

Integración de la metodología combinada en el ámbito de las Ciencias Sociales y el Trabajo Social. Ejemplo de uso práctico en investigación

María Cristina Lopes-Dos-Santos
Universidad Pública de Navarra  

<https://dx.doi.org/10.5209/cuts.96781>

Enviado: 29/06/2024 • Aceptado: 31/01/2025

Resumen: La investigación en el ámbito del Trabajo Social está circunscrita a las ciencias sociales y su metodología. Avanzar en el conocimiento desde el rigor y la calidad conlleva el uso de métodos cuantitativos y cualitativos. La metodología combinada ha desarrollado una aportación innegable a la comprensión de los fenómenos sociales y al conocimiento de los mismos, estando en auge su desarrollo e implementación. El presente artículo expone un estudio realizado con metodología combinada (mixed-methods) en un ámbito de Trabajo Social como es la situación de personas con demencia atendidas en su domicilio por familiares convivientes. Se analiza la adaptación psicosocial y calidad de vida de familiares cuidadoras a través de un análisis de datos combinado. Los resultados señalan cómo la metodología combinada permite ahondar en las causas y elementos que afectan al cuidado, explicar las vivencias de las personas entrevistadas y sentar las bases de un proyecto de intervención implementado recientemente. De este modo, se profundiza en el uso de esta práctica metodológica en el ámbito de la investigación del Trabajo Social.

Palabras clave: metodología combinada (mixed-methods), Trabajo Social, Ciencias Sociales, ejemplo práctico, investigación.

ENG Integration of the combined methodology in the field of Social Sciences and Social Work. An example of practical use in research

Abstract: Social work research is restricted to the social sciences and their methodology. Developing rigorous and high-quality knowledge involves the use of quantitative and qualitative methods. The mixed-methods approach has undeniably contributed to the understanding and knowledge of social phenomena, and its development and implementation is booming. This article presents a study carried out with mixed-methods methodology in a field of social work involving people with dementia who are cared for at home by cohabiting family members. The psychosocial adaptation and quality of life of family carers is analysed using a mixed-methods data analysis. The results show how a mixed-methods approach makes it possible to delve into the causes and elements that affect care, explain the experiences of the people interviewed and lay the foundations for a recently implemented intervention project. The use of this methodological practice in the field of social work research is hence examined in detail.

Keywords: mixed-methods, social work, social sciences, practical example, research.

Sumario: Introducción. Metodología. Resultados. Conclusiones y discusión. Bibliografía.

Como citar: Lopes-Dos-Santos, M. C. (2025). Integración de la metodología combinada en el ámbito de las Ciencias Sociales y el Trabajo Social. Ejemplo de uso práctico en investigación. *Cuadernos de Trabajo Social* 38(2), 281-296. <https://dx.doi.org/10.5209/cuts.96781>

Introducción

La investigación en Ciencias Sociales comporta instrumentos de validación comprobados a través de metodología científica (Anadón, 2008; Alise y Teddlie, 2010; Erazo, 2011; Brichetto, 2014) que afrontan una realidad compleja y cambiante, por lo que actualmente investigadores en estos campos utilizan métodos combinados de enfoques cuantitativos y cualitativos (Plano Clark et al., 2008; Anguera et al., 2020; Forni y De Grande, 2020; Busquets, 2022).

El diseño de metodología combinada -mixed-methods- (Campbell y Fiske, 1959; Sieber, 1973; Jick, 1979; Tashakkori y Teddlie, 2004; Creswell y Plano, 2007; Porcino y Verhoef, 2010; Sánchez, 2015; Maxwell, 2016), y concretamente, el diseño de triangulación (Hanson et al., 2005; Greene, 2007; Donolo, 2009; Hueso y Cascant, 2012; Denzin, 1990 y 2012), está determinado por la necesaria complementariedad de datos cuantitativos (Tamayo, 2007; Hernández, 2007; Rodríguez, 2010; Cook y Reichardt, 2011; Monje, 2011) y datos cualitativos (Morse, 1991; Riba, 2007), lo que logra una integración en la recogida, análisis e interpretación de datos (Sánchez, 2015).

En Trabajo Social la investigación presenta limitaciones prácticas. Romero-Martín, Esteban Carbonell y De Predo (2021), tras analizar 753 trabajos fin de Grado de Trabajo Social, determinaron la Exclusión social (Rodríguez y Facal, 2019) como el tema de mayor interés, seguido de infancia y juventud, y educación y salud (Gartner y Cifuentes, 2001). Además, inciden en la dificultad de la investigación relacionada con Trabajo Social (Gutiérrez, Maldonado y Payán, 2014; Teater, 2017). Finalmente, destacan la escasez del uso de metodología cuantitativa. No obstante, el impulso de la investigación en Trabajo Social como base de la posterior intervención, manifiesta un creciente interés, desafío y abordaje (Rivas, 2007; Álvarez, 2009; Bueno, 2013; Travi, 2014; Falla, Del Pilar y Rodríguez, 2017; Medina y Bohórquez, 2018; Morales y Agrela, 2018; Scarpino, y Bertona, 2021).

El estudio sobre el que se ha aplicado esta metodología se centra en el cuidado de la demencia en domicilio por parte de familiares convivientes, circunscrito principalmente al cuidado de las personas mayores dependientes (Cameron y Moss, 2007; Sarasa, 2003, 2004; Durán, 2005, 2011; Rodríguez, 2011; Abellán, Esparza y Pérez Díaz, 2011; Martín et al., 2014; Serrano y Parra, 2014).

Las personas con demencia son el elemento más vulnerable del conjunto familiar, puesto que la neurodegeneración (Rodríguez y Sánchez, 2004) a la que se ven sometidas, y la pérdida progresiva e irreversible de funcionalidad, así como las alteraciones conductuales (Gómez, 2001; Azpiazu y Pujol, 2003; Casquero y Selmes, 2003; Bartolomé et al., 2010), conllevan necesariamente una atención cada vez más continua (Bofill, 2004) y constante por parte de la persona cuidadora (Bermejo, 2004). Autores como Fernández (2020) analizan el Trabajo Social sanitario con familias de enfermos de Alzheimer, Fuentes (2014) centra el Trabajo Social con cuidadores informales y Hernández-Echegaray y Pastor (2020) proponen una metodología de intervención social con personas y familias multiproblemáticas; al igual que Centenero (2022).

En el presente artículo se plantean como **objetivos** de investigación: 1) Determinar la adaptación psicosocial de las personas familiares cuidadoras al proceso degenerativo de sus familiares con demencia. 2) Determinar la calidad de vida de las personas familiares cuidadoras. 3) Conocer las experiencias de las personas familiares cuidadoras en relación al proceso de convivencia con las personas con demencia. En cuanto a las **hipótesis**: 1) La adaptación psicosocial de las personas cuidadoras será afectada por diversas variables como la zona de residencia, el apoyo familiar, el nivel de ingresos, la tipología de hogar y las barreras arquitectónicas de la vivienda. 2) La calidad de vida de los familiares cuidadores estará determinada por una buena adaptación psicosocial de acuerdo a los parámetros establecidos en el punto anterior. 3) Un aspecto determinante de la mala calidad de vida y mala adaptación psicosocial de las personas cuidadoras será la falta de espacios individuales de desarrollo personal y escasos apoyos familiares.

Esta investigación desarrolla la aplicación de la metodología combinada en el campo de las Ciencias Sociales, en particular, del Trabajo Social en el ámbito de los cuidados de larga duración en el contexto de la demencia y el entorno domiciliario. Escenarios cambiantes y de elevada complejidad sistémica, requieren el uso de parámetros que incidan no sólo en análisis cuantitativos sino también en aspectos cualitativos que incluyan las vivencias individuales y familiares para el afrontamiento de una realidad de alto impacto personal, familiar, social, sanitario y económico-estructural. La aportación del artículo al campo de conocimiento está fundamentada en el aspecto sociosanitario del mismo y la articulación de una investigación combinada que ofrece parámetros de intervención posterior. Tras la investigación se propuso un equipo de intervención de acuerdo a los resultados de la misma (perfiles profesionales, ámbitos de actuación...) que ha sido implementado en la práctica, por lo que dicha investigación ha aportado las bases de conocimiento necesarias para la articulación de abordaje práctico.

