



UNIVERSIDAD  
DE GRANADA



# TRABAJO FIN DE GRADO

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LAS FAMILIAS ANTE  
LOS RETRASOS EN LA VALORACIÓN DEL GRADO DE  
DEPENDENCIA EN SUS FAMILIARES A TRAVÉS DEL HOSPITAL  
SAN RAFAEL (GRANADA)

## GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**CURSO ACADÉMICO 2019/2020**

Convocatoria Ordinaria

**Autora:**

D<sup>a</sup>. Sonia Martín Rodríguez

**Tutora:**

Dra. María Teresa Gijón Sánchez

**TÍTULO DEL TRABAJO FIN DE GRADO:** Estrategias de afrontamiento de las familias ante los retrasos en la valoración del grado de dependencia en sus familiares a través del Hospital San Rafael (Granada). (Families strategies in the face of delays in evaluating their relatives dependency degree on through the Hospital San Rafael (Granada)).

**ALUMNA:** D<sup>a</sup>. Sonia Martín Rodríguez

**TUTORA:** Dra. M<sup>a</sup> Teresa Gijón Sánchez

**TITULACIÓN:** Grado en Trabajo Social

**CURSO ACADÉMICO:** 2019-2020

**CONVOCATORIA:** Ordinaria

**UNIVERSIDAD DE GRANADA**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN:</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT:</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b> .....	<b>9</b>
1.1 Análisis político-jurídico del fenómeno de la dependencia. ....	9
1.2 Conceptualización del fenómeno de la dependencia: Características de las personas mayores en situación de dependencia. ....	16
1.3 La influencia de los aspectos sociales en las estrategias de afrontamiento familiar ante personas mayores en situación de dependencia. ....	22
1.4 El Trabajo Social Sanitario en la atención a personas mayores en situación de dependencia y sus familias. ....	27
1.5 El caso del Hospital San Rafael (Granada) ante el fenómeno de la dependencia: La intervención con familias de personas mayores en situación de dependencia desde la unidad de Trabajo Social Hospitalario.....	31
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>35</b>
<b>3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b> .....	<b>37</b>
3.1. Pregunta de investigación .....	37
3.2. Objetivo General .....	38
3.3. Objetivos Específicos .....	38
<b>4. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b> .....	<b>38</b>
4.1. Diseño del estudio .....	38
4.2. Unidades de estudio.....	39

4.3. Dimensiones de estudio .....	40
4.4. Procedimiento.....	41
4.5. Análisis de la información .....	42
4.6. Temporalización y presupuesto.....	44
4.7. Consideraciones éticas .....	47
<b>5. REFLEXIONES PARA LA INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>48</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERENCIAS LEGISLATIVAS .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>65</b>
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO (entrevistas) .....	65
ANEXO 2: MODELO DE ENTREVISTA .....	66
DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ORIGINALIDAD .....	68

## **RESUMEN:**

La desprotección de la dependencia es un fenómeno que ocurre a nivel internacional cuya consecuencia principal es la atención a las personas en situación de dependencia a través de sus familiares. En España la escasa financiación, su reparto desigual en las Comunidades Autónomas y el gran entramado burocrático causa los tardíos procedimientos de reconocimiento de grado de dependencia. Por este motivo, se plantea un diseño de investigación para conocer las estrategias de afrontamiento de las familias ante los retrasos de valoración de grado de dependencia de sus familiares en el Hospital de San Rafael (Granada). La metodología de estudio se basará en el paradigma cualitativo, no experimental, exploratorio y transversal, su muestreo será intencional y se realizarán entrevistas semi-estructuradas cuyo análisis será de contenido. De esta investigación social se espera obtener conocimientos que permitan la optimización del procedimiento básico de intervención social y conocer en profundidad las limitaciones del Trabajo Social Sanitario en materia de dependencia.

**Palabras clave:** Dependencia y autonomía, Afrontamiento, Familias, Aspectos Sociales, Dinámicas Organizativas y Relacionales, y Trabajo Social Hospitalario.

**ABSTRACT:**

The dependency protection lack is a phenomenon that occurs at an international level, which the main consequence is care for people in situations of dependency through their families. In Spain, the scarce financing, its unequal distribution in the Autonomous Communities and the large bureaucratic framework cause the late recognition procedures for the degree of dependency. For this reason, a research design is proposed to know the coping families strategies in the face of delays in assessing their relatives dependency degree in the Hospital of San Rafael (Granada). The study methodology will be based on the qualitative, non-experimental, exploratory and transversal paradigm, its sampling will be intentional and semi-structured interviews will be carried out, which the analysis will be content. From this social research, it is expected to obtain knowledge that allows the social intervention basic procedure optimization and to know in depth the Social Health Work limitations in the dependency matter.

**Keywords:** Dependency and autonomy, Coping, Families, Social Aspects, Organizational and Relational Dynamics, and Hospital Social Work.

## INTRODUCCIÓN

Este diseño de investigación está motivado por el crecimiento sociodemográfico de los últimos años, de hecho la Organización de Naciones Unidas (2019) prevé que en 2050 una de cada cuatro personas en el mundo será mayor de 65 años. A pesar de que el envejecimiento no sea un factor determinante de la aparición de una dependencia, Giró (2005) afirma que la interacción entre la situación sanitaria delicada que implica la vejez y determinados factores sociales, como un estilo de vida inadecuado, podría desembocar en una situación de dependencia.

El problema de la dependencia se gestiona de diversas maneras alrededor del mundo. En países de América Latina, África y en comunidades de Indonesia el subdesarrollado sistema de la protección social ha supuesto que la familia sea la institución principal donde generalmente las mujeres cubren las necesidades de las personas en situación de dependencia (Sunkel, 2006; Comisión Económica de África, 2007 y Shröder-Butterfill y Syawila, 2014). En Europa existen varios modelos, el liberal atiende a la dependencia a través de servicios privados, el socialdemócrata presenta un sistema de protección a la dependencia consolidado gracias a los altos impuestos, el continental permite que las personas que cotizan en la Seguridad Social accedan a la atención a la dependencia y el mediterráneo espera que las familias se encarguen de la atención a la dependencia de sus familiares (De la Fuente, 2006).

El modelo mediterráneo Español posee un Sistema de la Dependencia basado en la “Ley de la Dependencia” que a través del reconocimiento de grado de dependencia distribuye recursos. Esta atención es desigual debido a diferencias presupuestarias que se destinan a los territorios de la nación y a los largos procesos de valoración de grado, siendo Andalucía una de las Comunidades Autónomas más afectada, dentro de la cual Granada es la provincia más afectada (Ramírez, García y Fuentes, 2020 y Camacho y Minguela, 2013). Según la trabajadora social del Hospital San Rafael la desprotección en la dependencia que existe en la ciudad de Granada es debido a la escasa financiación y los largos plazos de reconocimiento de grado de dependencia, lo que supone que las familias sean la principal institución encargada de la satisfacción de las necesidades de sus familiares dependientes.

Este diseño de investigación pretende estudiar las estrategias de afrontamiento de las familias ante los retrasos de valoración del grado de dependencia en sus familiares, mujeres de 80 años con un grado III, en el Hospital San Rafael. Concretamente necesitamos tener conocimientos sobre los aspectos sociales influyentes y las dinámicas relacionales y organizativas a la hora de la elaboración de esas estrategias familiares, además de sus percepciones sobre cómo se ha abordado la atención a la dependencia desde la Unidad de Trabajo Social del hospital.

Para estudiar este fenómeno se ha requerido realizar una fundamentación teórica-política para conocer el marco jurídico-político de la dependencia, las características de las personas mayores en situación de dependencia, la influencia de los aspectos sociales de las familias a la hora de elaborar estrategias de afrontamiento, el Trabajo Social ante la atención de personas mayores en situación de dependencia y la atención a personas mayores en situación de dependencia desde la Unidad de Trabajo Social del Hospital de San Rafael.

En cuanto a la metodología, se propone utilizar un paradigma cualitativo siguiendo un enfoque teórico-metodológico fenomenológico, un tipo de estudio no experimental de alcance exploratorio y de carácter transversal. El muestreo, será no probabilístico y su estrategia intencional. Las dimensiones del estudio son la influencia de los aspectos sociales en las estrategias familiares, las dinámicas relacionales y organizativas de las familias y las percepciones de las familias sobre la actuación del personal de trabajo social. El procedimiento se basará en entrevistas semi-estructuradas en las que se incorporarán la observación participante y el análisis será de contenido de los textos transcritos. Se indicará un cronograma de las actividades durante el período de tiempo de la investigación al igual que un presupuesto de los materiales que se deberán utilizar. La aplicación de las consideraciones éticas será fundamental para alcanzar la validez de esta investigación y respetar los derechos humanos. Después se reflexionará sobre las aplicaciones de los resultados de la investigación en Trabajo Social y sobre futuras líneas de investigación. Finalmente, concluiremos explicando lo que aportaría el diseño de la investigación a Trabajo Social.

## **1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **1.1 Análisis político-jurídico del fenómeno de la dependencia.**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Asamblea General de la ONU (DUDH) (2015) podría considerarse como uno de los documentos oficiales que implícitamente promueve la libertad y autonomía de las personas en situación de dependencia. De forma más concreta existe la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Asamblea General de Naciones Unidas (2006), cuyo propósito se caracteriza por la promoción, protección y preservación de los derechos humanos de las personas con discapacidad, sin embargo nos llama la atención la inexistencia de un documento oficial que reconozca los derechos de las personas en situación de dependencia.

A nivel internacional la dependencia se gestiona de diversas maneras. En América Latina los sistemas de protección se encuentran escasamente desarrollados, por este motivo la familia se convierte en la principal institución que elabora estrategias de solidaridad intergeneracional para hacer frente a las necesidades de las personas en situación de dependencia, siendo las mujeres la principal figura de cuidados (Sunkel, 2006).

Esto mismo ocurre en África en donde solo se ha creado un sistema de protección del Estado para los funcionarios públicos y el sector formal de empleados, mientras que para el resto de la sociedad las necesidades que necesitan las personas envejecidas son principalmente cubiertas por el apoyo familiar, comunitario, de cooperativas, asociaciones culturales y locales y, solo en algunos países, por programas públicos de protección social (Comisión Económica de África, 2007).

En Indonesia destacamos dos comunidades, en la primera de ellas los adultos mayores son cuidados principalmente por sus esposas para mantener la idea cultural del género cruzado y en la segunda comunidad los cuidados son abordados por personas del mismo sistema de parentesco (Shröder-butterfill y Syawila, 2014). Esto muestra como el sistema de protección de estas dos comunidades no está consolidado y no cubre a aquellas personas mayores que no tengan familia.

En la Unión Europea nos encontramos con diferentes modelos de Estado de Bienestar que de forma diferenciada gestionan la dependencia, estos modelos son los siguientes:

- El modelo liberal se caracteriza por un Estado que lucha por asegurar una competencia justa en el sistema de mercado e interviene sobre las personas que no se benefician del mercado, excluyendo a aquellas que se encuentran en esa situación por decisión propia (Navarro, 2006). Con respecto lo anterior, podríamos pensar que la atención a la dependencia se cubrirá de forma privada.
- Resumiendo a Rubio (2013), el modelo socialdemócrata garantiza una cobertura universal a través de prestaciones y servicios financiados por impuestos. En este modelo nos encontramos con una “desfamiliarización”, disminución de las diferencias económicas y un aumento en la igualdad de género (Rubio, 2013). En materia de dependencia De la Fuente (2006) expresa que no se han aprobado leyes para su “desfamiliarización” porque esta ocurre a través del apoyo de los servicios sociales sanitarios financiados por los impuestos o los seguros privados.
- Palier (2013) explica que el modelo de bienestar continental nace gracias a las reivindicaciones de los trabajadores para establecer un sistema de protección social contributivo. Siguiendo con Palier (2013) este sistema sufrió cambios por el aumento de las cotizaciones de los desempleados que afectaron al sistema sanitario y de pensiones, la privatización de sectores de la protección social, el aumento de la intervención del Estado y la incorporación de reformas en la seguridad social. En materia de dependencia De la Fuente (2006) explica que este sistema no logra una atención universal al ofrecer servicios sociales y prestaciones a las personas que cotizan en la Seguridad Social.
- Moreno (2013) afirma que el modelo mediterráneo está basado en el acceso de ciertos servicios de protección social a través del empleo y la nacionalidad, aunque ofrece un mínimo de recursos para las personas desempleadas o con trabajos precarios y temporales. Continuando con Moreno (2013) este modelo es familiarista y dirige sus ayudas principalmente a las personas mayores. En materia de dependencia De la Fuente (2006) habla de que en dependencia este

modelo considera que la familia debe de atender a las personas en situación de dependencia. Este mismo autor destaca que la figura cuidadora de la familia son las mujeres y que, si están empleadas, tienen que enfrentarse a los problemas de conciliación.

España es un país cuyo modelo de Estado de Bienestar es el mediterráneo y su sistema de sanidad se constituye por la Constitución Española de 1978 que reconoce el derecho a la protección y atención de la salud. Este derecho es regulado por la Ley 14/1986, General de Sanidad de la que destacamos su financiación pública, universal y gratuita, la atención integral de la salud y la descentralización de la política sanitaria en las Comunidades Autónomas otorgándole las competencias de la planificación sanitaria, la salud pública y la asistencia sanitaria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

En materia de dependencia en España se implementa lo que llamamos “Ley de Dependencia”, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, cuyo objetivo es fomentar la autonomía de las personas en situación de dependencia a través de la colaboración con las Administraciones Públicas y de la Administración General del Estado. Esta Ley ofrece servicios o prestaciones económicas que se otorgarán, a través de un Programa Individual de Atención elaborado por los servicios sociales, a las personas que tengan reconocido alguno de los grados de dependencia siguientes:

- El primer grado es el de dependencia moderada en el cual la persona necesita ayuda una vez al día, de forma intermitente o limitada.
- El segundo grado es el de dependencia severa en este nivel la persona requiere de apoyo algunas veces al día para diversas Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), pero no necesita ayuda de forma permanente.
- El tercer grado es la gran dependencia que es cuando una persona necesita una ayuda formal e informal continuada, todo esto debido a deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales.

