorar en la puesta en marcha de futuros procesos de intervención.

Cabe mencionar las limitaciones a las que se ha enfrentado el investigador en el desarrollo de este texto. Una de ellas ha sido el acceso a población objeto de estudio debido a la situación de estado de alarma que se decretó desde el comienzo del desarrollo del documento hasta su finalización. En condiciones normales se cree que se podría haber logrado un mayor número de participantes y haber aportado un mayor valor a la investigación. Además, el periodo de tiempo en el que se ha establecido la redacción de este estudio es bastante limitado. Conjuntamente, la extensión del documento ha sido otro aspecto a tener en cuenta pues al abordar un tema tan amplio se ha reducido y omitido determinada información que incluso había sido recogida en los cuestionarios.

En base a posibles líneas futuras de investigación, sería provechoso motivar la investigación en torno al contexto de las personas mayores institucionalizadas, debido a su escaso estudio y la dificultad para acceder información especializada. Los centros de atención residencial suponen uno de los principales recursos del sistema de protección social para las personas mayores, por lo que conocer su realidad y funcionamiento es esencial para garantizar un modelo de atención adecuado y que cumpla con unos mínimos indispensables.

## **6. Conclusiones**

Con respecto a la hipótesis planteada al objetivo de conocer la cultura de las organizaciones de los centros, podemos ver que esta coincide con los datos obtenidos ya

que la mayoría de los centros residenciales muestran un modelo de atención centrado en el servicio.

La segunda hipótesis pertenecía al objetivo de conocer las estructuras organizativas de los centros, teniendo la idea de que estos iban a ser bastante similares. En este caso se observa un cumplimiento de la hipótesis, ya que la mayoría de los centros presentan los mismos sistemas de toma de decisiones y gran concordancia al declarar tener un buen clima de desarrollo de las funciones.

La siguiente hipótesis que hace referencia a los modelos de evaluación de la organización también se cumple. Existen bastante concordancia en la utilización de escasos sistemas de evaluación.

Las creencias establecidas previamente a los equipos de trabajo son incorrectas. Los datos muestran ciertas diferencias en las estructuras de los equipos interdisciplinarios en los que se encuentra integrado e/la trabajador/a social, tanto por los profesionales que la componen, como por el clima que se observa en el desarrollo de sus responsabilidades.

En referencia a los procesos de intervención, las percepciones previas a la elaboración del estudio concuerdan en gran medida con los datos obtenidos.

En primer lugar, la hipótesis elaborada sobre el objetivo de conocer el desarrollo de los procesos de intervención es acertada. Se llevan a cabo procesos de intervención incompletos, incluso restándole importancia a algunas fases que son relevantes para el Trabajo Social como mencionan algunos autores.

En segundo lugar, la percepción previa de que existe algún retraimiento por parte de los/las trabajadores sociales para poner en práctica principios del *nuevo paradigma* es errónea. Las diferentes profesionales muestran predisposición a adoptar actitudes propias de las nuevas perspectivas de las personas mayores.



En tercer y último lugar, la hipótesis acerca del objetivo de conocer el sistema de evaluación de los/las trabajadores sociales en los procesos de intervención social también es errónea, pues se lleva a cabo un proceso de autoevaluación permanente y no según resultados globales y retroalimentación con otros profesionales como se tenía pensado.

## Referencias bibliográficas

- Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A y Pujol, R. (2019). *Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº22, 38p.
- Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J y Ramiro, D. (2020). *Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº25, 39p.
- Aguilar, M. J. (2013). *Trabajo Social. Concepto y Metodología*. Madrid: Paraninfo.
- Agulló, M. (2001). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación*. Madrid: IMSERSO.
- Belando, M. (2007). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo. *Comunicación e Persoas Maiores: Actas do Foro Internacional*. 8,77-94. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2651197>
- Cívicos, A. (2012). *La política social gerontológica y su reflejo en la prensa de Tenerife. El caso particular de la protección a la dependencia 2006-2007* (Tesis doctoral). Universidad de La Laguna, Tenerife.
- Código Deontológico del Trabajo Social (2012). Código deontológico de trabajo social. *Consejo General del Trabajo Social*. Recuperado de: [http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo\\_deontologico\\_2012.pdf](http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo_deontologico_2012.pdf).
- Decreto 154/2015, de 18 de junio, por el que se modifica el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía

personal y atención a personas en situación de dependencia en Canarias, aprobado por el Decreto 67/2012, de 20 de julio.

Decreto 67/2012, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias.

Defensor del pueblo (2000). *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid.

Edwards, P. (2001). Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. *Perfiles y Tendencias*, 4. Madrid: IMSERSO.