Metodología

Se utilizó la metodología combinada -Mixed-methods- a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia (McMillan y Schumacher, 2001; Cohen et al., 2003; Lodico et al., 2006; Icart et al., 2006; Porcino y Verhoef, 2010; Sánchez, 2015), dado que era necesaria la participación voluntaria de personas cuidadoras de familiares con demencia en domicilios (un muestreo probabilístico requería una aceptación de las personas seleccionadas a priori, lo que no estaba garantizado). La detección de estas personas se realizó a través de profesionales de atención directa para poder establecer una vía de acceso para la solicitud voluntaria de participación.

Se usaron los cuestionarios validados: PAIS-SR (Adaptación Psicosocial a la enfermedad) y QOL-AD (Calidad de Vida Alzheimer), así como una entrevista semi-estructurada con 8 temas **ad hoc**.

Instrumentos cuantitativos

La metodología cuantitativa consiste en el contraste de hipótesis a partir de una muestra representativa de la población objeto de estudio (Tamayo, 2007), centrándose en hechos o causas de un fenómeno social (Rodríguez, 2010) y utilizando el análisis estadístico para establecer patrones, probar teorías y validar o refutar hipótesis (Hernández et al., 2010). En este caso se utilizó:

1. Hoja de datos sociodemográficos: variables diana para establecer correlaciones entre la persona cuidadora y elementos que interfieren o favorecen la adaptación psicosocial a la enfermedad y calidad de vida.
2. Escala de Adaptación Psicosocial a la Enfermedad (PAIS-SR) -Versión del Cuidador Auto-informada- (Derogatis, 1986). Escala validada (Bullinger et al., 1998), utilizada también en el estudio del programa ReNACE (Portillo et al., 2012). Consta de 7 secciones, con un total de 46 ítems. Tiene 4 opciones de respuesta por cada ítem y puntuá de 0 al 3 en cada uno, en preguntas impares y de 3 a 0 en preguntas pares. A mayor puntuación, peor adaptación psicosocial y viceversa.
3. Escala de Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer (QOL-AD) (Longsdon et al., 1999). Es una escala validada (Rosas-Carrasco et al., 2010). Consta de 13 ítems. Se puntuá de 1 a 4 en cada ítem. A mayor puntuación, mejor calidad de vida.

Se ha utilizado el programa IBM SPSS¹ Statistics, versión 23 de la Universidad Pública de Navarra y Software R, junto con el paquete integrado FactoMineR (Lê, Josse y Husson, 2008) y Coheris SPAD. Se han realizado dos tipos de análisis: factorial (establecimiento de componentes principales que explican la mayor parte de la variabilidad de datos y las interrelaciones de estos con las variables sociodemográficas para la obtención de posibles correlaciones) (Elosua y Zumbo, 2008; Freiberg et al., 2013), y correspondencias (establecimiento de relaciones significativas entre las variables analizadas) (Greenacre, 2008).

Instrumento cualitativo

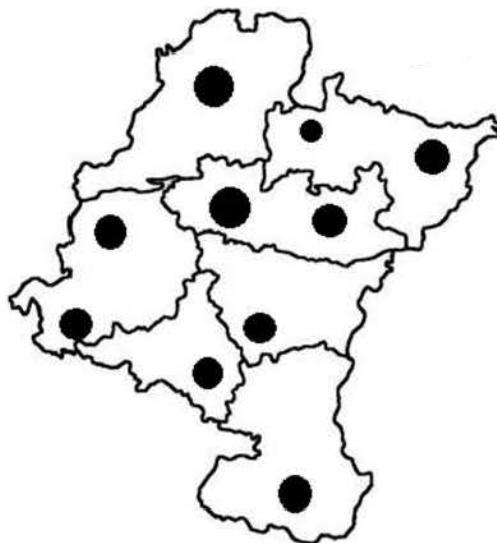
La metodología cualitativa consiste en la comprensión de la realidad a través de su contexto natural, interpretando los fenómenos de acuerdo al significado que les otorgan las personas afectadas y/o implicadas (Arnoux, 2019; Babbie, 2020). En este caso se utilizó:

Entrevista semi-estructurada: consta de 8 temas con un total de 15 ítems. Todos ellos preguntas abiertas que permitían la valoración cualitativa. Dicha entrevista ha sido utilizada previamente en el proyecto ReNACE (Portillo et al., 2012), habiendo sido aquí modificado el término “Parkinson” por “Demencia”. Asimismo se utilizó el instrumento AQUAD, herramienta informática para abordar el estudio de datos cualitativos Blasco y Mengual (2010).

Muestra

Se localizó en 29 poblaciones de la Comunidad Foral de Navarra (ámbito rural, semi-rural y urbano) diseminadas por todo el territorio con el objeto de obtener una muestra de participación representativa de las distintas zonas geográficas de la región.

Figura 1. Obtención de la muestra en las distintas zonas de la Comunidad Foral de Navarra



Fuente: Elaboración propia.

El tamaño de la muestra y la selección de sujetos estuvieron supeditados a los criterios de inclusión establecidos previamente de acuerdo al perfil y la capacidad idiomática de la investigadora (familiares convivientes y con relación de cuidado en domicilio, habla hispana, portuguesa o francesa y participación voluntaria) y al acceso a la misma. En relación al tamaño, éste se estableció en 75 unidades familiares (Peduzzi, 1995).

¹ Esperanza Bausela Herreras, Departamento de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad de León. Revista de Informática Educativa y Medios Audiovisuales Vol. 2 (4), págs. 62-69. 2005.

Se realizaron ambos cuestionarios a las 75 personas participantes y 60 entrevistas (se alcanzó saturación teórica). Para acceder a la muestra se solicitó la cooperación de profesionales de los Servicios Sociales de Base (61) y Centros de Salud (55).

La recogida de datos fue llevada a cabo por la investigadora de manera directa y presencial: llamada de teléfono individualizada para establecer cita (presentación, explicación y determinación de día, hora y lugar), presentación (carné Universidad Pública de Navarra, información, cuestionarios y entrevista, documento acreditativo oficial, consentimiento informado), pasos a seguir (datos sociodemográficos, cuestionario PAIS-SR, cuestionario QOL-AD y entrevista). Sólo 15 casos aceptaron ser grabados, el resto (N=45) no accedieron a ser grabados por diversos motivos (privacidad, vergüenza, incomodidad, sensación de falta de libertad, situación judicial en curso).

En todos los casos se recogieron anotaciones por parte de la entrevistadora, escribiendo las respuestas que se daban con la mayor literalidad posible e incidiendo en aspectos e ideas relevantes acerca de la pregunta planteada.

Se obtuvo la aprobación ética del Comité de Ética de la Universidad Pública de Navarra, con el código PI-025/15.

Calidad y rigor científico

En esta investigación se han dado las características definidas por Guba y Lincoln (1981) puesto que se usan herramientas estandarizadas y validadas, y es posible replicar el estudio en otras poblaciones y contextos. En cuanto a las características definidas por Calderón (2002), se ha proporcionado relevancia al detectar y abordar un vacío científico y se ha alcanzado validez al utilizar herramientas estandarizadas y validadas, siendo posible la reflexividad (Huberman y Miles, 2000; Cornejo y Salas, 2011; Noreña et al., 2012; Rojas y Osorio, 2017).

La metodología de triangulación se ha utilizado para mejorar la validez de los resultados (Thrumond, 2001; Olsen, 2004; Konecki, 2008; Altrichter et al., 2008; Erazo, 2011; Audrey, 2013; Maxwell, 2016), dado que ofrece un mayor alcance en la comprensión de estos.

Resultados

Los resultados se obtuvieron a través del análisis de datos cuantitativos y cualitativos triangulados.