Cabe destacar que los ciudadanos podrán solicitar una revisión de grado de dependencia por empeoramiento de la salud.

Estos grados se determinan como indica el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la “Ley de Dependencia”. Este decreto contiene un anexo en donde explica el Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia (BVD) el cual incorpora los criterios de valoración:

- En primer lugar se requerirán los informes sanitarios sociales y la información recogida a través de entrevistas de las personas a valorar. Si la persona posee algún déficit a la hora de comunicarse, cualquier persona que conozca bien su situación podrá participar y si la persona sufre brotes por su patología la valoración se llevará a cabo según su circunstancia.
- En segundo lugar, se concretará el grado de desempeño de las actividades, definido como la capacidad individual de realizar tareas sin ayuda, los problemas que hay cuando se ejecutan, cuáles son los apoyos requeridos, cuál es su frecuencia y donde se realizan, considerándose un desempeño adecuado cuando existe iniciativa, coherencia, orientación y control.

El desempeño puede ser positivo, si la persona puede realizar las actividades, negativo cuando requiera de apoyos o no aplicable en casos excepcionales. Este desempeño dependerá de las deficiencias que presentan las personas en situación de dependencia, si son físicas la persona presentará dificultades por patologías corporales, si son mentales la persona no realizará bien la tarea porque es incapaz de comprenderla, además pueden combinarse ambas.

Para valorar el desempeño se necesitará conocer el tipo de apoyo, siendo la supervisión, si la persona requiere de indicaciones verbales o gestuales, ayuda física parcial o completa, la sustitución máxima cuando la persona no puede realizar las tareas y el apoyo especial para personas en situaciones excepcionales de salud.

- En tercer lugar la determinación del grado se indica teniendo en cuenta los valores de escala de la Ley: de 25 a 39 puntos es Grado I nivel 1, de 40 a 49

puntos es grado I nivel 2, de 50 a 64 puntos es grado II nivel 1, de 65 a 74 puntos es Grado II nivel 2, de 75 a 89 puntos es Grado III nivel 1 y de 90 a 100 es Grado III nivel 2.

Recuperando el estudio que nos ofrece Rodríguez (2018), este afirma que aunque el Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia (BVD) pretende ser objetivo, lo cierto es que la persona en situación de dependencia termina siendo evaluada por la subjetividad del evaluador, de hecho no parece existir un consenso entre los organismos en determinar la manera de valorar. García y Ruíz (2017) nos indican la existencia de esta valoración desigual en las comunidades autónomas, así como de otorgar los servicios y prestaciones indicados a continuación.

La Ley de la Dependencia, ante esta situación sanitaria irreversible, ofrece los siguientes servicios:

- El Servicio de Teleasistencia que permite una respuesta sanitaria de emergencia a través de las tecnologías de la comunicación y los recursos personales. Es compatible con el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).
- El Servicio de Ayuda a domicilio (SAD), se trata de profesionales de los cuidados personales y del hogar que acuden a los domicilios de las personas en situación de dependencia.
- El Servicio de Centro de Día para mayores y de Noche pretende incrementar o conservar la autonomía de las personas en situación de dependencia a través de profesionales con un enfoque biopsicosocial. Estos centros pueden ser para menores de 65 años, mayores o de atención especializada.
- El Servicio de Atención Residencial, público o concertado ofrecerá servicios permanentes o temporales desde una perspectiva biopsicosocial a personas en situación de dependencia según el grado, el tipo y la intensidad de cuidados que requieran. Pueden ser la residencia para personas mayores y el centro de atención para las personas en situación de dependencia y de discapacidad.

Esta Ley también ofrece una prestación económica dirigida a los cuidadores informales de la unidad familiar siendo compatible con el SAD y los centros de día y noche.

Martínez (2014) en su estudio concluye que los recortes que están presentes en el sistema afectan a las personas en situación de dependencia y a los cuidadores, de hecho esta afirmación concuerda con la investigación sobre el impacto de la crisis en la protección a la dependencia de Gómez y Barbadillo (2013) quienes añaden que las transformaciones que ha sufrido la “Ley de la Dependencia” podría provocar una atención residual.

Esta falta de financiación junto a un entramado procedimiento burocrático causa largas listas de espera de valoración de grado que en 2019 eran de 266.000 personas solicitantes cuyos plazos de tramitación son 18 meses o más en algunas Comunidades Autónomas, lo que ha desembocado en 31.000 fallecimientos en el año 2019 de personas que no han sido valoradas de grado de dependencia (Ramírez, García y Fuentes, 2020).

Desde un punto de vista económico Muñoz (2015) explica que la “Ley de Dependencia” nacional distribuye las prestaciones económicas teniendo en cuenta el mercado y la familia creando desigualdades dentro del colectivo, ya que por un lado las familias que no pueden pagar los recursos privados a largo plazo causará que sus familiares reciban una atención discontinua y por otro lado, los recursos que se ofertan mantienen el modelo familiarista al apoyar el rol institucional de cuidados de las familias, fomentar el la realización de las tareas reproductivas de las mujeres de la familia o de las mujeres inmigrantes en condiciones precarias.

Respecto a la familia, Krüger y Jiménez (2013) hablan de que en España podría existir dos tipos de familiarismo:

- En primer lugar el soportado, basado en la economización del sistema por la existencia de los cuidados familiares, siendo los cuidadores informales y de baja cualificación.
- En segundo lugar el familiarismo opcional es más probable que se desarrolle en las comunidades autónomas cuya infraestructura de servicios esté más consolidada ya que permite profesionalizar el sistema de los cuidados.

En cuanto a la incorporación de una perspectiva feminista, tras un análisis de esta Ley, Hernando (2006) reivindica la incorporación de medidas en torno a la actividad de

cuidados no remunerada que realizan las mujeres, además critica el valorar al sistema de protección de la dependencia como el cuarto pilar del Estado de Bienestar español cuando las medidas que proponen no responden a las necesidades de las personas en situación dependencia.

Las comunidades autónomas, poseen competencias en torno a la “Ley de Dependencia”, esto ha creado desigualdades en la valoración del grado de dependencia y en la concesión de los recursos. Villa (2016) indica que como las estructuras de las prestaciones son diferentes al igual que el coste medio por beneficiario, las comunidades autónomas deciden a que ayudas destinar el dinero y los trámites de concesión.

Centrándonos en Andalucía, esta es una comunidad autónoma con un gran número de personas en situación de dependencia, sin embargo el presupuesto destinado para cubrir la dependencia se encuentra por debajo de la media española, lo que causa un bajo número de beneficiarios (Villa, 2016). El Informe del XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia redactado por Ramírez, García y Fuentes (2020) considera a Andalucía como una de las comunidades donde la gestión de la dependencia es preocupante ya que el incremento de atendidos es insuficiente para mejorar las listas de espera de valoración de dependencia. En esta comunidad autónoma hay 73.871 personas en la lista de espera un número que podría haber sido más bajo si Andalucía no hubiera dejado de percibir del Estado 103,4 millones de euros (Ramírez, García y Fuentes, 2020).

A pesar de la escasez de presupuesto de esta comunidad autónoma, esta invierte en teleasistencia y SAD en vez de en prestaciones para cuidados familiares (Villa, 2016). Por último, Andalucía ha integrado en su Plan de apoyo familiar, el Programa de estancia diurna y el programa de respiro familiar que pretenden proporcionar mecanismos de ayuda para el cuidado de familiares en situación de dependencia o de discapacidad (Pérez, 2011). Estos programas luchan por el acceso de las personas mayores a una calidad de vida digna, la no discriminación y autonomía de las personas en situación de discapacidad (Pérez, 2011).

Acercándonos a una de las provincias Andaluzas, Granada, en el estudio de Camacho y Minguela (2013) podemos ver que es la provincia de la comunidad autónoma andaluza que muestra un déficit de atención potencial mucho más alto que el resto. Estos datos

podrían explicar la situación actual de esta provincia, en donde, según la trabajadora social del Hospital San Rafael apreciamos un atraso de reconocimiento de grado por Ley de Dependencia, problemática que sigue vigente desde el estallido de la crisis en 2008, por ello desde el Colegio de Trabajo Social se está recogiendo firmas para presionar a los organismos superiores que realizan los trámites de resolución de grado de dependencia.

Finalmente, el Informe del XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia redactado por Ramírez, García y Fuentes (2020) indica que el 42% de las personas desatendidas en España poseen un grado III o II de dependencia. Este dato nos ha motivado a realizar un diseño de investigación social basada en conocer las estrategias de afrontamiento de las familias de personas mayores con un grado III de dependencia. El tercer grado de dependencia supone numerosos recursos para cubrir las necesidades de estas personas y si a esto le sumamos el conocimiento de que los recursos andaluces y nacionales no son suficientes debido a la escasez presupuestaria, las familias son el principal recurso para estas personas.

## **1.2 Conceptualización del fenómeno de la dependencia: Características de las personas mayores en situación de dependencia.**

La ONU (2019) pone de manifiesto el crecimiento de la población mundial estimando que en el año 2050 una de cada cuatro personas pertenecerá al grupo de personas mayores de 65 años de edad, este hecho ya lo contemplaba Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2005) cuando expresaba que a pesar de que la dependencia se presenta en poblaciones pertenecientes a todas las etapas vitales, el incremento de la población envejecida ha aumentado el porcentaje de personas en situación de dependencia, y es que como indica Giró (2005) el envejecimiento se asocia con una situación sanitaria delicada que sumada a la incorporación de estilos de vida inadecuados y la interacción de determinados factores, podría desembocar en la dependencia.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020) indica que el porcentaje de personas en situación de dependencia mayor de 64 años en España es de casi el 30% (29,93%), destacando la comunidad autónoma de Andalucía cuyo porcentaje de población con esta condición sanitaria es del 26,05%.

Todos estos datos comienzan a adquirir relevancia cuando la gran extensión sociodemográfica de la dependencia afecta a diversos ámbitos de la vida social y su importancia radica en la necesidad de su máxima comprensión para intervenir correctamente.

La Organización Mundial de la Salud (1946) publica lo que sería la definición universal de la salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.100). Este significado de la salud hace referencia a un estado de no enfermedad y a una situación en la que interactúan el aspecto biológico, físico y social de las personas. Es tal su importancia que desde 1946 no se ha modificado dicha definición.

Una vez sabido que significa “salud”, nos podemos acercar a la definición de dependencia de adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa (1998):

La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria (p.2).

A partir de esto se toma en consideración la dependencia en España, destacando la definición que ofrece “La Ley de Dependencia” que hace referencia a esta como:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (p.9).

Esta Ley considera que la dependencia se trata de una condición irreversible debido a la edad, la enfermedad o la discapacidad, sin embargo Bleda (2005) nos explica que la salud de las personas también puede verse afectada por la interacción entre la salud y los determinantes sociales siendo estos la clase social, el género, la etnia y el contexto. Krieger (2002) considera también a los sistemas económicos, políticos y jurídicos históricos (Apuntes de la asignatura de Trabajo Social en Salud Gijón, 2019).

Los organismos sanitarios pretenden actuar sobre ellos promoviendo la salud de las personas, como vemos en la OMS (2005) que a través de la Comisión sobre determinantes de la salud pretende recoger datos científicos para alcanzar la equidad sanitaria, y es que Puyol (2011) afirma que los determinantes sociales de la salud podrían explicar las inequidades sanitarias, siendo estas según Whitehead (2000) las disparidades de la situación de salud de las poblaciones (Apuntes de la asignatura de Trabajo Social en Salud Gijón, 2019).

Continuando con el concepto de dependencia, Querejeta (2004) considera que la discapacidad se trata de una característica unida a la dependencia, y que el agravamiento severo de la discapacidad, siempre desembocaría en una situación de dependencia, sin embargo se puede tener dependencia sin haber tenido previamente discapacidad.

Esta idea nos plantea la necesidad de conocer qué es la discapacidad y para ello, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS (2001) la define como un concepto que refiere a un conjunto de deficiencias, restricciones de la actividad y limitaciones a la participación como consecuencia de la interacción entre las personas con una enfermedad y los factores personales (edad, sexo, género, etnia, etc.) y ambientales (el entorno social, ubicación geográfica, etc.), siendo elementos que determinan la dificultad de la realización de actividades. La discapacidad se clasifica, al igual que la dependencia, en grados como podemos ver en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

Como podemos ver, esta definición no deja claro las diferencias que existen entre los términos de discapacidad, deficiencia y minusvalía. La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) de la OMS (1980) por un lado entiende como deficiencia al conjunto de problemas que presentan los órganos por una situación de salud y por otro lado considera a la minusvalía como la restricción de la participación por parte de la sociedad que sufren las personas con alguna particularidad sanitaria.

Volviendo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS (2001), existen varias deficiencias asociadas a los tipos de discapacidad, la física si la persona sufre daños en el organismo locomotor, la mental si

los daños son cerebrales y la sensorial que abarca problemas de audición, visión y comunicación, cabe destacar que las personas pueden presentar varias deficiencias.