Elizari, L. (2018). Ingresos de personas mayores en centros residenciales. *InDret. Revista para el análisis de derecho*, 1- 47.

Espinoza, M. (1985). *Programación: Manual para trabajadores sociales*. Buenos Aires: Humanitas.

Fernández, C. (2012). *La comunicación en las organizaciones*. México: Trillas.

Fernández, G., y Ponce de León, L. (2019). *Trabajo social individualizado: metodología de intervención*. Madrid, España: Ediciones Académicas.

Fernández, G., De Lorenzo, R., y Vázquez, O (Ed.). (2012). *Diccionario de Trabajo Social*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Giró, J. (2005). *Envejecimiento, salud y dependencia*. Universidad de la Rioja. Logroño.

Gobierno de Canarias. Consejería de Derechos Sociales, Diversidad y Juventud.

Recuperado

de:

<https://www.gobiernodecanarias.org/derechossociales/dependencia/servicios/index.html>

Herrera Hernández, J. (2009). *Manual práctico para la gestión de organizaciones proveedoras de Servicios Sociales*. Tenerife: Drago.

Huenchuan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. Santiago de Chile: Cepal.

Instituto Nacional de Estadística (2018): Proyección de la población de España 2018. *Notas de prensa*. Recuperado de: [https://www.ine.es/prensa/pp\\_2018\\_2068.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf)

International Federation of Social Workers (2014). Global Definition of Social Work. General Meeting and the IASSQ General Assembly in July 2014. Recuperado de: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social: Una introducción desde el Construccinismo*. Buenos Aires, México: Lumen.

Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología: el arte de envejecer*. Herder.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 299, 15.

Martínez (2001). *El Comportamiento Humano en las Organizaciones*. Lima, Perú: Imprenta Universidad del Pacífico.

Martínez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. *Colección Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal*, 3.

Medina, M. E. y Medina, E. (2011). *Servicios Sociales: Organización y planificación*. Murcia: DM.

Organización de las Naciones Unidas (1978). *Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas*, ONU.

Organización de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, ONU.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Hombres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. OMS, Ginebra. Recuperado de: <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/Hombresenvejecimientoysalud.pdf>

Pardo, M. (2004). *La dirección participativa como elemento dinamizador en los cambios organizativos*. (Tesis doctoral). Universitat de València, Valencia.

Pastor, F. A. (2019). *El trabajador social en el ámbito gerontológico*. Jaén: Formación Alcalá.

Quintero, M. (1980). *El diagnóstico social*. Buenos Aires: Humanitas.

Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. *Informes Portal Mayores*, n° 106. Recuperado de: <http://imserso.gob.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/pilar-atencion-01.pdf>

Te Boekhorst, S., Depla, M.F., De Lange, J., Pot, A.M., y Efesting, J.A. (2009). The effects of a group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *International Psychiatrics*, 24 (9), 970-978.

Zerilli, A. (1990). *Fundamentos de organización y dirección general*. Bilbao: Deusto.

## Anexos

### Anexo 1: Perspectivas teóricas sobre el envejecimiento

**Tabla 1**

*Perspectivas acerca de las personas mayores*

Diversos enfoques acerca de las personas mayores	
Paradigma	Teorías
<i>Paradigma tradicional</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Teoría de la desvinculación:</b> Iniciada por E. Cummings y W.E. Henry en el año 1961 (como se cita en Belando, 2007). En ella se defiende la idea de que las personas, al llegar a la etapa de la vejez, desean desvincularse y desarraigarse socialmente; retraining tanto por parte de la sociedad como del individuo. La persona mayor es apartada de la participación social, ya que se ven reducidas sus obligaciones y roles sociales; esto hace que la persona se sienta feliz y satisfecha. La socióloga Agulló (2001), señala los supuestos básicos que se defienden desde esta teoría, observando el retraining como un proceso natural e inevitable que ayuda a mantener el orden y equilibrio social, reduciendo así el conflicto intergeneracional. Además, este proceso se asocia al éxito personal y social, debido a que se adquiere mayor tranquilidad y libertad.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Teoría de la desvinculación-vinculación selectiva:</b> Deriva de la <i>teoría de la desvinculación</i> y fue elaborada por Neugarten, Havighurst y Tobin en 1968 (como se cita en Agulló, 2001). Esta puntualiza que el envejecimiento no supone una separación de la</li></ul>