Descripción sociodemográfica de la muestra

Las características principales de la muestra en relación a los datos sociodemográficos recogidos fueron: mayoría de mujeres cuidadoras (77,33%), media de edad de 58,2 años. El 72% estaban casadas (ninguno de los 17 hombres de la muestra estaban casados), con una media de cuidado del 6,06 años. Residencia en viviendas adaptadas totalmente (45,34%) o sin barreras arquitectónicas (33,33%). La situación laboral: trabajo a tiempo completo (28%) o tiempo parcial (13,34%). Un 24% eran amas de casa y un 22,67% jubiladas. En cuanto al nivel académico, un 48% presentaban estudios básicos y un 22,66% estudios universitarios. Mayoritariamente residían en zonas semi-rurales (69,34%). En lo que respecta al salario, no hay diferencias significativas (sólo se pudieron obtener 56 respuestas), El 74,67% manifestaban tener otros ingresos. La tipología de hogar se encontraba dividida en: pareja (33,3%), pareja e hijas/os (26,67%) y pareja, hijas/os y nietas/os (25,33%). Eran mayoritariamente hijas las personas cuidadoras (69,33%). Finalmente, en cuanto a patología presentada por la persona cuidadora, un 66,67% no padecían ninguna enfermedad.

En términos generales se trata de: mujeres cuidadoras, hijas de la persona cuidada, sin enfermedad, en hogares conformados por parejas, parejas e hijas/os o parejas, hijas/os y nietas/os, que perciben otros ingresos (además del salario si lo tienen), residentes en zonas semi-rurales y en viviendas sin barreras o adaptadas totalmente, con estudios básicos, casadas, amas de casa, jubiladas o trabajadoras a tiempo completo o parcial, con una edad media de 58 años y un tiempo de cuidado de 6 años.

Adaptación psicosocial a la enfermedad

En referencia al análisis de la escala PAIS-SR, la tabla 1 presenta los valores obtenidos a través del análisis de datos estadísticos en relación a los diversos ámbitos de acuerdo a la zona de residencia.

Tabla 1. Análisis de correspondencias entre las distintas secciones del PAIS y QOL-AD en su aspecto positivo con la zona de residencia en porcentajes

Residencia Ámbitos medidos	Zona Urbana	Zona Rural	Zona Semi-rural
Buen cuidado de la salud	40,38	75	43,92
Buen ámbito doméstico	38,46	75	28,57
Buenas relaciones familiares	46,15	43,75	28,57
Buenas relaciones sociales	28,84	31,25	14,28
Poco malestar psicológico	48,08	87,50	42,86

Residencia Ámbitos medidos	Zona Urbana	Zona Rural	Zona Semi-rural
Buena adaptación psicosocial	57,69	93,75	57,14
Buena calidad de vida	42,31	81,25	42,86

Fuente: Elaboración propia.

La sección II (ámbito laboral) se eliminó del análisis al obtener sólo 39 respuestas de la muestra de 75 personas, no siendo por lo tanto los valores representativos. Las personas entrevistadas en situación de desempleo, jubiladas o amas de casa, así como los casos de estudiante e incapacidad laboral temporal, mayoritariamente no contestaron esta sección puesto que no se encontraban en situación laboral y no fueron capaces de responder de acuerdo a su coyuntura. La sección IV (relaciones sexuales) se eliminó del análisis al obtener sólo 14 respuestas de la muestra de 75 personas, no siendo por lo tanto los valores representativos. Las demás personas encuestadas consideraron ser un ámbito personal sobre el que no querían ser consultados (tabla 2).

Debido a la falta de datos en estas dos sub escalas, se establecieron análisis de validación intra escala para valorar el impacto de la supresión de ambas secciones sobre la escala. Para ello se calculó Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna con y sin las dos secciones eliminadas, indicando que en la inclusión de ambas secciones alpha era 0.59 y sin ellas era 0.63, lo que mostraba un aumento de consistencia interna al eliminar ambas secciones.

Tabla 2. Valores máximos, media y desviación típica de la escala PAIS-SR*

Familiares (n=75)	Valor máximo de la escala	Media	Desviación típica
Sección I PAIS-SR	24	8,65	3,62
Sección III PAIS-SR	24	9,55	5,03
Sección V PAIS-SR	15	6,44	4,78
Sección VI PAIS-SR	18	10,52	5,36
Sección VII PAIS-SR	18	6,64	5,06
Total PAIS-SR**	99	40,79	17,29

*Del análisis de datos del PAIS-SR, se han eliminado las secciones II y IV por la falta de datos en ambas, al no ser suficientemente representativas, por lo que se ha establecido todo el análisis en base a las demás secciones.

**Total PAIS-SR eliminando las dos secciones (II y IV) que no mostraban datos significativos.

Fuente: Elaboración propia.

Se detectaron principalmente tres factores de influencia en la adaptación psicosocial al cuidado: zona de residencia, cuidado y malestar, y convivencia.

Calidad de vida

La escala QOL-AD carece de secciones, por lo que las puntuaciones obtenidas eran totales. Esta escala fue contestada en todos sus ítems por todas las personas encuestadas, obteniendo los datos señalados en la tabla 3.

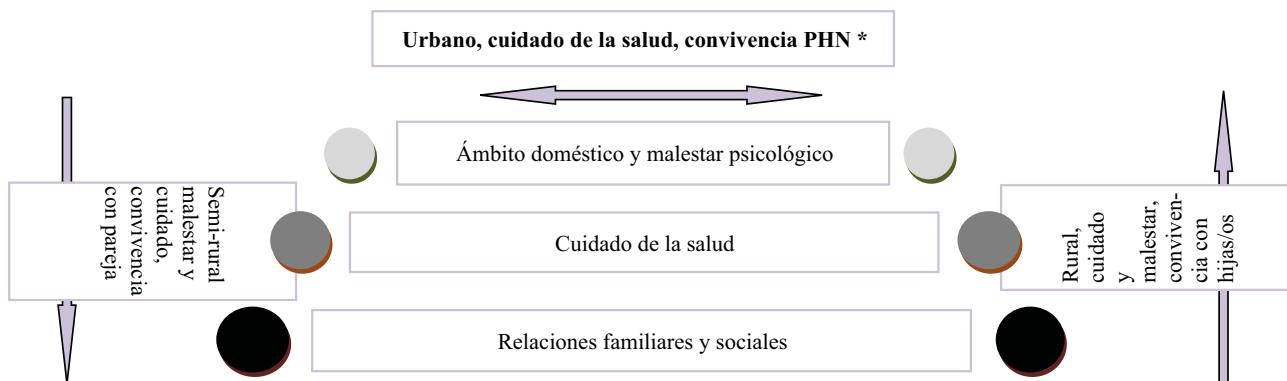
Tabla 3. Valores máximos, media y desviación típica de la escala QOL-AD

Familiares (n=75)	Valor máximo de la escala	Media	Desviación típica
QOL-AD	52	32,81	6,92

Fuente: Elaboración propia.

Las puntuaciones obtenidas en relación a la calidad de vida de la muestra eran altas, lo que sugería que los participantes tenían tendencia a valorar este aspecto de manera positiva.

Figura 2. Pirámide visual de los aspectos cuantitativos desde una perspectiva de incidencia de los tres factores de influencia detectados



*PHN: padres, hijas/os y nietas/os

Fuente: Elaboración propia.

Análisis de datos cualitativos

Para el análisis de los datos, éste se llevó a cabo siguiendo el análisis de contenido propuesto por Miles, Huberman y Saldaña (2014) y Frankfort-Nachimas y Nachimas (1996).

- Paso 1. Transcripción literal de las entrevistas que habían sido grabadas (un total de 15). Con las entrevistas no grabadas se procedió igualmente a analizar los datos recabados por escrito.
- Paso 2. Se llevaron a cabo 3 lecturas completas de cada entrevista (detectar elementos clave, conceptos y categorías emergentes, además de desechar material no significativo para el estudio).
- Paso 3. Lecturas más focalizadas (concretar y puntualizar términos emergentes relevantes). Se utilizó una pantalla de datos a partir de los resúmenes y anotaciones registrados.
- Paso 4. Se determinó la frecuencia, estructura, comportamientos y estrategias, reduciendo el número de categorías encontradas y agrupando términos y temas emergidos de las entrevistas.
- Paso 5. Se establecieron las categorías y temas finales.