En materia de dependencia y discapacidad es fundamental entender las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), definidas por Rico y Jiménez (2001) como la capacidad que tienen las personas de poner en marcha un conjunto de habilidades de autocuidado. El Instituto Nacional de Estadística (2000) considera las siguientes capacidades como ABVD:

Realizar cambios de las posiciones del cuerpo; levantarse, acostarse; desplazarse dentro del hogar; deambular sin medio de transporte; asearse; controlar las necesidades; vestirse; comer y beber; cuidarse de las compras, de las comidas, de la limpieza y planchado de la ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa y del bienestar de los miembros de la familia (p.21)

Rico y Jiménez (2001) también nos hablan de las Actividades Instrumentales, es decir, las actividades que se realizan de una forma más compleja, estas junto con las ABVD permiten determinar los grados de la dependencia y de discapacidad.

Los grados de discapacidad y de dependencia no sólo otorgan a las personas ventajas, permite que los profesionales y las profesionales adecuen las herramientas y técnicas correspondientes al caso.

Existen modelos ideológicos que rigen la forma de entender la dependencia y discapacidad redactados a continuación:

- El modelo biomédico hegemónico divide a la población en enfermos y sanos, corrigiendo con la práctica médica los errores del mecanismo humano (Baeta, 2015). Este modelo excluye los determinantes sociales de la salud y fomenta una discriminación hacia aquellas personas “defectuosas”.

Un ejemplo de la aplicación de este modelo es en la Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM) de la OMS (1980), cuando a la hora de definir deficiencia y discapacidad se habla de “anormalidad”.

Las críticas que recibió este modelo supuso la necesidad de la OMS (2001) de incluir en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad

y de la Salud (CIF) que la discapacidad es multidimensional y el resultado de la interacción de factores, naciendo así el modelo biopsicosocial (Seoane, 2011).

- El modelo social que propone Oliver (2009) se focaliza en que la discapacidad es una construcción social, por lo tanto si se incide en ese entorno social a través de políticas públicas sociales, se podrá lograr la participación de estas en la sociedad.

A partir de este modelo aparece el Movimiento de Vida Independiente (MVI) que pretende evitar la institucionalización de las personas con discapacidad, incorporarlas al mercado laboral, tener en cuenta la transversalidad y la heterogeneidad de las personas con discapacidad y por último luchar por el respeto a la autodeterminación de estas (Gómez, 2016).

- El modelo de la diversidad comparte características con el modelo anterior y sustituye el término de discapacidad por diversidad funcional reconociendo la diversidad de funcionamiento de los organismos de los seres humanos y plantea una situación que reconozca la dignidad y garantice la igualdad de oportunidades de este colectivo (Romanach, 2010).

Los modelos anteriores se basan en la discapacidad, sin embargo como explican Iáñez y Lobato (2006) las personas en situación de dependencia pueden desempeñar su autonomía a partir del asistente personal, una figura que se encarga de cubrir las necesidades básicas y de ocio de estas personas. Siguiendo con el mismo autor este recurso no es contemplado por el Estado de Bienestar español familiarista.

Proponemos que este Trabajo de Fin de Grado se base en un modelo biopsicosocial y de la diversidad, de tal forma que tenga en cuenta que los factores sociales y de la salud pueden causar una determinada situación sanitaria, pero que la misma no se perciba desde una cultura patológica.

El fenómeno de la dependencia ha aumentado debido a las situaciones frágiles de salud ligadas al envejecimiento y a los incorrectos hábitos de vida. Los datos más actuales indican que en 2019 existen en España 1.385.037 personas con la dependencia reconocida y 159.193 de personas esperando la valoración (Ramírez, García y Fuentes,

2020). En cuanto a edad manifiestan que del total de personas en situación de dependencia el 72,6% son mayores de 65 años y en cuanto a sexo indican que del total de personas en situación de dependencia el 65% son mujeres y el 35% son hombres.

Según el estudio de las necesidades de las personas mayores en situación de dependencia de Otero, Maseda y Calenti (2008), las personas en situación de dependencia creen que el aumento de sus pensiones sería lo más eficaz para responder a sus necesidades y la compra de protésicos, ayudas técnicas, cuidados informales a domicilio. Si tenemos en cuenta la aportación del informe de Abellán, Aceituno, Pérez, Ramiro, Ayala y Pujol (2019) sobre las pensiones veremos que en 2018 la pensión media de la Seguridad Social es de 945 euros, siendo insuficiente para cubrir las necesidades básicas y los recursos residenciales, centros de día o ayuda a domicilio de forma privada hasta el reconocimiento de grado de la “Ley de la Dependencia”.

Incorporando la perspectiva de género, en Abellán et al. (2019) podemos comprobar que existe una mayor proporción de mujeres mayores que de hombres, sin embargo su salud es de peor calidad, y estas continúan como figuras cuidadoras de sus parejas. Díaz (2007) indica que el género para las mujeres ha supuesto la realización de tareas reproductivas, esto supone que la economía de estas en la etapa de la vejez se reduzca a las prestaciones no contributivas. En cuanto a las desigualdades de género Esteve (2016) añade que existe una dependencia feminizada a partir de los 65 años, que aumenta la soledad de estas debido a la viudez y que a pesar de que algunas tengan un mayor economía para cubrir los cuidados la autora deja claro que las mujeres no tienen las mismas oportunidades que los hombres para desarrollarse personal y profesionalmente.

Continuando con esto, añadimos con Arnau (2005) la existencia de una estigmatización social hacia las mujeres en situación de dependencia y discapacidad por el hecho de no poder cumplir con los roles de género impuestos en la sociedad.

Por último, Soler, Teixeira y Jaime (2008) afirman que la “Ley de la Dependencia” se basa en un modelo médico-rehabilitador, no incluye una parte de mujeres con diversidad funcional y sólo habla de ellas para referirse a los cuidados que realizan.

### **1.3 La influencia de los aspectos sociales en las estrategias de afrontamiento familiar ante personas mayores en situación de dependencia.**

Morandé (1999) explica que la familia es un conjunto de sistemas de parentesco organizados donde las personas se construyen, aprenden y satisfacen sus necesidades, de hecho su impacto es igual de significativo para aquellas personas con experiencias traumáticas familiares. Según este mismo autor la familia se asocia a los cuidados por lo tanto gracias a ella la sociedad se cuida y la familia se convierte en una institución incluida en la ley.

González (2016) expone que en el siglo XXI la familia sufre transformaciones sociales y culturales como la aparición de nuevas estructuras familiares, la reducción de su protagonismo en la educación y la economía y el que no necesariamente implique la reproducción a causa del desarrollo científico. Este hecho dificulta la búsqueda de un concepto de familia que incluya su diversidad ya que tradicionalmente ha sido definido desde el modelo de familia nuclear.

La familia nuclear es entendida por Rodríguez (2011) como la relación afectiva entre dos personas de diferentes sexos que pueden concebir descendencia. Siguiendo con este autor, en la modernidad era una institución autosuficiente a través del reparto de tareas, asociándose las tareas reproductivas a las mujeres y las actividades productivas a los hombres. En la actualidad el Estado de Bienestar incluye en sus políticas públicas ayudas para cubrir ciertas necesidades familiares (Rodríguez, 2011).

Más tarde comienza a aceptarse en la sociedad nuevas organizaciones familiares (Flaquer, 1999), expuestas a continuación:

- Las familias homoparentales son aquellas conformadas por parejas homosexuales. Este tipo de familia abrió en España un debate en torno al matrimonio y la adopción por parte de estos (González y Sánchez, 2003). Actualmente la Ley 23/2018, de 29 de noviembre, de igualdad de las personas LGTBI promueve los derechos humanos del colectivo LGTBI e incluye el reconocimiento de la diversidad familiar y la unión de personas homosexuales de hecho o derecho.
- Las familias monoparentales se forman por un progenitor y su descendencia debido a circunstancias de viudedad, reproducción fuera del seno matrimonial y

las separaciones conyugales. En la actualidad, según Fernández y Tobío (1998), se ha añadido la figura de madre que desea serlo sin una pareja. Estadísticamente existen más mujeres pertenecientes a este tipo de familia, por esto Morgado, González y Jiménez (2003) hablan sobre las “familias monomarentales” siendo un factor de riesgo de pobreza o exclusión social.

- La familia extensa, es el resto de familiares que no forman parte de la familia nuclear, esta se presenta para poder afrontar circunstancias, como ante las crisis económicas y ante los cuidados de menores de madres solteras y de familiares de la tercera edad (Puyana, 2004). Además como vemos en Montserrat (2006), en casos de acogida de menores esta familia puede ser ideal.
- Las familias interculturales se forman por una pareja que parten de contextos de diferente cultura o religión, por ello la descendencia aprende ambos valores (Moscato, 2012). Esta pareja puede recibir una atención limitada de los servicios sociales (Moscato, 2012).
- Por último, la familia unipersonal, conformada por personas que viven solas y llevan a cabo las funciones productivas y reproductivas, lo que no quiere decir que estas personas no mantengan vínculos afectivos (Uribe, 2010).

Antes de continuar, aclararé que este diseño de investigación entrevistará principalmente a las hijas de las mujeres mayores con dependencia pertenecientes a la tipología de familia nuclear ya que es más común trabajar con esta tipología de familias en el Hospital San Rafael.

Como hemos visto, la familia es una institución diversa que posee aspectos que pueden llegar a ser relevantes a la hora de elaborar estrategias ante los obstáculos de la vida, esto nos muestra la necesidad de conocer los aspectos más definitorios de los individuos e individuos, siendo la clase social, la etnia y el género (Apuntes de la asignatura de Trabajo Social con Personas Inmigrantes Gijón, 2019).

En cuanto a la clase social Bourdieu (2001) propone que debemos de percibir una distribución de recursos diferencial que va a dar poder a sus poseedores, siendo estos “poderes” el capital económico, cultural o informacional, social (conexiones y

pertenencia grupal como la sexual) y simbólico (la forma que adoptan los tipos de capital) de esta forma las personas con características similares se definirán en un grupo del sistema multidimensional diferenciándose del resto.

Si las clases sociales se construyen en base a una distribución diferencial de recursos estamos hablando de desigualdades, ya que quien tiene más acceso al capital económico, cultural o informacional, social y simbólico posee mayores oportunidades que el resto y por lo tanto, las personas son protagonistas de su propio bienestar social idea que menciona Jelin (2014) sobre el papel de la individualización del sistema capitalista. Aunque pueda llegar a ser así, el grado de esta individualización dependerá del modelo de bienestar social de cada contexto, de tal forma que un país que siga un modelo de bienestar más consolidado desplegará más políticas públicas de protección social.

El capital social en las familias supone según Bernal (s.f) un intercambio de bienes y servicios que se encuentra en un marco de vínculos afectivos en vez de relaciones de mercado, por tanto las ausencias o presencias de los familiares van a determinar el éxito o el fracaso de la descendencia en cualquier ámbito de la vida social, como el educativo. Los apoyos ante los obstáculos de la vida que ofrece la comunidad cultural a la que pertenece la familia se van a considerar fortalecedores así como la integración y adaptación de esta con grupos ajenos (Walker, 2001 y Delgado- Gaitán, 1992). Esto nos lleva a pensar en la necesidad de que los aspectos familiares se deban afrontar desde la implementación de políticas públicas y la participación comunitaria, alejándonos así del individualismo (Bogenscheiner, 2001). Todo esto nos indicaría que en materia de dependencia las familias podrían elaborar estrategias a partir de las redes sociales internas y externas y de las políticas públicas que se implementen en los Estados de Bienestar.

La familia económicamente hablando se considera una institución que para poder subsistir requiere de unos ingresos económicos para cubrir gastos. En ella nos encontramos con dos categorías determinadas por las etapas vitales de los familiares, los generadores de esos ingresos y los sujetos que consumen esos ingresos (Becker, s.f. citado por Miró, s.f.). La satisfacción de algunas necesidades pueden ser cubiertas por políticas públicas.

En nuestro caso más concreto las familias de personas en situación de dependencia pueden elaborar sus estrategias apoyándose en recursos que ofrece el Estado español, algo positivo ya que como dice la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia (EDAD) del INE (2008) se afirma el hecho de que del 80% de las personas con discapacidad que reciben ayudas por parte del Estado no han desarrollado una situación de dependencia. Actualmente la “Ley de Dependencia” está otorgando de forma atrasada los recursos a las personas en situación de dependencia lo que supone una mayor implicación por parte de las familias.

Bourdieu (1997) habla de capital informacional para referirse al conocimiento de ciencias, arte, valores, habilidades e ideas. Este se divide en los bienes, es decir, aquellos instrumentos que nos permiten tener acceso a información y en los instrumentos que acreditan la supuesta adquisición de conocimientos de las personas y legitiman la capacidad de poner en práctica la teoría (Bourdieu, 1997).

En cuanto a la familia, según el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE) (2010) las que pertenezcan a la clase baja no poseerán tanto capital cultural que una familia de clase alta con más recursos. Aplicando esta información en nuestro proyecto podríamos pensar que dependiendo de la clase, las familias pueden presentar dificultades a la hora de acceder a los recursos informativos en torno a las ayudas para la dependencia que ofrece el Estado.

Con respecto a la etnia, el análisis de Pohl (2003) concluye en que la etnia no es un fenómeno objetivo, por lo que no sería correcto atribuir determinadas acciones, objetos, expresiones, símbolos o culturas arqueológicas a una etnia, ni tampoco sería correcto elaborar tipologías de etnias. Este análisis nos lleva a entender a la etnia a través de la “identidad” como dice Gómez (1998), es decir, con qué características (culturales, populares, nacionales, genéticas etc.) se perciben las personas. Esto coincide con Alberti (1999), quién añade, por un lado, que esta identidad se construye a través de los procesos de socialización y es la que determina cómo las personas van a establecer relaciones en su medio y, por otro lado, que la etnia conforma al género en un marco temporal, histórico y espacial.