	<p>actividad social, sino una reestructuración de esta. Puede producirse una desvinculación parcial, pero nunca total.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Teoría de la desvinculación transitoria:</b> Deriva también de la <i>teoría de la desvinculación</i> y fue resultado de diversos estudios elaborados por Lehr (1969), Leer y Rydinger (1970) (como se cita en Agulló, 2001). En ellos se descubrió que determinados hechos producidos al llegar a la vejez son motivados por situaciones límite, es decir, reacción ante la saturación. La desvinculación se percibe como algo transitorio, ya que perdura durante un tiempo determinado de la vejez. Esta teoría, que puede ser propia de edades muy avanzadas, es muy criticada por la generalización de sus principios; da por sentenciado que los individuos se retraen de todos los roles en la misma medida (Giró, 2005).</li> </ul>
<p><i>Nuevo paradigma</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Teoría de la actividad o envejecimiento exitoso:</b> Expuesto por Cavan, Burgess, Havighurst y Goldhammer (1949), Havinghurst Alvrecht (1953), Havinghurst (1964,1961), Havinghurst, Neugarten y Tobin (1968) (como se cita en Agulló, 2001) como oposición a la <i>teoría de la desvinculación</i>. Defiende que un proceso de envejecimiento satisfactorio está estrechamente relacionado con la conservación de la actividad social; el ocio y los roles desempeñados a lo largo de la vida del individuo. Este enfoque descansa en ciertas premisas considerando que la mayoría de las personas mayores mantienen niveles constantes de actividad determinados por anteriores estilos de vida y factores socioeconómicos.</li> </ul>

- **Teoría de la continuidad:** Su autor fue Neugarten en 1964 y con ella defiende la relevancia de mantener costumbres o grupos de relación similares a los establecidos a lo largo de los años. El proceso de envejecimiento supone una continuación de los patrones de comportamiento mantenidos durante toda la vida (Giró, 2005). Agulló (2001) aclara que esta teoría determina que las personas tienden a continuar tanto estilos de vida, como rasgos de personalidad. Debido a la reorientación de su atención e intereses, la persona puede experimentar una mayor introversión, modificando así algunas dimensiones de la personalidad.



## Anexo 2: Objetivos de los centros residenciales

**Tabla 2**

*Objetivos de los centros residenciales para personas mayores*

Objetivos de los centros residenciales
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener o mejorar, dentro de las posibilidades, la capacidad funcional de los/las residentes mediante técnicas de rehabilitación.</li><li>• Prevenir el incremento de la dependencia.</li><li>• Realizar un seguimiento en los/las residentes sobre las enfermedades y trastornos previamente detectados.</li><li>• Llevar a cabo programas de animación sociocultural.</li><li>• Motivar y asegurar las buenas relaciones sociales entre los/las residentes, familiares y personal del propio centro.</li><li>• Crear canales de comunicación entre los/las residentes y personas del exterior de la residencia.</li><li>• Fomentar el contacto del/la residente con su entorno familiar y allegados.</li><li>• Trabajar y estimular, tanto elementos cognitivos, como físicos, a través de programas y talleres.</li></ul>

### Anexo 3: Marco legislativo

**Tabla 3**

*Marco legislativo*

Marco legislativo que justifica la existencia y relevancia de los recursos sociales para personas mayores		
Nivel	Declaración o Ley	Artículos
Internacional	Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)	<b>Art. 22:</b> Reconoce a toda persona el derecho a la seguridad social y la responsabilidad del Estado y organizaciones internacionales de velar por la dignidad de todos/as. Estos organismos deben ayudar a satisfacer los derechos económicos, sociales y culturales de cada persona.
		<b>Art. 25.1:</b> Menciona los recursos y elementos esenciales en la vida de toda persona para adquirir el derecho a un nivel de vida adecuado. Entre los elementos mencionados se encuentra la asistencia médica y los servicios sociales.
Nacional	Constitución española	<b>Art.9.2:</b> El Estado debe compensar discriminaciones reales provocadas por la propia naturaleza o sociedad, a través de acciones positivas que promuevan y faciliten las condiciones de libertad e igualdad. Refuerza el derecho de colectivos más vulnerables.

		<p><b>Art.43:</b> Se plasma el derecho a la protección de la salud. Corresponde a los poderes públicos gestionar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas prestaciones y servicios necesarios.</p>
		<p><b>Art.50:</b> Este artículo se dirige exclusivamente a las personas de la tercera edad. Compete a los poderes públicos la protección de este sector de la población. Habla de la promoción de su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atienda sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.</p>
		<p><b>Art.148.20:</b> Plasma que las Comunidades Autónomas pueden asumir competencias de asistencia social.</p>
	<p>Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia</p>	<p><b>Art.25:</b> En cuatro apartados habla de manera general del Servicio de Atención residencial. Determina la atención de este recurso desde un enfoque biopsicosocial con servicios continuados de carácter personal y sanitario. Además, hace referencia a las condiciones de los centros para poder acoger a personas de diferentes grados de dependencia. También habla del carácter permanente o temporal del servicio según las circunstancias de la persona</p>