Inicialmente surgieron 36 categorías, que tras un minucioso análisis se definieron en 3 categorías y 6 temas con sus indicadores (tabla 4).

Tabla 4. Categorías, temas e indicadores detectados en las entrevistas cualitativas

Categorías	Temas	Indicadores/Términos clave
Afrontamiento de la convivencia con la persona con demencia	Impactos sufridos por la persona cuidadora a raíz del inicio del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Auto cuidado: físico y carácter. Modificaciones en el cuidado personal, menos interés en el aspecto físico y cambios de carácter relacionados con el estrés y malestar - Deterioro de las relaciones familiares por la falta de apoyo de otros miembros de la familia y mantenimiento de roles tradicionales siendo la mujer la cuidadora principal
	Afectación continua en la vida de la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> - Descontrol familiar en cuanto a organización y convivencia, por el aumento de obligaciones en relación al cuidado - Cambio en el tipo de vida personal y familiar, y ausencia de libertad personal para desarrollar su proyecto vital - Agotamiento y estrés por la necesaria continuidad de atención a la persona cuidada sin descanso
	Adaptación de la persona cuidadora al proceso degenerativo de la persona enferma	<ul style="list-style-type: none"> - Paréntesis en el proyecto vital propio para dedicarse al cuidado - Dependencia de la persona con demencia en relación al familiar cuidador - Dureza de la convivencia por la situación vivida - Aceptación de las nuevas condiciones de convivencia de acuerdo a las necesidades de la persona cuidada - Empeoramiento de la persona enferma como resultado de una patología degenerativa y despersonalización de la persona cuidada al perder conciencia de sí misma y de su trayectoria vital y familiar

Categorías	Temas	Indicadores/Términos clave
Recursos disponibles y/o necesarios para el cuidador/a		<ul style="list-style-type: none"> - Familiares como elemento de apoyo interno con otros miembros de la familia - Profesionales como elemento de apoyo externo con personas y servicios ajenos al núcleo familiar - Personales como la información para comprender la enfermedad, y el mantenimiento de la actividad personal para tener espacios individuales de desahogo y desarrollo
Integración vital de la convivencia con la persona con demencia	Sentimientos que provoca la situación de convivencia en la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> - Lástima por la pérdida de la persona al degenerar y olvidar su pasado y vida, y resignación al asumir esa realidad como inamovible - Desorientación al no saber cómo actuar frente al cuidado de la enfermedad, e impotencia por no poder modificar el hecho de la patología - Angustia ante el cuidado y cómo hacerlo. - Miedo por el futuro y la degeneración, por el avance de la enfermedad y sus consecuencias en la persona enferma y en la convivencia - Enfado y rabia por la situación de convivencia y la enfermedad degenerativa
	Manejo de la situación de convivencia por parte de la persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo - Dudoso - Negativo
	Satisfacción de la persona cuidadora con su vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> - Positiva, cuando el análisis vital es realizado por la persona cuidadora desde una perspectiva global - Regular, cuando el análisis vital es realizado por la persona cuidadora desde la integración de su trayectoria vital y el inicio del cuidado hasta el momento actual - Negativa, cuando el análisis vital es realizado por la persona cuidadora desde el momento actual

Fuente: Elaboración propia.

Triangulación

Para realizar este proceso integrador, se determinaron equivalencias entre los datos cualitativos y cuantitativos en base a la similitud de contenido (tabla 5).

Tabla 5. Equivalencias de datos cualitativos y cuantitativos

Equivalencia de datos cualitativos	Equivalencia de datos cuantitativos
Evolución del proceso (Tema 1 Entrevista)	Cuidado de la salud (Sección I PAIS-SR)
Cambios enfermedad e integración (Temas 2 y 4 Entrevista)	Ámbito doméstico (Sección III PAIS-SR)
Cambios enfermedad y factores influyentes (Temas 2 y 5 Entrevista)	Relaciones familiares (Sección V PAIS-SR)
Evolución del proceso y cambios enfermedad (Temas 1 y 2 Entrevista)	Relaciones sociales (Sección VI PAIS-SR)
Aceptación, adaptación e integración enfermedad (Tema 4)	Malestar psicológico (Sección VII PAIS-SR)
Alternativas enfermedad e integración (Temas 3 y 4)	Adaptación psicosocial (Totalidad PAIS-SR)
Satisfacción vital (Tema 8)	Calidad de vida (Cuestionario QQL-AD)

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, se establecieron equiparaciones entre términos o conceptos surgidos en el análisis de datos cualitativos y su relación porcentual con datos cuantitativos, de acuerdo a las equivalencias establecidas. Para elaborar dichas equivalencias y obtener datos porcentuales en el ámbito cualitativo se utilizó la frecuencia (se contabilizó las veces que un mismo término era verbalizado ante la misma pregunta).

Afrontamiento de la convivencia con la persona con demencia

Los indicadores de impacto (tabla 6) detectados a nivel cuantitativo y cualitativo implican autocuidado y deterioro de relaciones familiares junto al mantenimiento de roles tradicionales de cuidado.

Tabla 6. Indicadores de impacto detectados en las personas cuidadoras

Indicadores de impacto en las personas cuidadoras	
Autocuidado: físico y psíquico, n (%)	21 (35)
Deterioro de las relaciones familiares y mantenimiento de roles tradicionales de cuidado, n (%)	39 (65)
Total, n (%)	60 (100)

Fuente: Elaboración propia.

La mayor parte de las personas cuidadoras (65%) han manifestado que existe un deterioro de las relaciones familiares, generando otro impacto como es el mantenimiento de roles tradicionales de cuidado.

EFMR11: "Yo estuve bastante tiempo con dolor de espalda. Y entonces pues ya nos planteamos coger a otra persona".

EFMU019: "Con mi hermana mal, con mi hermana tuvimos muchas diferencias, y mucho distanciamiento... porque si hay una buena conexión entre los familiares es como más llevadero el tema en la enfermedad en sí".

Igualmente se ha seguido este procedimiento con la afectación detectada en familiares (tabla 7).

Tabla 7. Indicadores de afectación detectados por las personas cuidadoras

Indicadores de afectación de las personas cuidadoras	
Descontrol y obligaciones, n (%)	17 (28,3)
Cambio y ausencia de libertad, n (%)	31 (51,7)
Agotamiento y estrés, n (%)	12 (20)
Total, n (%)	60 (100)

Fuente: Elaboración propia.

Las personas cuidadoras de familiares con demencia han manifestado estar sometidas a un cambio vital que coarta su libertad, generando nuevas y variadas obligaciones que inciden en un descontrol de la organización familiar existente hasta el momento del inicio del cuidado.

EFMR11: "Algo que ya ves que no vas a poder controlar de ninguna manera".

EFMSR34: "Es una enfermedad que agota y estresa".

EFMU42: "No puedo hacer cosas que me gustaría. Son muchos años cuidando a una persona, y ves que tu vida se va yendo y que no tienes ninguna alternativa".

En cuanto a la adaptación de la persona cuidadora (tabla 8).

Tabla 8. Indicadores de Adaptación de las personas cuidadoras

Indicadores de adaptación de las personas cuidadoras	
Paréntesis en su proyecto vital, n (%)	8 (13,3)
Dependencia de la persona con demencia, empeoramiento y despersonalización, n (%)	14 (23,3)
Aceptación de las nuevas condiciones de convivencia, n (%)	9 (15)
Dureza de la convivencia, n (%)	23 (38,4)
Proceso de envejecimiento y desconocimiento de la enfermedad, n (%)	6 (10)
Total, n (%)	60 (100)

Fuente: Elaboración propia.

Para todas las personas cuidadoras entrevistadas, la experiencia del cuidado se ha caracterizado por cambios a los que han tenido que hacer frente, habiendo supuesto para el 61,7% elementos cruciales en el proceso.

EFMU09: "Es aceptar que va a necesitar ayuda y que va a empeorar con el tiempo".