Sin embargo como bien indica Franzé (2007) podríamos considerar que existen minorías étnicas que por considerarse diferentes, porque no todas las etnias diferentes se

encuentran en una posición subordinada, no pueden acceder a los mismos recursos que el grupo étnico dominante. En el Hospital San Rafael la mayoría de familias pertenecen a etnias no subordinadas, por ello nos centraremos en familias del grupo étnico dominante.

El género, se ha referido tradicionalmente a la diferencia natural que existe entre los sexos, esta afirmación se ha desarrollado, hablándose de género en un sentido más cultural, como una serie de costumbres, creencias, imágenes y mandatos sociales asignados de forma diferenciada a hombres y a mujeres debido a su sexo (Lamas, 2000). Actualmente los estudios transfeministas o queer han cuestionado la percepción del sexo como algo meramente biológico, esto se ha explicado por diversas aportaciones como la de Preciado (2011) que indica que existen casos de personas con diferencias en la estructura de los genitales, que habitualmente son transformadas a unos genitales categorizados como masculinos o femeninos, por ello se comienza a tener una concepción cultural del sexo. Esta última idea de los estudios queer rompe con la idea de que el género pueda basarse en las diferencias sexuales de las personas, ya que acepta la variabilidad de identidades sexuales y de género.

Para finalizar desearía indicar que el género puede ser una posición ideológica política como lucha social, una teoría que surge del debate, y el género como un hecho (Guerra, 2015).

Anteriormente hemos comprendido que en el modelo de Estado de Bienestar la unidad familiar es la encargada de los cuidados hacia las personas en situación de dependencia. Pérez y Yanguas (1998) afirman que en un 80% de los casos las mujeres de la familia son las que cubren estos cuidados informales. Si además consideramos que en los últimos años las mujeres se han incorporado al mundo laboral, los problemas de conciliación familiar que sufren las mujeres son tangibles (Scola, 2012).

Una vez expuesto lo anterior queremos destacar que cuando hablemos de los cuidados de las familias, estaremos hablando principalmente de las mujeres de la familia.

Centrándonos en esos cuidados familiares, la nueva situación de dependencia de un familiar, según Rodríguez (2013) supone un momento de crisis familiar, puesto que se deben de restablecer los roles en ella y es frecuente que aumenten las tensiones lo que

afecta la salud de los familiares. Estos conflictos familiares deben de solucionarse para evitar el empeoramiento de salud de la unidad familiar, reducir los costes sanitarios e incrementar la independencia de estas familias. Para solucionar esto los profesionales deberán de actuar a través de la mediación familiar, definida esta por la Directiva 2008/52/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2008, sobre ciertos aspectos de la mediación en asuntos civiles y mercantiles, como un procedimiento donde se pretende que dos o más partes lleguen a un acuerdo para resolver su litigio con ayuda de un mediador.

Para afrontar esta nueva situación es habitual que la organización familiar de cuidados se base en un intercambio de ayuda familiar hacia las personas en situación de dependencia, tratándose de la teoría de la solidaridad intergeneracional (Bazo, 2008). Las familias que han aplicado esta estrategia muestran preferencias contradictorias entre las personas mayores y la descendencia, de hecho las primeras prefieren ser más independientes y acudir a una ayuda institucional, siendo lo más ideal un equilibrio entre los cuidados formales e informales (Bazo, 2008). Esta idea choca con lo presenciado en el Hospital San Rafael y es que la mayoría de los pacientes deseaban el alta domiciliaria.

El equilibrio entre los cuidados formales e informales se dificulta por las medidas que existen en los servicios de salud y los servicios sociales españoles en los que se organizan intervenciones que mantienen el rol de la figura cuidadora, y es que aunque actualmente la “Ley de la Dependencia” ofrece apoyos a esta figura, la familia resulta un apoyo imprescindible para las personas en situación de dependencia para atender sus necesidades básicas y lúdicas (Iáñez y Lobato, 2006 y Canga, Vivar y Naval, 2011). Esto nos lleva a valorar la salud de estas y la de sus familias, para ello los profesionales de la salud son los encargados de mejorar la atención a esta parte de la población para que disminuya los costes sanitarios y aumente la autonomía de las familias (Canga, Vivar y Naval, 2011).

#### **1.4 El Trabajo Social Sanitario en la atención a personas mayores en situación de dependencia y sus familias.**

El trabajo social sanitario nace en Estados Unidos gracias a la pionera Garnet Isabel Pelton introducida por el Dr. Cabot en un hospital de Massachussets para encargarse de

las problemáticas sociales, desgraciadamente poco después fallece tras sufrir una tuberculosis y es sustituida por Ida M. Cannon quién creo nuevas plazas para trabajo social sanitario (Colom, 2010). A partir de ese momento es cuando el trabajo social sanitario comienza a desarrollarse, expandirse a otros países y a continuar luchando por su reconocimiento profesional y social.

Ahora bien, ¿Qué es el trabajo social sanitario?, pues según los apuntes de la asignatura de Trabajo Social en Salud de Gijón (2019) el trabajo social sanitario es definido por la Agència Valenciana de Salut (2012), como:

El trabajador social sanitario es el profesional del equipo multidisciplinar que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planificación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y gestión de recursos sociales y/o sanitarios, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones sanitarias (pg 14).

Colom (2011) nos explica que el Trabajo Social Sanitario posee dos planos de actuación:

- El plano organizativo basado en el estudio de las características del centro sanitario en el que se trabaja y del Plan Estratégico vigente, además adecuará los servicios según el medio y los principios de agilidad, eficacia, eficiencia y proximidad.
- El plano asistencial se trata de las fases del procedimiento básico del trabajo social sanitario. En primer lugar sitúa en el centro al diagnóstico, es decir, las conclusiones a las que se llega a través de una recogida de información previa, en segundo lugar se reflexiona sobre el plan de actuación más adecuado y en tercer lugar se lleva a cabo la ejecución.

Esta misma autora habla de que se requiere priorizar aquellos casos con mayor riesgo social en función de los recursos disponibles.

Las tareas de los y las profesionales del trabajo social sanitario dependen del establecimiento en el que ejerzan. En Atención Primaria algunas de las funciones son conocer los recursos del área de salud, fomentar la participación de la población y continuar formándose en materia sanitaria (Castillo y Abad, 1993). Las funciones en los hospitales, según Mondragón y Trigueros (1999), son atender directamente a los enfermos y familias, realizar acciones sobre el centro sanitario y sobre la comunidad, investigar y continuar formándose en materia sanitaria (Apuntes de la asignatura de Trabajo Social en Salud Gijón, 2019). En Trabajo Social en salud mental las funciones que se realizan son la atención directa, la función preventiva, de promoción y de coordinación (Garcés, 2010).

Estas funciones deberían de estar regidas por las leyes sanitarias españolas, sin embargo según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, el trabajo social sanitario no se reconoce debido a que no existe una especialización académica ni un colegio oficial de trabajo social sanitario.

Más tarde la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, contempla la necesidad de desarrollar las prestaciones del trabajo social sanitario, incorporando el trabajo social en prevención y atención sociosanitaria, la cual dependerá de las Comunidades Autónomas. Colom (2010), con respecto a esta ley, indica que debería de aplicarse en la profesión de trabajo social el catálogo de prestaciones y la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, aunque la ley no lo obligue, para plantear adecuadas actuaciones.

Como este Trabajo de Fin de Grado se va a desarrollar en la Comunidad Autónoma de Andalucía sería importante conocer como es el trabajo social sanitario en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA).

En El Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social (2017) se puede ver como en la atención hospitalaria no existe una normativa ni una cartera de servicios específica.

En atención primaria ocurre lo contrario, el Real Decreto 197/2007, de 3 de julio por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de Salud en el Servicio Andaluz de Salud aprueba la Cartera de Servicios de Atención Primaria Andaluza.

Por último en cuanto a salud mental el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud reconoce la presencia del trabajo social sanitario en cada uno de los niveles de atención.

La falta de reconocimiento por parte de las leyes anteriores sumado al modelo biomédico hegemónico de nuestro sistema sanitario dificulta la labor del trabajo social sanitario debido a la necesidad de la coordinación real entre el personal sanitario y social. De esto mismo habla Gijón y Colom (2016) cuando expresan la necesidad de establecer una “relación transdisciplinar” para compartir conocimientos, prácticas, y dar una respuesta interdisciplinar a través del entendimiento de la salud desde una perspectiva multidisciplinar.

Centrándonos en los hospitales, una de las funciones más importantes del Trabajo Social es la planificación del alta, sin embargo como indica Colom (2013) este proceso también ocurre en atención primaria permitiendo que los profesionales se adelanten a los problemas biopsicosociales y que los y las pacientes puedan continuar con su tratamiento.

El programa de alta hospitalaria se inicia una vez que la persona ingresa y requiere de la coordinación de procesos de atención especializada, sociosanitaria, primaria y de servicios sociales (Colom, 2013). Por ello es fundamental el equipo multidisciplinar, formado por personal sanitario y de trabajo social, coordinado internamente y externamente durante el proceso, puesto que si no fuese así, desembocaría en el fracaso del programa, y en un futuro reingreso.

Según la trabajadora social del Hospital San Rafael, generalmente este proceso de intervención con personas mayores debe de comenzar con una fase de acogida y recogida de información a través de la Historia Social y Clínica y de entrevistas a la o el paciente y al personal médico. Tras esto se determina un diagnóstico y se elabora un Plan Individual de Atención que va a permitir un plan de actuación adaptado y la elección del recurso más adecuado que oferte la “Ley de la Dependencia” (Castilla y Virués, 2010). Después de la ejecución se evaluará nuestra intervención y si es necesario se realizará un seguimiento. El procedimiento de intervención debe de ser el mismo para todos los centros hospitalarios pero podrá organizarse de diferente forma a

través de diversas estrategias, herramientas y recursos. Este proceso va a permitir evitar el reingreso innecesario y mejorar la situación de los y las pacientes y familiares (Garcés, 2013).

A la hora de intervenir los trabajadores sociales hospitalarios y las trabajadoras sociales hospitalarias deben de considerar los protocolos que, según Fernández, Fuster, Illa, López (2012), son unos criterios comunes de procesos de intervención hospitalaria ante determinadas problemáticas, los protocolos que indican son, el protocolo básico de intervención y el protocolo específico ante diferentes problemáticas sociales.

La planificación del alta hospitalaria en materia de dependencia requiere que el personal de Trabajo Social se encargue de informar sobre la dependencia, su tramitación, sus beneficios e indicar otro tipo de trámites útiles (Fuentes, Muyor y Galindo, 2010, citado de Villalobos, 2008). Zafra y Monrós (2012) explican que la figura profesional del Trabajo Social Sanitario atiende por un lado desde un plano individual y familiar para resolver los desajustes socio-familiares que han aparecido por la pérdida de salud y por otro lado desde una perspectiva integral en el procedimiento de intervención.

El proceso de intervención social debe de garantizar los derechos de las personas en situación de dependencia. En la fase de acogida el profesional o la profesional se debe de presentar correctamente, aplicar la escucha activa y plantear preguntas adecuadas (Muyor, Cuenca y Segura, 2018). A la hora de responder a las problemáticas la unidad de trabajo social deberá de dialogar con la persona para encontrar las soluciones más adecuadas, respetando las decisiones de la misma, observándola desde una perspectiva holística y teniendo en cuenta sus potencialidades (Muyor, Cuenca y Segura, 2018). En definitiva se trata de poner en práctica los principios de la profesión de trabajo social.

### **1.5 El caso del Hospital San Rafael (Granada) ante el fenómeno de la dependencia: La intervención con familias de personas mayores en situación de dependencia desde la unidad de Trabajo Social Hospitalario.**

El origen del Hospital Universitario San Rafael (2007) se debe a la alta demanda de las personas pobres y enfermas y al poco espacio que disponían los hospitales de la calle Lucena y de la Cuesta de los Gómez.

Este hospital se inauguró en 1552 y se constituyó en él la Orden Hospitalaria en la que se educaban a los hermanos seguidores de San Juan de Dios, sin embargo en 1835 a

causa de la exclaustración esta Orden tuvo que dejar la institución a manos de la Administración Pública, de la cual sigue dependiendo en la actualidad (Hospital Universitario San Rafael, 2007). Más tarde en 1877 los religiosos recuperaron la Basílica de San Juan de Dios y construyeron un centro de atención a niños huérfanos, que posteriormente fue dedicado a tratar con niños con secuelas de la poliomielitis hasta 1980 cuando la Orden llevó a cabo un estudio sociológico con el objetivo de conocer las principales necesidades sociales y médicas de la población (Hospital Universitario San Rafael, 2007).

Finalmente las necesidades asistenciales eran las más demandadas en esta época debido al incremento de enfermos crónicos por la mayor esperanza de vida, por esta misma razón en 1984 se reconstruyó el Hospital de nuevo y se inauguró en 1996 con la intención de tratar a enfermos de patologías médico clínicas, específicamente geriátricas (Hospital Universitario San Rafael, 2007). Actualmente está homologado desde el 2003 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía como Hospital del Grupo I de larga y media estancia y concertado, además en 2006 fue acreditado en calidad por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía dentro del grado “Avanzado” (Hospital Universitario San Rafael, 2007).

Según el Plan Estratégico (2007) se atiende a un censo de aproximadamente 650.000 personas, unas podrán permitirse la estancia de forma privada (4.000 euros al mes) y otras son derivadas a esta institución por criterio clínico del Servicio Andaluz de Salud de otros hospitales de Granada.

El perfil de los y las pacientes que acoge son personas mayores pluripatológicas, crónicas y en situación terminal, aunque también acuden al centro personas jóvenes. Teniendo en cuenta esto y las características de la institución, los ámbitos de actuación están relacionados con la hospitalización, la discapacidad, mayores, infancia, y la satisfacción de necesidades culturales, sociales y religiosas de los usuarios.