		dependiente. El último apartado aclara que el servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados.
Autonómico	Estatuto Autonómico de Canarias	<b>Art.16:</b> Recoge los derechos de las personas en situación de discapacidad y de dependencia. Trata desde los derechos básicos de las personas mayores, promovido por los poderes públicos, hasta la garantía de un sistema de calidad de los servicios y prestaciones especializados.
	Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias	<b>Art.16:</b> Recoge los derechos de las personas en situación de discapacidad y de dependencia. Trata desde los derechos básicos de este colectivo, promovido por los poderes públicos, hasta la garantía de un sistema de calidad de los servicios y prestaciones especializados.
		<b>Art.20.k:</b> Establece definición de atención residencial.

#### Anexo 4: Elementos de la organización

Tabla 4

##### *Elementos de la organización*

Elementos de la organización	
Elementos	Definición
Objetivo común	La carencia de un fin común no es concebible para una organización. Son estos objetivos instaurados sobre el interés colectivo de varias personas, en este caso en grupos organizados. Esto no quiere decir que todas las personas tengan o deban tener los mismos objetivos de grupo, sino que trabajen de manera conjunta, en aportación, para alcanzar un fin.
Conjunto de recursos	Es esencial la existencia del trabajo humano, que en relaciones profesionales interdependientes, se asocian para trabajar de manera eficiente con un conjunto de medios (técnicos financieros, de aptitud y capacidad) con vistas a un objetivo manifiesto.
Esfuerzo combinado	Trata de una buena optimización de los recursos humanos y materiales, generando las condiciones necesarias (sistemas de normas y relaciones establecidas) para la consecución de los fines de la organización. Para ello, se debe proveer y diferenciar una división horizontal y vertical del trabajo, división de las acciones y una coordinación adecuada entre los integrantes.
Sistema de relaciones	Consiste en la orientación de esfuerzos interdependientes a los objetivos comunes. La unidad de la organización se ve fragmentada por la división y especialización de tareas, por lo

	<p>que se debe reestructurar una cohesión como grupo social. Para ello es importante que la organización establezca valores y normas que comprometan a todos los miembros a respetarlas.</p>
--	--

## Anexo 5: Funciones y herramientas del trabajador/a social

**Tabla 5**

*Funciones y herramientas del trabajador/a social*

<b>Código Deontológico de Trabajo Social</b>	<b>Funciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información</li> <li>- Prevención</li> <li>- Atención directa</li> <li>- Mediación</li> <li>- Evaluación</li> <li>- Supervisión</li> <li>- Gerencia y dirección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigación</li> <li>- Asistencia</li> <li>- Promoción/inserción</li> <li>- Planificación</li> <li>- Docencia</li> <li>- Coordinación</li> </ul>
	<b>Herramientas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia social</li> <li>- Ficha social</li> <li>- Informe social</li> <li>- Escalas de valoración social</li> <li>- Proyectos de intervención social</li> </ul>	

Fuente: Código Deontológico del Trabajo Social (2012). Elaboración propia.

## Anexo 6: Proceso de intervención social

Tabla 6

*Proceso de intervención social*

Proceso de intervención social del trabajador/a social	
<b>Fase de investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Diagnóstico:</b> Supone una identificación del problema. Permite identificar la realidad social mediante la toma de información. Este apartado suele estar integrado por elementos definidos por la identificación de la unidad de trabajo o demanda, determinar los problemas que se presentan, proponer alternativas de solución posibles, análisis de recursos internos y externos a la organización, y un pronóstico técnico que causaría el impacto de la no intervención (Fernández y Ponce de León, 2012). Aguilar (2013) define el diagnóstico de manera más completa, aclarando que es un proceso dialógico de recogida de información sistematizada que sirve para conocer y comprender: problemas y necesidades, los motivos de su origen, la dinámica evolutiva y los factores de riesgo-protección.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Programación:</b> Anticipa los resultados a obtener a través de un diseño de intervención. Se elabora un conjunto de acciones racionales, según los recursos disponibles, que dan lugar a un planteamiento de actuaciones organizadas en el tiempo para conseguir unos objetivos concretos. Las tareas</li></ul>