EFMU12: "Tres años de paréntesis en tu vida. Han sido tres años de paréntesis, tres años que tú no has vivido una vida que tú querías. Sino que has vivido la que has tenido que vivir, no has podido elegir".

EFMU53: "Tengo que estar pendiente como si fuera una niña, hay que hacerla todo, las veinticuatro horas... es muy difícil".

Recursos disponibles y/o necesarios para el cuidador

Las distintas estrategias no se han dado de forma aislada, sino que se han entremezclado, adoptando dos o más de ellas al unísono. El apoyo externo profesional y el propio personal, han sido los recursos más utilizados en el cuidado de la demencia (tabla 9).

Tabla 9. Tipología de recursos de las personas cuidadoras

Tipología de recursos de las personas cuidadoras	
Familiares, n (%)	8 (13,3)
Profesionales, n (%)	30 (50)
Personales, n (%)	22 (36,7)
Total, n (%)	60 (100)

Fuente: Elaboración propia.

La mayor parte de las personas entrevistadas han manifestado la necesidad de recursos externos como apoyo frente al cuidado de la demencia, seguido de recursos personales como la realización de actividades de ocio y la información.

EFMU12: "El SAD viene dos horas diarias cinco días a la semana. Y me hace mucho, muy, muy bien. Para mí ha sido un respiro tremendo. Esa ayuda me ha, me ha salvado la vida".

EFMU42: "Ahora mismo la tenemos en un Centro de Día, que la verdad ha sido un buen, un buen acierto, por ahora. Ha sido una buena cosa".

EFMU46: "Este año he ido al cursillo ese de relajación, que me ha venido muy bien... para replantearte que tienes que tener también tu vida".

EFVU60: "Yo, una de las cosas que he pensado para no verme enterrado por esta situación es seguir manteniendo mis lugares, mis tareas, mis cosas... aunque sean al mínimo, porque si me suscribo únicamente a ellos, pues acabo yo también mal".

Integración vital de la convivencia con la persona con demencia

Un aspecto importante ha sido valorar cómo la persona cuidadora ha integrado la convivencia con la demencia en su vida cotidiana. Por lo tanto, se han analizado los sentimientos que provoca la situación de convivencia en la persona cuidada, emergidos durante las entrevistas.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el sentimiento de las personas cuidadoras hacia la persona enferma ha sido de lástima y resignación, seguido de enfado (tabla 10).

Tabla 10. Sentimientos expresados por las personas cuidadoras ante el proceso de cuidado

Sentimientos expresados por las personas cuidadoras ante el proceso de cuidado	
Lástima y resignación, n (%)	28 (46,7)
Desorientación e impotencia, n (%)	9 (15)
Angustia y miedo, n (%)	9 (15)
Enfado/Rabia, n (%)	14 (23,3)
Total, n (%)	60 (100)

Fuente: Elaboración propia.

EFMR11: "Me daba pena, a mí mi madre me daba mucha pena y... yo era pues todo eso, cuidarla".

EFMU12: "Te encuentras un poco perdida, la verdad, estás un poco perdida porque tú no estás preparada para esto".

EFMU49: "Muy desesperada".

EFVU60: "Un poco impotente".

EFOMU42: "A veces enfadada, me enfado mucho".

EFMU046: "Da rabia, te da rabia porque todo tiene que depender a... ellos, no sé... a su enfermedad".

En relación al manejo de la situación de convivencia, las personas entrevistadas han manifestado que han manejado adecuadamente la situación. No obstante, un 46,7% han opinado que el manejo ha sido inestable o directamente negativo (tabla 11).

Tabla 11. Valoración del manejo de la situación por parte de las personas cuidadoras

Valoración del manejo de la situación por parte de las personas cuidadoras	
Negativo, n (%)	9 (15)
Dudoso, n (%)	19 (31,7)
Positivo, n (%)	32 (53,3)
Total, n (%)	60 (100)

Fuente: Elaboración propia.

EFMU11: "No sé, no sé. Yo pienso que no, que no la manejé bien".

EFVU60: "Manejando es mucho, más bien ella te maneja a ti y tú vas detrás tratando de responder a lo que va sucediendo".

EFMSR44: "Hay momentos en los que hay muchos días que me levanto y digo: "¡qué bien estoy haciendo todo, qué bien sale todo!", y otras veces que no salen las cosas".

De acuerdo a los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas, la satisfacción vital de las personas cuidadoras ha sido en gran medida regular o mala (tabla 12). Han referido particularmente ataduras, falta de libertad y tristeza.

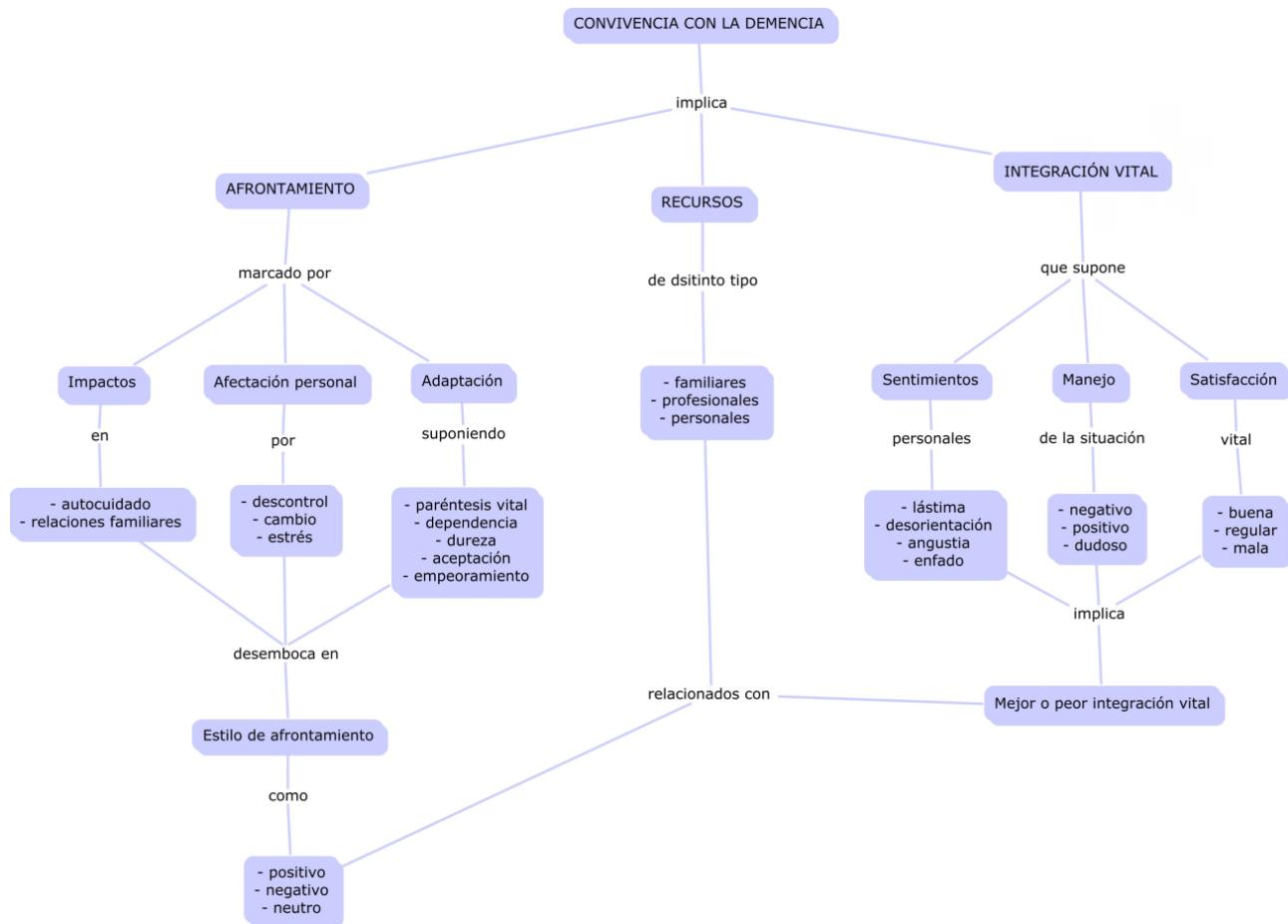
Tabla 12. Valoración de la satisfacción vital percibida por las personas cuidadoras

Valoración de la satisfacción vital percibida por parte de las personas cuidadoras ante de las personas cuidadoras	
Buena, n (%)	22 (36,7)
Regular, n (%)	23 (38,3)
Mala, n (%)	15 (25)
Total, n (%)	60 (100)

Fuente: Elaboración propia.