Basándonos en las declaraciones de la trabajadora social, el Hospital San Rafael incluye a por un lado a Obra Social, los encargados de cubrir las necesidades básicas de la población granadina en situación precaria y por otro lado a Atención Temprana abordando las necesidades de niños con diversidad funcional.

Esta institución posee diversos recursos, siendo los humanos todo el personal profesional como pueden ser médicos y médicas, de mantenimiento e incluso pastoral, siendo los recursos materiales como el equipamiento médico, la cafetería, la lavandería, el comedor y el ropero de Obra Social, y los recursos financieros procedentes de dos fuentes, una parte de la Junta de Andalucía y otra parte de forma privada. El hospital colabora con instituciones externas como la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía o varias universidades nacionales para la realización de las prácticas externas de varias titulaciones sanitarias y sociales, y pone en marcha protocolos sanitarios y sociales así como las derivaciones propuestas por el personal, los y las pacientes y familias.

Este hospital no sólo destaca por los numerosos recursos que ofrece, sino también por la buena coordinación interna que existe, entre el personal sanitario y la trabajadora social, y la externa con otras instituciones como los servicios sociales comunitarios, otros hospitales, centros de salud, residencias y centros de día, de tal forma que se pueda garantizar el bienestar y evitar la exclusión social de las personas en situación de discapacidad, dependencia u otras situaciones sanitarias y sociales.

Desde lo que hemos observado y nos ha indicado la propia trabajadora social del Hospital San Rafael en la intervención social es muy importante la coordinación interna con el personal médico. Todos los días por las mañanas se comienza con una sesión clínica en la que se reúnen todos los profesionales del centro para conocer los nuevos ingresos, de esta forma se reflexiona sobre la planificación de la intervención médica y social con los y las pacientes. A partir de este momento la coordinación interna entre la Unidad de Trabajo Social y el profesional sanitario se manifiesta en toda la jornada laboral.

Una vez explicado lo anterior, la trabajadora social desde su despacho atiende a las familias y a los y las pacientes fuera de un sistema de citas, esto según la misma, para evitar las complicaciones de los horarios por parte de los usuarios y acudan al despacho cuando puedan.

Hablamos de una intervención individual-familiar basada en entrevistas iniciales para conocer la situación de la persona, a partir de la cual se planea la intervención adecuada

a la experiencia y el conocimiento de la trabajadora social en el ámbito sanitario. En esta fase se utilizan diversos modelos indicados por la trabajadora social:

- El modelo de la atención, permite dar respuesta a las necesidades que se manifiestan de una forma cálida y humana. Incluye la atención personalizada, la implicación continua de los profesionales, el conocimiento de todos los aspectos de la persona y la incorporación de nuevas ideas y la tecnología.
- El modelo de intervención en crisis, aplicado en situaciones donde las personas han presenciado una circunstancia impactante que afectan a sus vidas de forma traumática.
- El modelo centrado en la persona, es cuando el usuario es quién decide qué quiere, que hace la trabajadora social y cómo lo hace. Sólo en casos excepcionales, la trabajadora social podrá realizar intervenciones que propicien el bienestar de la persona cuando esta no esté de acuerdo.
- El modelo centrado en la tarea que pretende atender las necesidades de las personas ingresadas.

A través de las entrevistas y la aplicación de estos modelos, la trabajadora social lleva a cabo actividades de promoción de la salud, asistencia y prevención ante problemáticas sociales y sanitarias. Para ello necesitará usar diversas técnicas como la recogida de información, las entrevistas semi-estructuradas y la observación, e incorporará instrumentos como el informe social, expedientes y la escala de riesgo social.

Una vez que la trabajadora social se ha acercado al caso, deberá adecuar todas estas habilidades profesionales al mismo. Cuando el personal médico notifique un estado estable de la salud del o la paciente, la trabajadora social deberá de organizar todo lo necesario para alcanzar una situación social estable que garantice una continuidad de cuidados orientados a la cobertura de las necesidades básicas del o la paciente.

Este hecho lleva a la trabajadora social a planificar el alta hospitalaria desde el primer día de ingreso, planteándose recursos como los centros de día, residencias o servicios de ayuda a domicilio. Para ello se activarán los protocolos sociosanitarios convenientes enviados a los centros de salud y a servicios sociales de referencia quiénes atenderán a

los individuos e individuos a nivel social y sanitario después del alta. Solo en casos de urgencia social se realizará un seguimiento desde el hospital después de la derivación.

En materia de dependencia la trabajadora social utiliza principalmente los recursos que se ofrecen a partir del reconocimiento de grado por la “Ley de Dependencia”. Los retrasos de reconocimiento de grado de esta Ley en Granada están suponiendo una limitación en la práctica de los profesionales del trabajo social y un problema para las familias de las personas en situación de dependencia.

Por este motivo, desde la unidad de trabajo social del hospital se plantea la estrategia de que las familias cubran de forma privada el recurso adecuado hasta que se les conceda la ayuda que ofrece la “Ley de Dependencia” según el grado reconocido, en el caso de que estas familias muestren un déficit económico se tramitará su circunstancia como prioritaria. La Agencia de la Dependencia no considerará como prioritario aquellas solicitudes de personas en situación de dependencia que poseen familia, exista o no buena relación, ya que según las leyes del modelo de bienestar mediterráneo la familia debe cubrir las necesidades de la persona en situación de dependencia.

Todo lo redactado en este punto de fundamentación queda recogido en el Módulo I de la asignatura de Prácticas Externas del grado de Trabajo Social.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La dependencia es un fenómeno internacional que se ha abordado de diferentes formas en diversas sociedades. En América Latina existen sistemas de protección poco desarrollados por lo que la atención a la dependencia se aborda a través de estrategias de solidaridad intergeneracional familiar, en donde las mujeres son la figura de cuidados (Sunkel, 2006). En África solo hay un sistema de protección para los funcionarios públicos y el sector de empleados, mientras que para el resto de la sociedad las necesidades de las personas envejecidas son cubiertas por la familia, comunidad, cooperativas, asociaciones culturales y locales y, solo en algunos países, por programas públicos de protección social (Comisión Económica de África, 2007). En el estudio de dos comunidades de indonesia el sistema de protección tampoco está consolidado, por lo que la familia, esposas o/e hijas, es la principal institución de cuidados para las personas mayores (Shröder-butterfill y Syawila, 2014).

En Europa existen modelos de Estado de Bienestar según los cuáles se gestiona la protección a la dependencia. El modelo liberal abordaría este fenómeno a través de la privatización de los servicios, el modelo socialdemócrata, por el contrario, se caracteriza por una sólida estructura de servicios institucionales financiados por los presupuestos del estado, en el modelo continental el acceso a los recursos destinados a la dependencia está determinado por las cotizaciones de los empleados y el modelo mediterráneo posee un sistema de servicios destinados principalmente al apoyo familiar (De la Fuente, 2006).

En España el modelo de Estado de Bienestar mediterráneo implantó la “Ley de la Dependencia” del año 2006, por la cual se establece la dependencia en tres grados, de acuerdo con ellos se otorgan una serie de recursos. La descentralización de poderes que existe en este país sumado a los recortes económicos que arrastramos desde la crisis de 2008 ha causado que en diversos territorios de la nación se valore los grados de dependencia y se otorguen los recursos de forma diferenciada, además ha supuesto una diferencia en los presupuestos que perciben las Comunidades Autónomas desencadenando una desigualdad en el sistema de protección de la dependencia (Rodríguez, 2018; García y Ruíz, 2017; Montagut, 2014 y Martínez, 2014).

Andalucía es una de las Comunidades Autónomas más afectadas ya que hay 73.871 personas en lista de espera de valoración de grado de dependencia un número que podría haber sido más bajo si Andalucía no hubiera dejado de percibir del Estado 103,4 millones de euros (Ramírez, García y Fuentes, 2020). Dentro de ella según Camacho y Minguela (2013) Granada es la provincia más afectada, ya que según la trabajadora social del Hospital San Rafael, existe un plazo de dos años para valorar el grado de dependencia y uno para revisarlo.

En base a lo anterior y teniendo en cuenta lo que aportan Ramírez, García y Fuentes (2020) sobre que la mayoría de personas en situación de dependencia son mayores de 65 años y que la mayoría de personas en situación de dependencia desatendidas poseen un grado II o III, hemos propuesto el siguiente diseño de investigación para conocer las estrategias de afrontamiento de las familias ante los retrasos en la valoración del grado de dependencia de sus familiares a través del Hospital San Rafael de Granada. Para ello

necesitaremos tener en cuenta sus dinámicas relacionales y organizativas, sus percepciones sobre la actuación de la unidad de Trabajo Social y los aspectos sociales influyentes en la elaboración de las estrategias familiares, siendo la clase social, el género y la etnia. Dentro de la clase social está el capital social que se refiere a los apoyos que presenta la familia de personas o comunidades, el apoyo informacional que son tanto los bienes que permiten acceder a una información útil como los conocimientos adquiridos y el capital económico, es decir, los ingresos de la unidad familiar (Bourdieu, 1997 y 2001; Walker 2001; Delgado- Gaitán 1992 y Becker, s.f citado por Miró, s.f.). En cuanto a la etnia se indica que se trabajará con personas de etnias no subordinadas y el género se estudiará en las dimensiones del estudio de forma transversal, teniendo en cuenta principalmente que las mujeres de las familias son la figura cuidadora y que las mujeres mayores en situación de dependencia se encuentran en una posición mayor de vulnerabilidad que los hombres (De la Fuente, 2006; Esteve, 2016; Arnau, 2005; Soler, Texeira y Jaime, 2008; Pérez y Yanguas, 1998 y Scola, 2012).

En definitiva, la realización de esta investigación va a suponer un estudio de la problemática de los atrasos de valoración de grado de dependencia desde una perspectiva familiar aportando nuevos conocimientos teóricos para que a través ellos se pueda planificar desde el Estado de Bienestar y el trabajo social posibles mejoras que supongan un incremento de la calidad de la atención que reciben las personas mayores en situación de dependencia y la reducción de la sobrecarga del cuidado familiar.

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1. Pregunta de investigación**

La pregunta de investigación que proponemos es la siguiente: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que plantean las familias ante los retrasos de valoración de grado de dependencia de Granada en el Hospital San Rafael (Granada)?

### **3.2. Objetivo General**

- Analizar las estrategias de afrontamiento que plantean las familias ante los retrasos de valoración de grado de dependencia de Granada en el Hospital San Rafael (Granada).

### **3.3. Objetivos Específicos**

Respecto a familias con personas dependientes que sufren retrasos en la valoración del grado de dependencia en el Hospital de San Rafael (Granada), nos planteamos los siguientes objetivos:

1. Conocer los aspectos sociales que influyen en la elaboración de estrategias de afrontamiento familiar.
2. Identificar las diferentes dinámicas relacionales y de organización que presentan las familias en el proceso de elaboración de estrategias de afrontamiento familiar.
3. Contribuir a proponer propuestas de mejora percibidas por las familias sobre la intervención social que reciben del Trabajo Social Sanitario en la atención a la dependencia en el Hospital San Rafael (Granada).

## **4. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO**

### **4.1. Diseño del estudio**

Este diseño de investigación social está circunscrito en un paradigma cualitativo, Flick (2015) explica que este utiliza los documentos como un material empírico siendo las diferentes realidades sociales, las perspectivas, las prácticas y el conocimiento cotidiano el foco de estudio. Este autor remarca la necesidad de conocer que existen diferentes significados asociados a los elementos sociales, que se pueden incorporar a un estudio cuantitativo. En trabajo social este paradigma permite nuestra presencia en el campo de acción y la elaboración de hipótesis dentro de la realidad a estudiar (Bautista, 2009). Como este proyecto va a ser realizado desde el trabajo social sanitario, en salud la utilización de este paradigma supone conocer los significados, los contextos, las percepciones, los comportamientos y las actitudes culturales de la salud y la

enfermedad, lo que nos invita a intervenir sobre los determinantes de la salud (Ulin, Robinson y Tolley, 2006).

Dentro de este paradigma, aplicaremos el enfoque teórico-metodológico fenomenológico ya que nos ayuda a conocer las experiencias de vida de las familias desde la perspectiva de las personas involucradas (Fuster, 2019). Esto nos permitiría conocer los aspectos sociales de las familias que influyen a la hora de la elaboración de estrategias ante los retrasos de valoración de grado de dependencia y sus dinámicas organizativas en torno a los cuidados.

Cárdenas (2008) habla de dos tipos de diseños en las investigaciones sociales, nosotros nos decantaremos por el diseño no experimental, el cual se trata de observaciones en contextos en donde las personas de los grupos de estudio se desenvuelven en su entorno. En nuestro caso, el lugar en donde se va a realizar el estudio va a ser el Hospital San Rafael, siendo el contexto en donde las personas se van a desenvolver con naturalidad.

Según su alcance nuestra investigación será exploratoria ya que indaga en una realidad que se ha estudiado poco para conocerla, identificar sus variables y la posible relación entre estas (Cazau, 2006). Y es que, no existen estudios acerca de las estrategias que elaboran las familias ante los retrasos en la valoración de la dependencia.

Siguiendo con Cárdenas (2008) este tipo de diseño sería transversal por el hecho de que se basa en recoger datos en un momento determinado, ya que no podremos disponer de los medios para realizar un seguimiento de la situación de cada familia a largo plazo.

#### **4.2. Unidades de estudio**

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (2018), indica que el Hospital San Rafael en el año 2018 tuvo un total 1.354 ingresos y 700 personas en atención a urgencias. La trabajadora social del hospital confirma que este dispone de 120 plazas para el ingreso hospitalario, lo que nos quiere decir que esta interviene en aproximadamente 120 casos. El Plan Estratégico (2007) indica que este hospital acoge, en su mayoría, a personas mayores pluripatológicas, crónicas y en situación terminal.