	<p>llevadas a cabo se elaboran a raíz de los objetivos propuestos optimizando al máximo los recursos existentes (Fernández y Ponce de León, 2012). Además, el diseño debe comprender: las tareas a realizar, técnicas, modelos teóricos, los recursos necesarios, los plazos de tiempo, la definición de los colaboradores; sus responsabilidades, y los indicadores con los que se pretende evaluar los resultados de la intervención planificada (Quintero, 1980).</p>
<p><b>Fase de acción</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ejecución:</b> Es la parte más importante del proceso de intervención. En ella, el trabajador social debe ser capaz de enfrentarse a la toma de decisiones estratégicas y realizar un seguimiento y sistematización de la información obtenida. Para facilitar esta actuación, el profesional realizará entrevistas de seguimiento, reuniones de equipo, llamadas telefónicas, comisiones de trabajo, etc. Debe llevar un control y supervisión de todas las acciones planificadas (Fernández y Ponce de León, 2012).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evaluación:</b> Es la última fase del método que permite medir el efecto de las acciones planificadas en comparación con los resultados esperados. Analiza globalmente la labor del trabajador social, evalúa la eficacia, la efectividad y eficiencia tras la finalización del caso. Con ella, se suele analizar la factibilidad, elementos a controlar en la puesta en marcha del proyecto y la consecución de las metas (Espinoza, 1985).</li> </ul>

## Anexo 7: Objetivos, preguntas y tipos de respuesta del estudio

**Tabla 7**

*Objetivos, preguntas del cuestionario y tipos de respuesta*

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Preguntas	Tipos de respuesta
1. Conocer la organización de los centros de atención residencial para personas mayores de la isla de Tenerife.	1.1. Conocer la cultura de la organización referente a la atención a las personas mayores.	- Según la cultura de la organización ¿Su funcionalidad se centra en el servicio o la persona?	Una elección de múltiples opciones
		- Según la cultura de la organización ¿Se considera a la persona mayor como un sujeto pasivo receptor de cuidados o un sujeto activo con potencialidades?	Encuesta de escala Likert (1= Sujeto pasivo receptor de cuidados y 10= Sujeto activo con potencialidades)
		- La organización presta atención a las quejas y opiniones de los/las residentes y sus familiares.	Encuesta de escala Likert (1= Totalmente en desacuerdo y 7= Totalmente de acuerdo)
	1.2. Conocer la estructura organizativa de los centros.	- ¿Según la toma de decisiones, cuál es el sistema de la organización del centro?	Una elección de múltiples opciones
		- La gerencia le brinda al equipo una dirección clara respecto a sus expectativas hacia el equipo - La organización representa y genera un sentimiento de pertenencia respecto al equipo de trabajo - La gerencia de los departamentos funcionales apoya el trabajo de nuestro equipo - Existe buena comunicación vertical en la organización - Los/las responsables más inmediatos/as al equipo de trabajo se preocupan por generar una retroalimentación - Dirección/Gerencia dan una respuesta correcta a las quejas y solicitudes de los equipos de trabajo - El centro cumple con todos los protocolos de actuación	Encuesta de escala Likert (1= Totalmente en desacuerdo y 7= Totalmente de acuerdo).

	1.3. Conocer los sistemas de evaluación de los centros.	- ¿Cuáles son los sistemas de evaluación del centro?	Varias elecciones de múltiples opciones
	1.4. Conocer la estructura del equipo de trabajo donde se integra el/la trabajador/a social.	- Según el Decreto 154/2015, los equipos de trabajo de los centros deben contar con las disciplinas en: psicología, trabajo social, animación sociocultural, medicina, enfermería, terapia ocupacional y fisioterapia. Conociendo esta información ¿Su equipo de trabajo cuenta con al menos un profesional por disciplina?	Una elección de múltiples opciones
		- Existe buena comunicación horizontal en la organización. - Se realizan las reuniones de seguimiento y valoración previstas por la norma interna de la organización. - Las funciones de cada profesional se encuentran bien limitadas y no existe duplicidad. - Cada profesional recibe formación específica y general de cómo ser un equipo de trabajo efectivo. - Los desacuerdos entre los miembros del equipo son discutidos abiertamente y resueltos efectivamente. - El equipo es suficientemente amplio para ser efectivo. - Tenemos todas las herramientas y equipos necesarios para completar nuestra tarea. - Las reuniones de nuestro equipo se encuentran bien dirigidas y son efectiva.	Encuesta de escala Likert (1= Totalmente en desacuerdo y 7= Totalmente de acuerdo)
		- ¿Cuáles son las fortalezas que destacarías del quipo? - ¿Qué aspectos del equipo deberían mejorar?	Pregunta abierta
2. Analizar los procesos de intervención desarrollados por los/las profesionales del área de Trabajo Social.	2.1. Conocer el desarrollo de los procesos de intervención	- ¿Cuál es el modelo de intervención que más pones en práctica? - ¿Cuál es la fase del proceso de intervención a la que menos tiempo dedicas? - ¿Cuál es la fase del proceso de intervención a la que más tiempo dedicas? - Observando la organización de manera global ¿Qué factores crees que dificultan los procesos de intervención social actualmente en el centro?	Una elección de múltiples opciones