En el siguiente mapa conceptual de la figura 2, puede observarse la interrelación de las categorías y subcategorías emergidas del análisis cualitativo.

Figura 2. Mapa conceptual de interrelación entre categorías y temas emergidos del análisis cualitativo



Fuente: Elaboración propia.

Equivalencia de resultados cuantitativos y cualitativos

Para la triangulación de resultados se ha procedido a realizar equivalencias entre los datos cualitativos y cuantitativos (tabla 13).

Tabla 13. Equivalencias de datos cualitativos y cuantitativos en relación a los conceptos surgidos en el análisis de las entrevistas

Conceptos surgidos en el análisis de las entrevistas	Equivalencia de datos cualitativos	Equivalencia de datos cuantitativos
Mal cuidado de la salud, agotamiento y estrés	Evolución del proceso (Tema 1 Entrevista)	Cuidado de la salud (Sección I PAIS-SR)
Obligaciones, difícil convivencia e interdependencia	Cambios enfermedad e integración (Temas 2 y 4 Entrevista)	Ámbito doméstico (Sección III PAIS-SR)
Deterioro de las relaciones familiares	Cambios enfermedad y factores influyentes (Temas 2 y 5 Entrevista)	Relaciones familiares (Sección V PAIS-SR)
Falta de libertad, paréntesis vital	Evolución del proceso y cambios enfermedad (Temas 1 y 2 Entrevista)	Relaciones sociales (Sección VI PAIS-SR)
Lástima, resignación, impotencia, enfado, rabia, angustia y miedo	Aceptación, adaptación e integración enfermedad (Tema 4)	Malestar psicológico (Sección VII PAIS-SR)
Afrontamiento y adaptación negativas	Alternativas enfermedad e integración (Temas 3 y 4)	Adaptación psicosocial (Totalidad PAIS-SR)
Regular o mala satisfacción vital	Satisfacción vital (Tema 8)	Calidad de vida (Cuestionario QOL-AD)

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente se realizaron equivalencias porcentuales en relación a los conceptos surgidos en las entrevistas y su porcentaje de aparición en los distintos temas y en las distintas secciones de los cuestionarios para valorar su incidencia y su similitud en ambos tipos de datos cuantitativos y cualitativos (tabla 14).

Tabla 14. Equiparación entre términos o conceptos surgidos en el análisis de las entrevistas y sus equivalencias porcentuales medidas en el análisis de datos cualitativos y cuantitativos

Conceptos surgidos en el análisis de las entrevistas	Equivalencia % de datos cualitativos	Equivalencia % de datos cuantitativos
Mal cuidado de la salud, agotamiento y estrés	35	50,90
Obligaciones, difícil convivencia e interdependencia	38,4	54,67
Deterioro de las relaciones familiares	65	59,40
Falta de libertad, paréntesis vital	51,7	72
Lástima, resignación, impotencia, enfado, rabia, angustia y miedo	46,7	43,63
Afrontamiento y adaptación negativas	40	35,25
Regular o mala satisfacción vital	58,3	50,67

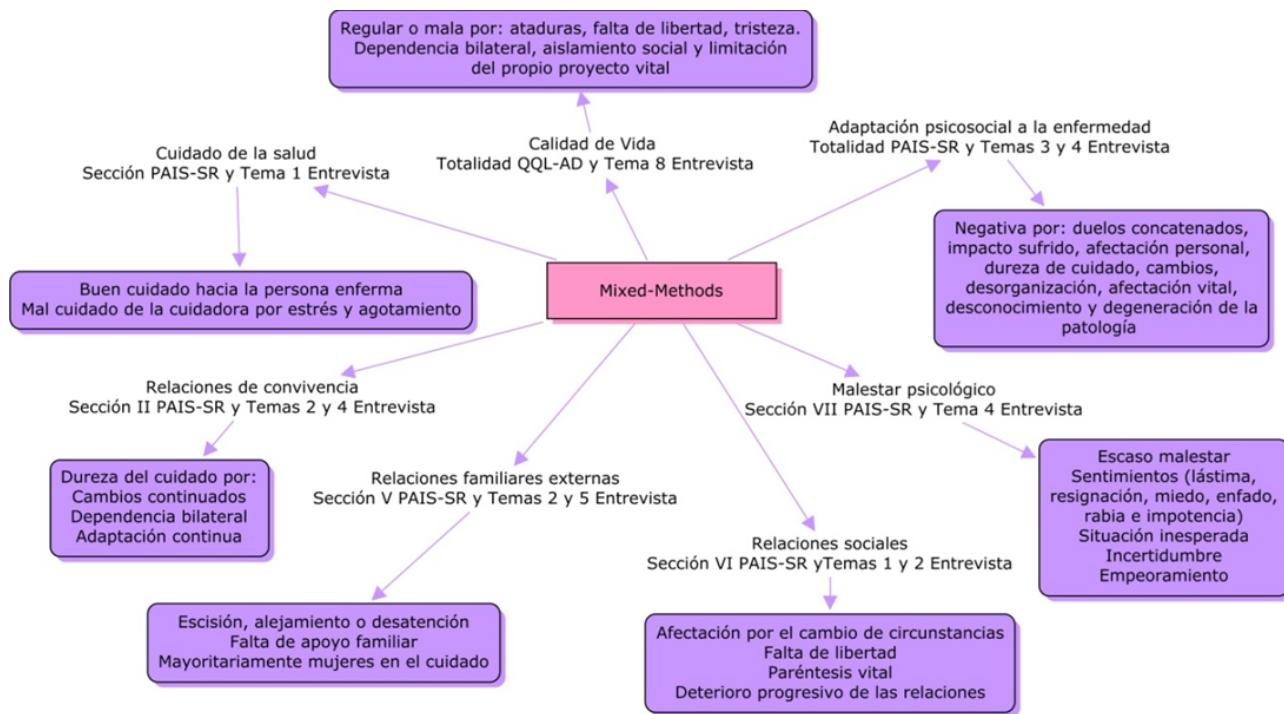
Fuente: Elaboración propia.

Al triangular los resultados de las distintas secciones del cuestionario PAIS-SR y del cuestionario QOL-AD con los datos cualitativos de la entrevista semi-estructurada, se puede observar que correlacionan significativamente en ambos parámetros:

1. El cuidado de la salud (Sección I PAIS-SR y Tema 1 Entrevista).
2. Las relaciones de convivencia (Sección II PAIS-SR y Temas 2 y 4 Entrevista).
3. Las relaciones familiares (Sección V PAIS-SR y Temas 2 y 5 Entrevista).
4. Las relaciones sociales (Sección VI PAIS-SR y Temas 1 y 2 Entrevista).
5. El malestar psicológico (Sección VII PAIS-SR y Tema 4 Entrevista).
6. La adaptación psicosocial a la enfermedad (Totalidad PAIS-SR y Temas 3 y 4 Entrevista).
7. La calidad de vida global (Cuestionario QOL-AD y Tema 8 Entrevista).

En la figura 3 se recogen los puntos clave del proceso de triangulación:

Figura 3. Mapa conceptual de los puntos clave señalados en el proceso de triangulación de la metodología utilizada mixed-methods



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, es posible afirmar que el perfil definido a través de los datos cuantitativos, es corroborado por los datos cualitativos, puesto que como se ha indicado en la triangulación, la integración de ambos datos ha confluído en los mismos aspectos y resultados.