En nuestra investigación nos parece lo más lógico aplicar un muestreo teórico el cual presenta el conocimiento teórico como el pilar básico para llevar a cabo la selección de

las unidades de estudio, responder a la información relevante del fenómeno a estudiar y a la pregunta de investigación (Streubert y Carpenter, 1999 y Patton, 1990). La fundamentación planteada junto con los conocimientos sobre el fenómeno a estudiar obtenidos por nuestra participación en las prácticas externas de grado serán el pilar básico para seleccionar una muestra.

Se plantea la técnica de muestreo no probabilística e intencional ya que se elegirá una muestra pequeña limitada en función de los requisitos más convenientes para esta investigación (Otzen y Manterola, 2017). En este diseño de investigación proponemos realizar 10 entrevistas a personas que cumplan con los criterios de inclusión siguientes:

- Ser hija de una madre, de un rango de edad de los 80 años a los 90 años, en situación de dependencia de grado III.
- Que la madre haya sufrido un ictus que haya desencadenado la situación de dependencia.
- Que la madre posea alguna o varias de estas patologías: problemas respiratorios, cardíacos, artritis, osteoporosis, diabetes, demencia, párkinson, problemas auditivos y visuales e hipertensión.
- Que la unidad familiar pertenezca a una clase social media-baja y resida en la zona rural de Granada.

#### **4.3. Dimensiones de estudio**

Las dimensiones de estudio son las siguientes:

- La primera dimensión se basa en la influencia que existe entre los aspectos sociales de las familias y las estrategias que estas elaboran ante los retrasos de reconocimiento de grado de la “Ley de Dependencia”.
- La segunda dimensión se refiere a las diferentes dinámicas relacionales y organizativas de las familias a la hora de establecer las estrategias de afrontamiento familiar.
- La tercera hace alusión a las percepciones de las familias ante la actuación de la unidad de Trabajo Social del Hospital San Rafael.

#### **4.4. Procedimiento**

La información de este proyecto se va a recoger a través de entrevistas a las familias de las pacientes en situación de dependencia del hospital seleccionadas. Introduciremos la observación participante ya que nos encontraremos sumergidos en la realidad en la que se desenvuelve la muestra, esto nos va a permitir establecer relaciones de confianza previas a la realización de las entrevistas, asegurando mayor calidad de estas entrevistas (Martínez, 2007). La tipología de entrevista que aplicaremos será la semi-estructurada que se caracteriza por un grado medio de flexibilidad, ya que el entrevistador o entrevistadora puede plantear una estructura de preguntas que aborden las dimensiones a estudiar, adaptándose a la hija de la paciente, lo que permite añadir elementos que clarifiquen las respuestas obtenidas (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013). Corbetta (2003) explica que el guión de este tipo de entrevista puede ser elaborado detalladamente o como una lista de temas a tratar, además el entrevistador o la entrevistadora puede decidir el orden, la formulación, la profundización en las preguntas que considere e incluir otras preguntas.

Los sujetos y sujetas a entrevistar serán las hijas de las pacientes mayores en situación de dependencia de 80 años con un grado III de dependencia. El principal motivo de que las hijas sean las entrevistadas es que normalmente son las mujeres de la familia las que se encargan de los cuidados y gestiones de estas pacientes. La entrevista se desarrollará en un despacho pequeño en el que haya una mesa y sillas para el entrevistador o entrevistadora y la entrevistada. Antes de comenzar, la persona entrevistada deberá de rellenar el consentimiento informado que acredite su voluntad de participar en esta investigación. Posteriormente la persona que entreviste explicará toda la información necesaria para que la persona se sienta mucho más cómoda y nos pueda responder con mayor sinceridad. Posteriormente el entrevistador o la entrevistadora va a comenzar con preguntas básicas sobre variables independientes de la persona y con otras para romper el hielo, luego seguirá el guión de entrevista. La entrevista será grabada y se anotarán los datos de la comunicación no verbal que puedan considerarse relevantes a la hora de interpretar las entrevistas. El guión de entrevista y el consentimiento informado se va a especificar en anexos.

#### **4.5. Análisis de la información**

Una vez realizadas las entrevistas se transcribirá y analizará los textos a través del enfoque de contenido ya que como indica Andréu (2008) se basa en la lectura del texto aplicando el método científico a través de la combinación de la observación, la producción y la interpretación de los datos. Porta y Silva (2003) explican que se trata de una técnica objetiva, sistemática, cualitativa y cuantitativa que utiliza elementos representativos y que sigue los principios de exhaustividad y de generalización de las teorías. Continuando con Andréu (2008) este autor destaca dos tipos de información enmarcadas en un contexto determinado, la primera es la información directa, es decir, lo que la persona nos comunica, y la segunda es la información indirecta, tratándose de una información oculta que transmite la persona como la comunicación no verbal.

Porta y Silva (2003) manifiestan un procedimiento a seguir a la hora de aplicar un análisis de contenido dividido en las fases siguientes:

- La primera fase se caracterizaría por la determinación de los objetivos a través del análisis de contenido de las transcripciones de las entrevistas. En nuestro caso, respecto a familias con personas dependientes que sufren retrasos en la valoración del grado de dependencia en el Hospital de San Rafael (Granada) planteamos conocer los aspectos sociales que determinan la elaboración de estrategias de afrontamiento familiar, identificar las diferentes dinámicas relacionales y de organización que presentan las familias en el proceso de elaboración de estrategias de afrontamiento familiar y contribuir a proponer propuestas de mejora percibidas por las familias sobre la intervención social que reciben del Trabajo Social Sanitario en la atención a la dependencia en el Hospital San Rafael (Granada).
- La segunda fase es la definición de la realidad a estudiar. Concretamente en este diseño de investigación social pretendemos acercarnos a la realidad de las familias de las pacientes mayores en situación de dependencia que sufren las consecuencias de la desprotección del sistema de la dependencia en el Hospital San Rafael (Granada).

- La tercera fase se basa en conocer cuáles son los documentos a analizar. En esta investigación los principales documentos que muestran la situación a estudiar son los textos fruto de las transcripciones de las entrevistas.
- La cuarta fase es definir las finalidades que persigue el diseño de investigación. Este diseño tiene como finalidad principal crear conocimiento por un lado a través de una fundamentación sobre la desprotección de los sistemas de la dependencia y por otro lado de las manifestaciones de los familiares de referencia que están sufriendo las consecuencias. También se pretende que a través de ese conocimiento la práctica del Trabajo Social Sanitario pueda planificar actuaciones de una manera más correcta y acorde con la realidad de la situación a pesar de las limitaciones profesionales.
- La quinta fase es la elaboración de unidades de análisis. Estas unidades son la influencia de los aspectos sociales en las estrategias familiares, las dinámicas relacionales y organizativas de las familias y las percepciones de las familias sobre la actuación del personal de trabajo social.
- La sexta fase hace alusión a las reglas de numeración a utilizar. En este análisis usaremos la frecuencia de la variable más mencionada, la frecuencia ponderada para ver la diferencia en la importancia de las dimensiones de estudio para los entrevistados, la intensidad que muestran los familiares ante ciertas dimensiones y la contingencia para conocer asociaciones entre diferentes variables.
- La séptima fase se basaría en organizar la información a través de la asignación de unidades de registro a las unidades de significado, la codificación de esas unidades de registro y la selección de un soporte de registro donde se almacenen esas clasificaciones dando lugar a datos empíricos. Para ello hemos confeccionado de forma preliminar las categorías siguientes atendiendo a las dimensiones de estudio:
  1. Influencia de los aspectos sociales en las estrategias familiares: Clase Social (Capital Económico, Capital Informacional y Capital Social) y Perspectiva de Género.

2. Dinámicas relacionales y organizativas de las familias: Roles Familiares, Conciliación y Gestión de la Dependencia (Apoyo Informal y Apoyo Formal).
3. Percepciones de las familias sobre la actuación del personal de trabajo social: Actuación Interna de la Unidad de Trabajo Social Sanitario y Actuación Externa de la Unidad de Trabajo Social Sanitario.

Estas categorías se registrarán en el paquete NVIVO.

- La octava fase estudia la validez que tiene la información obtenida teniendo en cuenta aspectos de exhaustividad, exclusión mutua, homogeneidad, pertinencia, objetividad y productividad.
- La novena fase se basa en describir, interpretar, comparar los datos para llegar a las conclusiones del estudio.

#### **4.6. Temporalización y presupuesto**

Nuestro proyecto de investigación se va a realizar de agosto del año 2020 hasta enero del 2021, durante ese período de tiempo se realizarán las actividades programadas como se pueden ver en la *Tabla 1*. Las actividades requerirán de un presupuesto especificado en la *Tabla 2*.

**TABLA 1: CRONOGRAMA**

ACTIVIDADES	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>FASE INICIAL</b>																								
Actualizar Marco Teórico	■	■	■																					
Diseño entrevista				■	■	■	■																	
<b>FASE INTERMEDIA</b>																								
Elección de población de muestra									■	■	■													
Realización de entrevistas										■	■	■	■											
<b>FASE FINAL</b>																								
Transcripción de entrevistas															■	■	■							
Analizar información																		■	■	■				
Conclusiones																			■	■				
Difusión de información																						■	■	■

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 2: PRESUPUESTO**

CONCEPTOS	DESCRIPCIÓN DEL CONCEPTO	COSTE
En toda la investigación	Ordenador portátil: 499€	499 €
Durante el proceso de ejecución	Transporte en autobús: 7 semanas x 7 días= 49 días x 2, ida y vuelta = 98 veces que me subo x1,40 €= 137,2€	137,2 €
Elección de población de muestra	Libreta de Diario de campo: 4€ Bolígrafos: 4,10€ Carpeta: 2,26€ Folios: 2,80€	13,16 €
Realización de entrevistas	Grabadora: 59,99€ Despacho con mesas y sillas que nos aportará el Hospital San Rafael.	59,99 €
Difusión de la información	Congreso en Valencia de Trabajo Social en Enero 2021: 70€ Artículo en una revista científica 10 Carteles: 10,25€ 100 folletos: 31, 77€	112,02€
<b>COSTE TOTAL= Coste Directo + Coste Indirecto (IVA)</b>	821,37 € Coste Directo + 21% de IVA Coste Indirecto= 821,37 € Coste Directo+ 172,4877 € Coste Indirecto= <b>993,8577€</b>	

Fuente: Elaboración propia

#### **4.7. Consideraciones éticas**

Botto (2011) define a la ética como un elemento que forma parte de la filosofía basándose en la reflexión de lo moral, siendo esto la agrupación de normas, principios y valores que basan las actitudes y los comportamientos de una comunidad o un grupo. La ética es un elemento tan importante en el desempeño de una profesión científica que en los años 70 nace la bioética para defender los derechos de los humanos y los animales a través de los principios de autonomía, beneficencia y justicia (Botto, 2011).

Al igual que en las profesiones científicas, en las investigaciones cualitativas también debe de seguirse pautas éticas, González (2002) nos indica varias pautas a tener en cuenta en nuestro diseño de investigación:

- La primera de ellas es que las implicaciones ideológicas, las identidades, los juicios, los prejuicios y la cultura pueden causar consecuencias, por lo que deberemos ser conscientes de su presencia.
- La segunda es que en la comunicación se debe de garantizar los derechos humanos y la preservación de la dignidad de los interlocutores, esto favorecerá el proceso de recogida de información.
- La tercera pauta pretende incorporar varias perspectivas tanto en las teorías como en los grupos objeto de estudio lo que nos va permitir el alcance de conclusiones veraces. En nuestro caso recogemos información de los familiares de referencia teniendo en cuenta la existencia de otras perspectivas que generan conocimiento.
- La cuarta se basa en cómo evaluar nuestra investigación, seleccionando a la muestra según nuestros requisitos, garantizando un equilibrio del riesgo y del beneficio en torno al principio de beneficencia, aplicando un diálogo discursivo y respetuoso de forma que se anime a participar y realizando un consentimiento informado, lo que implica asegurar el bienestar de la persona, que esta pueda retirarse de la investigación y que pueda recuperar las conclusiones de la investigación. Los datos de estas personas estarán protegidos como indica la Ley

Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas y Rebolledo-Malpica (2012) destacan la validez como criterio ético, esta se logra a través de métodos que permiten una interpretación adecuada de la realidad a estudiar, para ello nosotros aplicaremos el método de saturación de las variables de estudio. Estos autores también comunican que los resultados de la investigación deben de asegurar veraces manifestaciones de las personas participantes y que al finalizar la investigación se debe de reflexionar en el logro de los objetivos y la organización coherente de los datos de la investigación.

Si el investigador o la investigadora de este diseño se trata de una persona profesional del trabajo social esta deberá de respetar el código deontológico del Consejo General del Trabajo Social (2012). En dicho documento se redacta los principios, derechos y deberes de las personas que ejercen el trabajo social con respecto a la persona usuaria, otros y otras profesionales y las instituciones, también incluye capítulos sobre el secreto profesional y las comisiones deontológicas e indica el ámbito de aplicación. En el ámbito sanitario el comité de bioética también incorpora consideraciones éticas para los profesionales y las profesionales de salud y de lo social, como podemos ver en el informe del Comité de Bioética de España (2016) centrándose sobre todo en la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en especial de las mayores, eliminándose cualquier tipo de maltrato hacia estas ya sea por infantilización, despersonalización y deshumanización.