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizo todos los procesos de la intervención con todos los casos que se me presentan (Diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).</li> <li>- Realizo mis acciones profesionales siguiendo los protocolos de actuación de la organización.</li> <li>- En la mayoría de los procesos de intervención social se han alcanzado los objetivos.</li> </ul>	Encuesta de escala Likert (1= Totalmente en desacuerdo y 7= Totalmente de acuerdo).
	2.2. Conocer la perspectiva aplicada por los/las trabajadores/as sociales sobre las personas mayores en los procesos de intervención social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A la hora de establecer los objetivos individuales, escucho la opinión del residente y/o familiar.</li> <li>- Actúo considerando a las personas mayores sujetos activos con potencialidades.</li> <li>- Actúo considerando a las personas mayores justas beneficiarias de prestaciones y recursos por parte del Estado.</li> </ul>	Encuesta de escala Likert (1= Totalmente en desacuerdo y 7= Totalmente de acuerdo).
	2.3. Conocer el sistema de evaluación respecto al proceso de intervención social del trabajador/a social.	- Referente al proceso de intervención ¿Cómo evalúas el desarrollo de tus actuaciones?	Una elección de múltiples opciones
		- Evalúo mis intervenciones con la intención de corregir errores y mejorar en la próxima intervención.	Encuesta de escala Likert (1= Totalmente en desacuerdo y 7= Totalmente de acuerdo).

## Anexo 8: Percepción de los trabajadores/as sociales

**Tabla 8**

*Percepción de la persona mayor*

Variable	Media	SD	Min.	Max.
Según la cultura de la organización ¿Se considera a la persona mayor como un sujeto pasivo receptor de cuidados o un sujeto activo con potencialidades?	8.25	1.43	5	10

## Anexo 9: Nivel de participación de residentes y familiares

**Tabla 9**

*Nivel de participación de los/las residentes y familiares*

Variable	Media	SD	Min.	Max.
La organización presta atención a las quejas y opiniones de los/las residentes y los familiares	6.125	0.88	4	7

## Anexo 10: Finalidad de la evaluación

**Tabla 10**

*Finalidad de la evaluación*

Variable	Media	SD	Min.	Max.
Evalúo mis intervenciones con la intención de corregir errores y mejorar en la próxima intervención	6.62	0.71	5	7

## **Anexo 11: Cuestionario de la investigación**



# Organización e intervención social en los centros de atención residencial para personas mayores en la isla de Tenerife

Bienvenido/a. Antes de comenzar:

- Este formulario va destinado a las/los profesionales del área de Trabajo Social de los centros de atención residencial para personas mayores de la isla de Tenerife. Con sus respuestas se pretende representar la realidad de este servicio e identificar potencialidades y debilidades que influyen en el proceso de intervención del área de Trabajo Social.
- Todos los datos aportados son recogidos de manera anónima y no existe la posibilidad de extraer datos de centros de manera particular.
- Este formulario ad hoc, ha sido elaborado por un alumno en el desarrollo de su Trabajo Final de Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.
- El tiempo estimado para realizar el formulario es de 6 minutos.
- Para realizar el cuestionario, el/la profesional debe "Aceptar" el consentimiento informado que se presenta a continuación.

**\*Obligatorio**

1. Dirección de correo electrónico \*

\_\_\_\_\_

Consentimiento informado

2. Le informamos que estamos realizando una investigación sobre "El conocimiento de las organizaciones y procesos de intervención llevado a cabo en los centros de atención residencial para personas mayores en la isla de Tenerife". El beneficio que se pretende obtener al realizar este estudio es conocer y representar la realidad que afronta este servicio dirigido a las personas mayores, de manera que se puedan extraer conclusiones y posibles soluciones a los problemas expresados por las/los profesionales. Los/las trabajadores/as sociales serán la única fuente de información de cada centro. Le garantizamos que todos los datos serán tratados de manera confidencial y únicamente con fines dirigidos a esta investigación. Por favor, indique a continuación si acepta o no participar en la presente investigación: \*

*Marca solo un óvalo.*

- Acepto. *Salta a la sección 3 (Consentimiento informado)*
- No acepto. *Salta a la sección 9 (Muchas gracias por su participación)*

Consentimiento informado

Acepto participar completando este cuestionario en la investigación del TFG "Organización e intervención social en los centros de atención residencial para personas mayores en la isla de Tenerife". Y por tanto, doy mi consentimiento para utilizar los datos que aporte, siendo tratados con total confidencialidad y protección tal y como lo expone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Mi participación es voluntaria, por lo cual, y para que así conste, manifiesto mi consentimiento.