Conclusiones y discusión

En el Trabajo Social y en otras ciencias sociales relacionadas con la intervención social y familiar, el método de la triangulación es útil y preciso para abordar los modelos de la familia y la interacción interpersonal. No obstante, autores como Kurten, Brimmel, Klein y Hutter (2022) observan en su análisis de 1406 artículos publicados en European Journal of Social Work, British Journal of Social Work y Resarch on Social Work Practice entre 2016 y 2020, que sólo el 6% utiliza metodología combinada. Una cuestión que impacta en la capacidad para dotar de significado integrado a los datos obtenidos.

Dada la complejidad del entramado social y la coexistencia de individuos, la triangulación en las ciencias sociales explica la riqueza del comportamiento humano (Cohen, Manion y Morrison, 2003) y establece regularidades en los datos de investigación (O'Donoghue y Punch, 2003), tal y como se ha observado en el proceso realizado y los resultados obtenidos. Este estudio ha permitido ahondar en el desarrollo de la metodología combinada en el ámbito de las Ciencias Sociales, en particular del Trabajo Social, aportando una visión complementaria sobre una cuestión de actualidad y favoreciendo asentar las bases de conocimiento científico para la aplicación práctica a través de un proyecto de intervención social de un equipo multidisciplinar para la atención en contexto.

Bibliografía

- Abellán, A., Esparza, C. y Pérez Díaz, V. (2011). Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 43-67. http://dx.doi.org/10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.2
- Alice, M. y Teddlie, Ch. (2010). A Continuation of the Paradigm Wars? Prevalence Rates of Methodological Approaches Across the Social/Behavioral Sciences. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(2), 103-126. <http://dx.doi.org/10.1177/1558689809360805>
- Altrichter, H., Feldman, A., Posch, P. y Somekh, B. (2008). *Teachers investigate their work; An Introduction to action research across the professions*. London: Routledge.
- Álvarez, A. P. (2009) Re-pensar la sistematización y la investigación evaluativa en la intervención del Trabajo Social, como pilares para la producción de conocimiento. *Palabra: Palabra que obra*, 10(10). Doi: <https://doi.org/10.32997/2346-2884-vol.10-num.10-2009-132>
- Anadón, M. (2008). La investigación llamada "cuantitativa": de la dinámica de su evolución a los innegables logros y los cuestionamientos presentes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 198-211. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105212447002>

- Anguera, M.T., Blanco-Villaseñor, A., Losada, J.L. y Sánchez-Algarra, P. (2020). Integración de elementos cualitativos y cuantitativos en metodología observacional. *Ámbitos, Revista Internacional de Comunicación*, 49, 49-70. <http://dx.doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.04>
- Arnoux (2019). El Análisis del Discurso como campo académico y práctica interpretativa. En Oscar Iván Londoño Zapata y Giohanny Olave Arias, ed. *Métodos de Análisis del Discurso. Perspectivas argentinas*. Ediciones de la U.
- Babbie, E.R. (2020). *The basics of social research*. Cengage.
- Bartolomé, S., Castellanos, F., Cid, M., Crespo, B., Duque, B., Jiménez, L., Luque, E., Martín, M. y Rodríguez, B. (2010). *Problemas de conducta en las demencias. Guía para familiares*. Junta de Extremadura: Plan Integral de Atención Sociosanitaria al deterioro cognitivo en Extremadura.
- Bermejo, F. (2004). *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia*. Madrid: Díaz de Santos, Ed. (2^a edición).
- Blasco, J., y Mengual, S. (2010). *Análisis de datos cualitativos asistido por ordenador en Ciencias de la Educación. Claves para la investigación en innovación y calidad educativas. La integración de las Tecnologías de la Información y la Comunicación y la Interculturalidad en las aulas*. Roma: Marfil & Università degli Studi Roma.
- Bofill, Y. (2004). La adaptación del entorno del paciente con demencia y alteraciones conductuales. *Geriatría: Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 20 (2), 100-102.
- Brichetto, M.R. (2014). La sociología como ciencia de la acción social. *Revista Colombiana de Sociología*, 37(2), 189-209. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/348754094_La_sociologia_como_ciencia_de_la_accion_social
- Bueno, A.M. (2013) Producción de conocimiento sobre investigación en Trabajo Social. *Revista Trabajo Social*, 15(15), 125-141.
- Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S. y The IQOLA Project Group (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA Project approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 913-923. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00082-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00082-1)
- Busquets, T. (2022). Uniendo ciencias. Conveniencia de una metodología investigativa combinada en ciencias sociales. *Estudios pedagógicos*, 48(2), 267-294. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052022000200267>
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud: Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 473-482. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009
- Cameron, C. y Moss, P. (2007). *Care Work in Europe: Current understanding and future directions*. Oxford: Routledge.
- Campbell, D. y Fiske, D. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81-105. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0046016>
- Casquero, R. y Selmes, J. (2003). *Cómo entender, actuar y resolver los trastornos de conducta de su familiar: guía práctica para los cuidadores y familiares que se enfrentan a trastornos de la conducta de una persona afectada por la enfermedad de Alzheimer (u otra demencia)*. Madrid: Meditor.
- Centenero, F. (2022). Familias con un miembro afectado de demencia: una propuesta de intervención desde el Trabajo Social. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 11, 35-44. <http://dx.doi.org/10.6018/azarbe.502221>
- Creswell, J. y Plano, V. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Cohen, L., Manion, L. y Morrison, K. (2003). *Research Methods in Education*. London: Routledge.
- Cook, T.D. y Reichardt, C.H.S. (2011). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- Cornejo, M. y Salas, N. (2011). Rigor y Calidad Metodológicos: Un Reto a la Investigación Social Cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10(2), 12-34. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue2-fulltext-144>
- Denzin, N. K. (1990). *Triangulation*. International Handbook, Pergamon Press.
- Denzin, N.K. (2012). Triangulation 2.0. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2), 80-88. <http://dx.doi.org/10.1177/1558689812437186>
- Donolo, S. (2009). Triangulación: procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación. *Revisita Digital Universitaria*, 10(8). Disponible en: <https://www.revista.unam.mx/vol.10/num8/art53/int53.htm>
- Elosua, P. y Zumbo, B. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20(4), 896-901. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28231204_Coeficientes_de_fiabilidad_para_escalas_de_respuesta_ordenada
- Erazo, M.S. (2011). Rigor científico en las prácticas de investigación cualitativa. *Ciencia, docencia y tecnología*, 22(42), 107-136. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.ox?id=14518444004>
- Falla Ramírez, U., Del Pilar Gómez, S., Rodríguez, R. (2017) Tendencias contemporáneas en relación con la investigación y la intervención en trabajo social: propuestas. *Tabula Rasa*, 27. Doi: <https://doi.org/10.25058/20112742.456>
- Fernández, E. (2009). El Trabajo Social Sanitario con las familias de los enfermos de Alzheimer. *Documentos de Trabajo Social*, 45, 13-38.
- Forni, P. y De Grande, P. (2020). Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista mexicana de sociología*, 82(1), 159-189. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2020.1.58064>
- Frankfort-Nachimas, C. y Nachimas, D. (1996). *Research methods in the social sciences*. London: Arnold.