## **5. REFLEXIONES PARA LA INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

El Trabajo Social Sanitario se trata de una teoría que guía la práctica, la cual está basada en el método básico de intervención y se encuentra enmarcada por leyes sanitarias y el centro sanitario (Colom 2008 y 2011). De las funciones que realizan en los hospitales, la que más nos interesa es la planificación del alta hospitalaria que comienza desde el primer día de ingreso, sigue protocolos de intervención básicos o de problemáticas específicas y requiere de una coordinación interna y externa con los profesionales e instituciones (Colom, 2013; Garcés, 2013 y Fernández, Fuster, Illa y López, 2012).

El plan de actuación de alta hospitalaria en materia de dependencia va establecerse por un lado según la “Ley de la Dependencia”, la cual a través del reconocimiento de grado ofrece recursos de atención a la dependencia y por otro lado según las estrategias y la organización familiar. Si tenemos en cuenta que las personas en situación de dependencia están sufriendo atrasos de valoración de grado por “La Ley de la Dependencia”, las familias pasan a ser el foco de atención a la dependencia.

Este diseño de investigación pretende estudiar las estrategias de afrontamiento familiar ante los retrasos de valoración de grado de dependencia de sus familiares en el Hospital San Rafael de Granada. Esto va a suponer la amplitud de los conocimientos en materia de dependencia del Trabajo Social Sanitario Hospitalario lo que va a permitir una optimización del método básico de intervención social al identificar las problemáticas más rápidamente, un aumento de la confianza y la colaboración de las partes implicadas a la hora de la interacción entre la Unidad de Trabajo Social y las familias con los pacientes. Sin embargo, este conocimiento también pondrá de manifiesto cuáles son las ineficiencias del sistema de la dependencia y de las propias familias, siendo los principales obstáculos en la intervención social en materia de dependencia que podrían reducirse con un sistema de protección a la dependencia más consolidado.

Este diseño de investigación nos plantea nuevas líneas de investigación que nacen del conocimiento de la escasez de estudios del fenómeno expuesto. Estas propuestas de investigaciones facilitarían la actuación de la Unidad de Trabajo Social gracias a la aportación de nuevos conocimientos.

- En primer lugar se podrían estudiar las estrategias que elaboran las familias de los y las pacientes con grados I y II de dependencia que podrían ser muy diferentes a las estrategias que elaboran las familias de los y las pacientes con grado III de dependencia, ya que las personas en situación de dependencia presentan una diferencial cantidad de necesidades con una frecuencia de apoyo y una forma de atención, según los grados de dependencia y sus características personales.
- En segundo lugar también se podría conocer si existen diferencias en las estrategias familiares de personas con el grado III de dependencia que pertenezcan a otra etapa vital. Dependiendo de las etapas vitales las personas

realizamos actividades con un nivel de autonomía, por ello sería interesante conocer si se fomenta la realización de estas actividades desde el ámbito familiar y cómo se llevan a cabo.

- En tercer lugar, el cuadro clínico de las personas en situación de dependencia condiciona los cuidados y las estrategias que deben de elaborar las familias, por ello sería adecuado estudiar las estrategias familiares en torno a otros cuadros clínicos de los familiares.
- En cuarto lugar en materia de género sería interesante conocer las estrategias de afrontamiento de familias cuyos cuidadores principales sean los hombres y compararlas con los numerosos estudios de aquellas familias cuyas mujeres se ocupan de los cuidados.
- En quinto lugar en materia de etnia, conocer las estrategias culturales que elaboran las familias de las minorías étnicas con respecto a las etnias dominantes podría generar conocimientos a tener en cuenta a la hora de intervenir con familias pertenecientes a estas minorías étnicas y evitar así caer en un modelo de intervención social hegemónico occidental que pretende ser aplicable en todas las personas y lograr la aculturación de las minorías étnicas que existen en nuestro país.
- En sexto lugar, en este proyecto de investigación nos hemos centrado en las familias atendidas en el hospital que son procedentes de la periferia de la provincia granadina. Siguiendo con esto, en un futuro se podría plantear una investigación orientada a estudiar las estrategias que elaboran las familias que viven en Granada Capital y comprobar si existen diferencias significativas.
- En séptimo lugar, conocer las estrategias que elaboran las familias de clase media-alta ante los retrasos de valoración de dependencia podría ser un estudio que aportara conocimiento. Suponemos que al poseer mayores recursos familiares la atención a las personas en situación de dependencia será de una calidad más completa y continua.
- En octavo lugar, añadir que durante el proceso de elaboración de este diseño de investigación, globalmente hemos sufrido una pandemia por Covid-19, por lo tanto podría estudiarse el impacto de esta circunstancia sobre las estrategias familiares ante la atención de sus familiares en situación de dependencia.

## **6. CONCLUSIONES**

Este diseño de investigación se basa en conocer las estrategias de afrontamiento de las familias ante los retrasos de valoración del grado de dependencia en sus familiares en el Hospital San Rafael de Granada, lo que aportaría nuevos conocimientos teóricos aplicables al Trabajo Social Sanitario. Pretendemos que este diseño sea una guía en la que se pueda apoyar el investigador o la investigadora, quién se apropiará del diseño de investigación y podrá modificar, parcial o totalmente, todos aquellos aspectos que crea convenientes para mejorar la aplicación de la investigación y alcanzar unos resultados más claros.

Los resultados de esta propuesta de investigación podrían garantizar la optimización del procedimiento básico de intervención con personas mayores y sus familias, así como asegurar un nivel más alto de confianza en la interacción entre estas con la Unidad de Trabajo Social favoreciéndose así su implicación.

Si bien es cierto que estos conocimientos serían favorables para la mejora de la intervención social desde la Unidad de Trabajo Social de los hospitales, también podrían suponer la toma de conciencia de las limitaciones que supone para el personal del trabajo social planificar las acciones teniendo en cuenta el sistema de la dependencia, ya que este está reconociendo el grado de dependencia y distribuyendo los recursos tardíamente. Debido a esto, los cuidados de las personas en situación de dependencia recaen principalmente sobre las familias cuyos aspectos sociales, dinámicas relacionales y organizativas pueden ser insuficientes para atender a sus familiares en situación de dependencia y pueden perjudicar la salud de la unidad familiar.

Actualmente, la atención a la dependencia se ha dificultado debido a la pandemia por el Covid-19 que ha obligado la incorporación de estrictas medidas de higiene y confinamiento para evitar la propagación del virus, aumentándose la sobrecarga familiar de cuidados a sus familiares en situación de dependencia. Esta circunstancia ha intensificado las consecuencias de un insuficiente y colapsado sistema de protección a la dependencia ha mostrado que este no está capacitado para atender a las personas en situación de dependencia y velar por la salud de sus familias.

Finalmente, creemos que esta situación no se mejorará hasta que se logre reforzar el sistema de protección social a la dependencia y se luche en contra de las diferencias significativas de financiación que existen entre los territorios nacionales. Mientras tanto las familias y el personal del trabajo social deben de utilizar las herramientas que estén en sus manos para atender a las personas en situación de dependencia y a sus familias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J.A. (2008). *Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada*. Granada (España): Universidad de Granada.
- Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A., Pujol, R. (2019). *Un perfil de las personas mayores en España, 2019: Indicadores estadísticos básicos* (Informes Envejecimiento en red nº22). Madrid: Envejecimiento en red.
- Agència Valenciana de Salut. (2012). *Guía de intervención de Trabajo Social Sanitario*. Generalitat: Conselleria de Sanitat. Recuperado de: <https://www.cgtrabajosocial.es/castellon/consultas/guia-de-intervencion-de-trabajo-social-sanitario/56/view>
- Alberti, P. (1999). La identidad de género y etnia. Un modelo de análisis. *Nueva Antropología*, 16(55), 105-130.
- Arnau, M. S. (2005). Otras voces de mujer: El feminismo de la diversidad funcional. *Asparkía*, 16, 12-26.
- Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (2015). *La Declaración Mundial de los Derechos Humanos*. Recuperado de: [shorturl.at/AVW26](http://shorturl.at/AVW26)
- Baeta, M.F. (2015). Cultura y modelos biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-83.
- Bautista, E. (2009). La investigación cualitativa y cuantitativa en trabajo social: Análisis y construcción de modelos teóricos de tres casos prácticos en Trabajo Social. *Revista trabajo social*, 20, 53-71.
- Bazo, M.T. (2008). Personas mayores y solidaridad familiar. *Política y Sociedad*, 45(2), 73-85.
- Becker, G. (s.f), citado por Miró Rocasolano, P. (s.f) La Familia como institución económica. Disponible en <http://www.eumed.net/cursecon/1/instfamilia.htm>.
- Bernal, A. (s.f.). *Familia y capital social*. Universidad de Navarra: Cuadernos de Políticas Familiares, Revista del Instituto de Estudios Superiores de la Familia. Recuperado de: [shorturl.at/tDJ35](http://shorturl.at/tDJ35).
- Bleda, J.M. (2005). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *BARATARIA Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 7, 149-160.
- Bogenshneider, K. (2001). Has Family Policy Come Oge Age? A Decade Review Of the State of U.S, Family Policy in the 1990s. En R.M. Milardo (ed),

- Understanding Families. Into the New Millenium: A decade in Review (pp. 355-378). Lawrence: NCFR.
- Botto, A. (2011). Dimensión ética de la investigación cualitativa. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 7(4), 354-357.
- Bourdieu, P. (1997). *Capital cultural, escuela y espacio social*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. (M<sup>a</sup> José Bernuz, Andrés García, M<sup>o</sup> José González y Daniel Oliver, trad.) Sevilla: Desclée de brouwer.
- Camacho, J. A. y Minguela, M. A. (2013). Localización del déficit de atención a las personas en situación de dependencia en las ciudades andaluzas: una primera aproximación. En J. A, Camacho y Y. Jiménez (eds.), *Desarrollo Regional Sostenible en tiempos de crisis* (pp. 471-492). Granada: Universidad de Granada.
- Canga, A., Vivar, C. y Naval, C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: Reflexiones para un abordaje familiar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 463-469.
- Cárdenas, M. (2008). Diseños de Investigación en Ciencias Sociales. En P. Salinas y M. Cárdenas (Eds.), *Métodos de investigación social*, (pp. 83-96). Chile: Universidad Católica del Norte.
- Castilla, M. y Virués, J. (2010). Valoración y Plan Individualizado de Atención: Puntos clave del procedimiento de la dependencia. En A. Hidalgo (Coord.), *Trabajo Social en el ámbito de la Ley de Dependencia* (pp.55-58). La Coruña: Gesbiblo, S.L.
- Castillo, A. y Abad, G. (1993). Las funciones del trabajador social en los Equipos de Atención Primaria del Insalud. *Cuadernos de trabajo social*, 4-5, 129-138.
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales* (3 Ed.). Buenos Aires: Red de Psicología Online.
- Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Revista de Servicios Sociales Zeribitzuan*, 47, 109-119.
- Colom, D. (2011). *El trabajo social sanitario: Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: Editorial UOC.

- Colom, D. (2013). *La planificación del alta: Programa multidisciplinar para la coordinación sociosanitaria*. Barcelona :Editorial UOC.
- Comité de Bioética de España (2016). *Consideraciones éticas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario*. Recuperado de: [shorturl.at/jksG9](http://shorturl.at/jksG9)
- Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social (2017). *Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Recuperado de: [shorturl.at/dhHU0](http://shorturl.at/dhHU0)
- Consejo de Europa (1998): *Recomendación n° 98 (9) relativa a la dependencia*, adoptada el 18 de septiembre de 1998.
- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código deontológico de Trabajo Social*. Recuperado de: [shorturl.at/svxBQ](http://shorturl.at/svxBQ)
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- De la Fuente, M. (2006). Modelos de protección de la dependencia en la Unión Europea y factores de convergencia. *Revista Iberoamericana de Relaciones Laborales*, 18, 17-37.
- Delgado-Gaitán, C. (1992). School Matters in the Mexican-American Home: Socializing Children to Education. *American Educational Research Journal*, 29(3), 495-513.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.
- Díaz, R. (2007). Feminización de la dependencia: Reflexiones sobre el sistema para la autonomía y la atención a personas en situación de dependencia. *Portularia*, 7(1-2), 139-156.
- Economic Comission for Africa (2007). *Regional review and appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing*. Madrid: United Nations.
- El Instituto Nacional de Estadística. (2000). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999*. Recuperado de: [shorturl.at/rwyzP](http://shorturl.at/rwyzP)
- Esteve, L. (2016). *La dependencia como causa de desigualdad de género: Otorgar relevancia moral al cuidado para lograr la igualdad efectiva* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

- Fernández, J.A y Tobío, C. (1998). Las familias monoparentales en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 83, 51-85.
- Fernández, M.A., Fuster, R., Illa, C. López, M. (2012). *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario: Protocolos de intervención en trabajo social hospitalario*. Generalitat Valenciana: Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública.
- Flaquer, LL. (1999). *La estrella menguante del padre*. Barcelona: Ariel.
- Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa* (Tomás del Amo, y Carmen Blanco Trad). Madrid: Ediciones Morata, S.L. (Obra original publicada en 2007).
- Franzé, A. (2007). Diferencia y Desigualdad. En A., Barañano, J.L., García, M., Cátedra y M.J., Devillard. (Coord.), *Diccionario de Relaciones Interculturales. Diversidad y Globalización* (pp.67-87), Madrid: Editorial Complutense.
- Fuentes, V., Muyor, J y Galindo, Z. (2010). El Trabajo Social y las nuevas formas de reorganización del cuidado. Una aproximación a propósito de la Ley de Dependencia. *Alternativas*, (17), 83-102.
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229.
- Garcés, C. M. (2013). Trabajo social y el plan de alta del hospital. *Revista Análisis*, 14(1), 62-73.
- Garcés, E. M. (2010). El trabajo social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- García, M. y Ruiz, S. (2017). Las políticas públicas que enmarcan la atención a las personas en situación de dependencia: Estado actual y retos de futuro. *Índex de enfermería*, 26(3), 215-219.
- García-Estañ, A. y Pastor, E. (2017). La enseñanza de la dependencia en los títulos de trabajo social de las Universidades Españolas. *Revista Interacción y Perspectiva*, 7(2), 138-162.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. (Tomás del Amo, y Carmen Blanco Trad). Madrid: Ediciones Morata, S.L. (Obra original publicada en 2007).
- Gijón, M.T. y Colom, D. (2016). Debates transdisciplinares en torno a la especialización del trabajo social sanitario. En D. Carbonero, E. Raya, N.