Datos del profesional

En esta sección, se recogerán algunos datos del profesional, debido a que puede ser una variable importante que influya en la percepción e intervención social con la persona mayor.

3. Género \*

*Marca solo un óvalo.*

- Hombre
- Mujer

1. Edad

\_\_\_\_\_

2. Año en el que se licenció/graduó \*

\_\_\_\_\_

3. Años de experiencia en la intervención con el sector de personas mayores \*

**Marca solo un óvalo.**

Entre 0-5 años.

Entre 6-10 años

Entre 11-15 años

Entre 16-25 años

Más de 26 años

Realidad del centro

Esta sección pretende recoger datos básicos de la organización.

7. Municipio al que pertenece el centro \*

\_\_\_\_\_

8. Titularidad del centro \*

**Marca solo un óvalo.**

Titularidad privada

Titularidad pública

Otro: \_\_\_\_\_

9. Número de plazas residenciales \*

\_\_\_\_\_

10. Número de residentes bajo su ratio profesional \*

\_\_\_\_\_

11. Número de trabajadores/as sociales del centro \*

\_\_\_\_\_

Estructura organizacional

En esta sección, se pretende conocer la estructura organizativa del centro (orientación, elementos, profesionales, equipos de trabajo, sistemas de calidad...)

12. Según la cultura de la organización ¿Su funcionalidad se centra en el servicio o la persona? \*

Marca solo un óvalo.

- En el servicio (Ejemplo: Los/las residentes se despiertan, comen, se asean, se bañan y duermen a las horas determinadas por la organización)
- En la persona (Ejemplo: Los/las residentes se despiertan, comen, se asean, se bañan y duermen sin horarios determinados por la organización)
- Otro: \_\_\_\_\_

13. Según la cultura de la organización ¿Se considera a la persona mayor como un sujeto pasivo receptor de cuidados o un sujeto activo con potencialidades? \*

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sujeto pasivo receptor de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sujeto activo con potencialidades.

14. ¿Según la toma de decisiones, cuál es el sistema de la organización del centro? \*

Marca solo un óvalo.

- Sistema jerárquico (La autoridad y comunicación únicamente se ejerce de arriba hacia abajo)
- Sistema democrático (La autoridad se delega desde los niveles inferiores a los superiores. Los integrantes toman decisiones de manera conjunta sobre objetivos y actividades)
- Sistema escalonado (Diferentes niveles de estructura técnica-profesional; toma decisiones, que ejerce influencia en otro grupo inferior; objeto y destinatario de las diligencias)
- Otro: \_\_\_\_\_

15.

¿Cuáles son los sistemas de evaluación del centro? \*

Marque tantos como corresponda

Selecciona todos los que correspondan.

- Asamblea general
- Comité de calidad
- Cuestionario a residentes/familiares
- No existen sistemas de evaluación en el centro
- No sé cuáles son los sistemas de evaluación del centro
- Otro:  \_\_\_\_\_

16. Referente a la organización ¿Que tan importante crees que es la introducción de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)?

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy importante

17. De las siguientes afirmaciones referentes a la realidad de la organización en la que se integra, indique su grado de acuerdo sabiendo que: 1 es totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo \*

*Marca solo un óvalo por fila.*

---

La gerencia le brinda al equipo una dirección clara respecto a sus expectativas hacia el equipo

---

La organización representa y genera un sentimiento de pertenencia respecto al equipo de trabajo

---

La gerencia de los departamentos funcionales apoya el trabajo de nuestro equipo

---

Existe buena comunicación vertical en la organización

---

Dirección/gerencia dan una respuesta correcta a las quejas y solicitudes de los equipos de trabajo

---

Los/las responsables más inmediatos/as al equipo de trabajo se preocupa por generar una retroalimentación

---

La organización presta atención a las quejas y opiniones de los/las residentes y sus familiares

---

El centro cumple con todos los protocolos de actuación

---

#### Equipo de trabajo

18. Según el Decreto 154/2015, los equipos de trabajo de los centros deben contar con las disciplinas en: psicología, trabajo social, animación sociocultural, medicina, enfermería, terapia ocupacional y fisioterapia. Conociendo esta información ¿Su equipo de trabajo cuenta con al menos un/a profesional por disciplina? \*

El Decreto 154/2015, de 18 de junio, por el que se modifica el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia en Canarias, aprobado por el Decreto 67/2012, de 20 de julio.