- Freiberg, A., Stover, J.B., De la Iglesia, G. y Fernández, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, 7 (2), 151-164. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212013000200005&script=sci_abstract
- Fuentes, M.C. y Moro, L. (2014). Trabajo Social y cuidadores informales: análisis de la situación actual y propuesta de intervención. *Trabajo Social Hoy*, 71, 43-62. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2014.0002>
- Gartner, L. y Cifuentes, R. (2001). La investigación en Trabajo Social en Colombia (1995-1999). *Revista de Trabajo Social*, 3, 28-51. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/32936>
- Gómez, M.A. (2001). Alteraciones conductuales y psicológicas de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Polibea*, 61, 32-37.
- Greenacre, M. (2008). *La práctica del análisis de correspondencias*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Greene, J. C., (2007). *Mixed methods in social inquiry*. San Francisco, CA: Jhon Wiley y Sons.
- Guba, E.G. y Lincoln, Y.S. (1981). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational Communication and Technology Journal*, 30(4), 233-252.
- Gutiérrez, M., Maldonado, M. J. y Payán, A. I. (2014). La contribución de los profesionales al conocimiento a través de los Trabajos Fin de Grado. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 3. Disponible en: <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/198321>
- Hanson, W.E., Creswell, J.W., Plano, V.L., Petska, K. y Creswell, J.D. (2005). Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 224-235. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.224>
- Hernández-Echegaray, A. y Pastor, E. (2020). Metodología de intervención social con personas y familias multiproblemáticas. Interacción y Perspectiva. *Revista de Trabajo Social*, 10(2), 133-155.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Madrid: Mc Graw - Hill Interamericana.
- Huberman, A. y Miles, M. (2000). *Métodos para el manejo y el análisis de datos*. En: Denman, C., Haro, J. (comp.). Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Hueso, A. y Cascant, M.J. (2012). *Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación*. Valencia: Universitat Politècnica de València.
- Icart, T., Fuetesanz, C. y Pulpón, A. (2006). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesisina*. Barcelona: Universitat Barcelona.
- Jick, T. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 602-611. <https://doi.org/10.2307/2392366>
- Konecki, K.T. (2008). Grounded Theory and Serendipity. Natural History of a Research. *Qualitative Sociology Review*, 4(1), 171-188.
- Kurten, S., Brimmel, N., Klein, K. y Hutter, K. (2022). Nature and Extent of Quantitative Research in Social Work Journals: A Systematic Review from 2016 to 2020. *British Journal of Social Work*, 52(4), 2008-2023. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab171>
- Lê, S., Joose, J., Husson, F. (2008). FactoMineR: An R Package for Multivariate Analysis. *Journal of Statistical Software*, 25(1), 1-18. <http://dx.doi.org/10.18637/jss.v025.i01>
- Lodico, M., Spaulding, D.T. y Voegtle, K.H. (2006). *Methods in Educational Research: From theory to practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Martín, M., Ballesteros, J., Domínguez, A., Muñoz, P., González, E. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149-167.
- Maxwell, J. (2016). Expanding the History and Range of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 10(1), 12-27. <https://doi.org/10.1177/1558689815571132>
- McMillan, J. y Schumacher, S. (2001). *Research in education: A conceptual introduction*. New York: Longman.
- Medina, S. P., Bohórquez González, M. Y. (2018). Edificando el quehacer del trabajador social a través de la investigación. *Revista Perspectivas*, 3(11), 112-116.
- Miles, M., Huberman, A.M., y Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: a methods sourcebook*. Arizona: SAGE.
- Monje, C.A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Neiva: Universidad Surcolombiana.
- Morales Villena, A., Agrela Romero, B. (2018) Trabajo Social e investigación: estrategias empoderadoras y de género en la universidad española. *Trabajo social*, 20(1), 71-101. <http://dx.doi.org/10.15446/ts.v20n1.71575>
- Morse, J.M. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. *Methodological Triangulation. Nursing Research*, 40, 120-123. <https://doi.org/10.1097/00006199-199103000-00014>
- Noreña, L., Alcaraz, N., Rojas, J. y Rebolledo, D. (2012). *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*. Aquichan: Universidad de La Sabana.
- O'Donoahue, T. y Punch, K. (2003). *Qualitative Educational Research in Action: Doing and Reflecting*. London: Routledge.
- Olsen, W. (2004). Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really be Mixed. En Holborn, M. *Development in Sociology*. Causeway Press.
- Plano Clark, V.L., Huddleston-Casas, C.A., Churchill, S.L., Garrett, A.L. y Green, D. (2008). Mixed Methods Approaches in Family Science Research. *Journal of Family Issues*, 29(11), 1543-1566. <http://dx.doi.org/10.1177/0192513X08318251>

- Peduzzi, P., Concato, J., Feinstein, A.R. y Holford, T.R. (1995). Importance of events per independent variable in proportional hazards regression analysis II. Accuracy and precision of regression estimates. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(12), 1503-1510. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(95\)00048-8](https://doi.org/10.1016/0895-4356(95)00048-8)
- Porcino, A.J. y Verhoef, M.J. (2010). The Use of Mixed Methods for Therapeutic Massage Research. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, 3(1), 15-25. <http://dx.doi.org/10.3822/ijtmb.v3i1.70>
- Pujol, J. y Azpiazu, P. (2003). Tratamiento de las conductas agresivas/Agitación en ancianos con demencia. *Informaciones Psiquiátricas*, 172, 123-132. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=625551>
- Riba, C. E. (2007). *La metodología cualitativa en l'estudi del comportament*. Barcelona: UOC.
- Rojas, X. y Osorio, B. (2017). Criterios de Calidad y Rigor en la Metodología Cualitativa. *Gaceta de Pedagogía*, 36, 62-74.
- Portillo, M.C., Senosiain, J.M., Arantzamendi, M. et al. (2012). Proyecto ReNACE. Convivencia de pacientes y familiares con la enfermedad de Parkinson: resultados preliminares de la Fase I. *Revista Científica Sociedad Española de Enfermería y Neurología*, 36(2), 31-38. [http://dx.doi.org/10.1016/S2013-5246\(12\)70019-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2013-5246(12)70019-3)
- Rivas, R. (2007) Una propuesta para abordar la relación entre Trabajo Social e Investigación Social. *Revista Escenarios*, 14, 105-112.
- Rodríguez, L. M. y Facal, T. (2019). Panorama de las publicaciones científicas vinculadas al Trabajo Social: un metaanálisis. *Interacción y Perspectiva. Revista de Trabajo Social*, 9(2), 188-202. Disponible en: <http://produccioncientificaluz.org/index.php/interaccion/article/view/31126>
- Rodríguez, M.A. (2010). *Métodos de investigación*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Rodríguez, M. y Sánchez, J. L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología*, 20(2), 175-186. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720202>
- Rodríguez, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 13-42. https://doi.org/10.5209/rev_crla.2011.v29.n1.1
- Romero-Martín, S., Esteban-Carbonell, E. y De Pedro, M.D. (2021). La investigación en Trabajo Social. Análisis de los Trabajos Fin de Grado de la Universidad de Zaragoza. *Trabajo Social Hoy*, 92, 53-78. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2021.0003>
- Rosas-Carrasco, O., Torres-Arreola, L.P., Guerra-Silla, M.G., Torres-Castro, S. y Gutiérrez-Robledo, L.M. (2010). Validación de la escala Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD) en pacientes mexicanos con demencia tipo Alzheimer, vascular y mixta. *Revista de Neurología*, 51(2), 72-80. <https://doi.org/10.33588/rn.5102.2009648>
- Sánchez-Gómez, M.C. (2015). La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos. *Campo Abierto*, 1, 11-30. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317156352_La_dicotomia_cualitativo-cuantitativo_posibilidades_de_integracion_y_disenos_mixtos
- Sarasa, S. (2003). *Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Sarasa, S. (2004). El descenso de la natalidad y los servicios de protección social a los ancianos. *ICE*, 815, 205-217. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28072508_El_descenso_de_la_natalidad_y_los_servicios_de_proteccion_social_a_los_ancianos
- Scarpino, P. y Bertona, L. (2021). Sobre la relación entre investigación e intervención en Trabajo Social: un estado de la cuestión y posibles derivas. *Revista Internacional y de Trabajo Social y Bienestar*, 10, 15-25. <https://doi.org/10.6018/azarbe.480121>
- Serrano, J.L. y Parra, M.D. (2014). Prevención del síndrome del cuidador principal: un caso. *Revista Paraninfo Digital (internet)*, 8(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/090.php>
- Tamayo, M. (2007). *El proceso de investigación científica*. México: Limusa.
- Tashakkori, A. y Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Teater, B. (2017). Social work research and its relevance to practice: The gap between research and practice continues to be wide. *Journal of Social Service Research*, 43, 547-565. <http://dx.doi.org/10.1080/01488376.2017.1340393>
- Thurmond, V.A. (2001). The Point of Triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(3), 253-258. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00253.x>
- Travi, B. (2014). Investigación histórico-disciplinar en Trabajo Social. Implicaciones para la formación y construcción de la identidad profesional. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e intervención social*, 19, 17-56. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i19.965>