**Marca solo un óvalo.**

No

Sí

Mi equipo de trabajo incluso integra más disciplinas

Otro: \_\_\_\_\_

19. De las siguientes afirmaciones referentes a la realidad del equipo de trabajo, indique su grado de acuerdo sabiendo que: 1 es totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo \*

Marca solo un óvalo por fila.

	1	2	3	4	5	6	7
Existe buena comunicación horizontal en la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se realizan las reuniones de seguimiento y Valoración, previstas por la norma interna de la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las funciones de cada profesional se encuentran bien limitadas y no existe duplicidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cada profesional recibe formación específica y general de cómo ser un equipo de trabajo efectivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los desacuerdos entre los miembros del equipo son discutidos abiertamente y resueltos de manera efectiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El equipo es suficientemente amplio para ser efectivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenemos todas las herramientas y equipos necesarios para completar nuestra tarea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las reuniones de nuestro equipo se encuentran bien dirigidas y son efectivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todas/os los/las integrantes del equipo de trabajos hacen buen uso del software base de datos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La comunicación del equipo es a través de canales telemáticos (correos electrónicos...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. ¿Cuáles son las fortalezas que destacarías del equipo? \*

---



---



---



---



---

21. ¿Qué aspectos del equipo se deberían mejorar? \*

---



---



---



---



---

22. ¿Cuál es el modelo de intervención que más pones en práctica? \*

**Marca solo un óvalo.**

- Ecléctico (combino varios modelos de intervención)
- Modelo conductual
- Modelo cognitivo
- Modelo psicodinámico
- Modelo sistémico
- Modelo ecológico
- Modelo de gestión de casos
- Modelo humanista, existencial y fenomenológico
- Otro: \_\_\_\_\_

23. ¿Cuál es la fase del proceso de intervención a la que menos tiempo dedicas? \*

**Marca solo un óvalo.**

- Investigación de la realidad
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación
- Otro: \_\_\_\_\_

24. ¿Cuál es la fase del proceso de intervención a la que más tiempo dedicas? \*

**Marca solo un óvalo.**

- Investigación de la realidad
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación
- Otro: \_\_\_\_\_

25. Observando la organización de manera global ¿Qué factores crees que dificultan los procesos de intervención social actualmente en el centro? \*

Puedes marcar varias opciones

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Desarrollo funciones que no son propias del Trabajo Social
- Falta de personal operativo
- Falta de personal en el equipo interdisciplinar
- Falta de personal en dirección y gestión de la organización
- Falta de recursos materiales
- Falta de recursos económicos
- Instalaciones inapropiadas
- Mala comunicación interna de la organización
- Mala comunicación externa de la organización
- Poca colaboración de familiares y residentes

Otro:  \_\_\_\_\_

26. Referente a la incorporación de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) ¿Qué tanta importancia cobra el software que acompaña tu proceso de intervención? \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Poca importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucha importancia

27. Referente a la incorporación de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) ¿El software que acompaña tu proceso de intervención es eficaz? \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada eficaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy eficaz

28. Referente al proceso de intervención ¿Cómo evalúas el desarrollo de tus actuaciones? \*

**Marca solo un óvalo.**

- Evaluación final (Comparo los logros obtenidos en el proceso de intervención, con los objetivos propuestos)
- Evaluación permanente (Realizo un seguimiento sistemático con el que replanteo el proceso de intervención y los objetivos propuestos)
- Evalúo mis actuaciones según resultados globales, retroalimentación con otros profesionales, asambleas generales, etc.
- Otro: \_\_\_\_\_

29. De las siguientes afirmaciones referentes a la realidad de los procesos de intervención social realizados por el/la trabajador/a social, indique su grado de acuerdo sabiendo que: 1 es totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo

\*

Marca solo un óvalo por fila.

	1	2	3	4	5	6	7
La base de datos de la organización ayuda en el proceso de intervención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El software facilitado por la organización me permite realizar con eficacia actuaciones propias de la intervención social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizo todas las frases del proceso de intervención con todos los casos que se me presentan (Diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizo mis acciones profesionales siguiendo los protocolos de actuación de la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A la hora de establecer los objetivos individuales, escucho la opinión del residente y/o familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evalúo mis intervenciones con la intención de corregir errores y mejorar en la próxima intervención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En la mayoría de los procesos de intervención social se han alcanzado los objetivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actúo considerando a las personas mayores sujetos activos con potencialidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actúo considerando a las personas mayores justas beneficiarias de prestaciones y recursos por parte del Estado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muchas gracias por su participación