- Caparros y C. Gimeno (Coords.), *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: Aportaciones desde el Trabajo Social* (pp. 1-23). Logroño: Universidad de la Rioja.
- Giró, J. (2005). El envejecimiento demográfico. En J. Giró (Coord.), *Envejecimiento, salud y dependencia* (pp.17-43). La Rioja: Universidad de La Rioja.
- Gómez, P. (1998). Las ilusiones de la identidad. La etnia como pseudoconcepto. *Gazeta de Antropología*, 14.
- Gómez, V. (2016). La discapacidad organizada: antecedentes y trayectorias del movimiento de personas con discapacidad. *Historia Actual Online*, 39(1), 39-52.
- Gómez, V. y Barbadillo, P. (Julio de 2013). Crisis y políticas sociales: El caso de la Ley de dependencia. En C. Heriberto y L. Finkel (coords.), *XI Congreso Español de Sociología "Crisis y cambio: propuestas desde la sociología"*. Congreso llevado a cabo por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid.
- González, A.M. (2016). Introducción. En A.M González, P. Arregui, y C. Montoro (Eds.), *Familia y sociedad en el siglo XXI* (pp. 9-13). Navarra: Dykinson S.L.
- González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana*, 29, 85-103.
- González, M.M y Sánchez, M.A. (2003). Las familias homoparentales y sus redes de apoyo social. *Revista Portularia*, 3, 207-220.
- Guerra, R. (2015). Persona, sexo y género. Los significados de la categoría "género" y el sistema "sexo/ género" según Karol Wojtyła. *Open Insight*, 7(12), 143-168.
- Hernando, A. (2006). Una crítica feminista a la Ley de Dependencia. *Viento sur*, 88, 89-95.
- Hospital Universitario San Rafael. (2007). Plan Estratégico 2007-2012.
- Iáñez, A. y Lobato, M. (2006) Reflexiones sobre cómo abordar la (in)dependencia de las personas con diversidad funcional. *Acciones e investigaciones sociales*, 1, 1-31.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia: Libro blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos

- Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.  
Recuperado de: [shorturl.at/uGP48](http://shorturl.at/uGP48)
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia*. Recuperado de: [www.ine.es](http://www.ine.es)
- Instituto Nacional de Estadística (2020). *Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, por comunidad autónoma*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Dependencia*. Recuperado de: [shorturl.at/pxX23](http://shorturl.at/pxX23)
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2010). *El Derecho a la Educación en México: Informe 2009*. Recuperado en: <http://jah.cat/biW4g>
- Jelin, E. (2014). Desigualdades de clase, género y etnicidad/raza: realidades históricas, aproximaciones analíticas. *Revista ensambles*, 1, 11-36.
- Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), 480-490.
- Krüger, K. y Jiménez, E. (2013). La Ley de dependencia ¿un cambio en el régimen de bienestar Español? Familiarización versus profesionalización. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 17(436), 1-31.
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Escuela Nacional de Antropología e Historia*, 7(18), 1-24.
- Martínez, J.A. (2014). Ley de Dependencia: de la fragilidad de los servicios, a la necesidad de la prestación económica. *Documentos de Trabajo de Sociología Aplicada*, 4, 1-25.
- Martínez, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Revista Perfiles*, 4, 73-80.
- Más de 19.300 personas se encuentran en lista de espera de recibir la Dependencia en la provincia de Granada. (20 de marzo de 2019). Europa Press.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Sistema Nacional de Salud: España*. Madrid: Gobierno de España. Recuperado de: [shorturl.at/koCFW](http://shorturl.at/koCFW)
- Mondragón, J. y Trigueros, I. (1999). *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

- Montagut, T. (2014). *Política social: Una introducción*. (4ª ed.). Barcelona: Editorial Ariel.
- Montserrat, C. (2006). Acogimiento en familia extensa: Un estudio desde la perspectiva de los acogedores, de los niños y niñas acogidos y de los profesionales que intervienen. *Revista de Intervención Psicosocial*, 15(2), 203-221.
- Morandé, P. (1999). *Familia y Sociedad: Reflexiones sociológicas*. Santiago, Chile: Universitaria.
- Moreno, L. (2013). Las transformaciones del estado de bienestar mediterráneo: Trayectorias y retos de un régimen en transición. En E. Del Pino y M. Rubio (coord.). *Los estados de Bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*. (pp.126-144). Madrid: Tecnos.
- Morgado, B., González, M.M. y Jiménez, I. (2003). Familias monomarentales: Problemas, necesidades y recursos. *Revista Portularia*, 3, 137-160.
- Moscato, G. (2012). Familias interculturales en España: Análisis de la satisfacción vital. *Revista Portularia*, 12(extra), 35-43.
- Muñoz, O. (2015). El declive de la Ley de la Dependencia: Familismo implícito y oportunidad perdida en la profesionalización de los cuidados. *Encrucijadas Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 10, 1-16.
- Muyor, J., Cuenca, C. y Segura, A.J. (2018). *Dependencia y Trabajo Social* (Colección Textos Docentes nº21). Almería: Universidad de Almería.
- Navarro, M.A. (2006). Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina. *Desacatos: Revista de Ciencias Sociales*, 21, 109-134.
- Noreña, A.L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J.G. y Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
- Oliver, M. (2009): *Understanding disability: from theory to practice*. London: Palgrave-Macmillan.
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (2018). *Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Granada: Memoria anual 2018*. Recuperado de: <http://granada.sjd.gabinetecom.es/sites/default/files/Memoria%20Granada-2018.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Recuperado de: [shorturl.at/aknsC](http://shorturl.at/aknsC)
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de: [shorturl.at/ghyRZ](http://shorturl.at/ghyRZ)
- Otero, L., Rodríguez, M. y Calenti, M. (2008). *La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat*. Galicia: IGISS.
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Palier, B. (2013). El régimen de bienestar continental: de un sistema congelado a las reformas estructurales. En E. Del Pino y M. Rubio (coord.). *Los estados de Bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*. (pp.61-83). Madrid: Tecnos.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. California: Sage.
- Pérez, M. y Yanguas, J.J. (1998). Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones. *Anales de psicología*, 14(1), 95-104.
- Pérez, M.D. (2011). *Ley de dependencia* (2 ed.). Málaga, España: ICB Editores.
- Pohl, W. (2003). El concepto de la etnia en los estudios de la Alta Edad Media. En L., Little y B., Rosenwein (Eds.), *La Edad Media al debate*, 35-49. Madrid: Ediciones Akal.
- Porta, L. y Silva, M. (2003). La investigación cualitativa: El análisis de contenido en la investigación educativa. *Anuario Digital de Investigación Educativa*, 14, 388-406.
- Preciado, B. (2011). *Manifiesto contrasexual*. Barcelona: Anagrama.
- Puyana, Y. (2004). La familia extensa: una estrategia local ante crisis sociales y económicas. *Revista de Trabajo Social de la Universidad de Colombia*, 6, 77-86.
- Puyol, A. (2011). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Gaceta Sanitaria*, 26(2), 178-181.

- Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Ramírez, J.M., García, G.A. y Fuentes, M. (2020). XX Dictamen del Observatorio. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. Recuperado de: [shorturl.at/kFIO5](http://shorturl.at/kFIO5)
- Ramírez, J.M., García, G.A. y Fuentes, M. (2020). XX Dictamen del Observatorio: Evolución de los datos básicos de gestión del Sistema de Atención a la Dependencia y costes de financiación por Comunidades Autónomas. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. Recuperado de: [shorturl.at/zFKT4](http://shorturl.at/zFKT4)
- Rico, M. A. y Jiménez, C. (2001). La dependencia en España. Un análisis cuantitativo. *Gerontología*, 17(2), 25-32.
- Rodríguez, B. (2011). Matrimonio, género y familia en la constitución española: Trascendiendo la familia nuclear. *Revista Española de Derecho Constitucional*, 91, 69-102.
- Rodríguez, C. (2008). Las familias y los cuidados a las personas mayores dependientes: Entre la reciprocidad y la ambivalencia. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26-2, 349-358.
- Rodríguez, G. (2018). La valoración y determinación de la situación de dependencia. Un proceso administrativo con más sombras que luces. *Revista Derecho Social y Empresa*, 10, 1-33.
- Romanach, J. (2010). Diversidad funcional y Derechos Humanos en España: un reto para el futuro. *Dilemata*, 1, 71-87.
- Rubio, M. (2013). Las transformaciones del estado de bienestar socialdemócrata. Continuidad y cambio de sus señas de identidad. En E. Del Pino y M. Rubio (coord.). *Los estados de Bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*. (pp.107-123). Madrid: Tecnos.
- Salinas, P. (2008). Procedimientos de Análisis de la Información en Investigación Social. . En P. Salinas y M. Cárdenas (Eds.), *Métodos de investigación social*, (pp.483- 551). Chile: Universidad Católica del Norte.

- Schröder-Butterfill, E. y Syawila, T. (2014). Care dependence in old age: preferences, practices and implications in two Indonesian communities. *Ageing Society*, 34, 361-387. Doi: 10.107/so144686X12001006.
- Scola, A. (2012). Conciliación entre la casa y el trabajo. *Humanitas Revista de Antropología y Cultura Cristianas*, 26, 13-14.
- Seoane, J. A. (2011). ¿Qué es una persona con discapacidad? *Ágora*, 30(1), 143-161.
- Soler, A., Teixeira, T.C. y Jaime, V. (Marzo de 2008). *Discapacidad y dependencia: Una perspectiva de género*. XI Jornadas de Economía Crítica, Bilbao, España.
- Streubert, H. J. y Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative Research in Nursing: Advancing*
- Sunkel, G. (2006). *El papel de la familia en protección social en América Latina*. (Políticas Sociales, nº 120). Santiago de Chile: Naciones unidas.
- the Humanistic Imperative*. (2nd ed.) Philadelphia: Lippincott.
- Ulin, P.R., Robinson, E.T. y Tolley, E.E. (2006). Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos (Publicación Científica y Técnica Nº 614). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- United Nations General Assembly. (2006). *Convention on the Rights with Persons with Disabilities and Optional Protocol*. Recuperado de: [shorturl.at/ikwL0](http://shorturl.at/ikwL0)
- United Nations. (2019). *World Populations Prospects: Highlights*. Recuperado de: [shorturl.at/pBTW5](http://shorturl.at/pBTW5)
- Uribe, P. I. (2010). Los hogares unipersonales: Nueva tendencia en la estructura familiar. *Revista tendencias y retos*, 15, 57-68.
- Villa, L. (2016). *Situación de la dependencia: Un análisis por Comunidades Autónomas* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Walker, S-Riley, D. (2001). Involvement of the Personal Social Network as a Factor in Parent Education Effectiveness. *Family Relations*, 50(2), 186-193.
- Whitehead, M. y Dahlgren, G. (2010). Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población-Parte 1 (Ministerio de Sanidad y Política Social Trad.). Liverpool: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [shorturl.at/rAIQZ](http://shorturl.at/rAIQZ)

- World Health Organization (1946). *Official records of the World Health Organization: Summary report of proceedings minutes and final acts of the World Health Organization*. Recuperado de: [shorturl.at/fsyP4](http://shorturl.at/fsyP4)
- World Health Organization (1980): *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: World Health Organization.
- Zafra, E. y Monrós, M.J. (2012). *Guía de intervención de trabajo social sanitario 2012*. Valencia: Consejería de Sanidad.

## **REFERENCIAS LEGISLATIVAS**

- Ley 14/1986, General de Sanidad (publicada en el BOE nº 102 el 29 de abril de 1986).
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (publicada en el BOE nº 280 el 22 de noviembre de 2003).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (publicada en el BOE nº128 de 29 de mayo, de 2003).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (publicada en el BOE nº 299 de 15 de diciembre de 2006).
- Ley 23/2018, de 29 de noviembre, de igualdad de las personas LGTBI (publicada en el BOE nº 10 de 11 de enero de 2019).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (publicada en el BOE, nº 294 de 6 de diciembre de 2018)
- Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (publicada en BOJA nº 53 de 17 de marzo de 2008).
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía (publicada en el BOE nº 22 de 26 de enero de 2000).
- Real Decreto 197/2007, de 3 de julio por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de Salud en el Servicio Andaluz de Salud (publicado en el BOJA nº 140 de 17 de julio de 2007).

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (publicada en el BOE nº 42 de 18 de febrero de 2011),

Orden de 2 de septiembre de 1985, por la que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Andalucía (publicada en BOJA nº 90 el 19 de septiembre de 1985).

Directiva 2008/52/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2008, sobre ciertos aspectos de la mediación en asuntos civiles y mercantiles (publicada en el BOE nº 136 de 24 de mayo de 2008).

## ANEXOS

### ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO (entrevistas)

Yo.....  
acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación “Estrategias de afrontamiento de las familias ante los retrasos en la valoración del grado de dependencia en sus familiares a través del Hospital San Rafael (Granada).”, dirigida por la estudiante Sonia Martín Rodríguez de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Granada.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio. En relación a ello, acepto participar en una serie de entrevistas que se realizarán durante el transcurso del estudio. Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún peligro para mi salud, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar sin recibir sanción alguna. También declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima** y que será resguardada por el investigador o investigadora de la Universidad de Granada y sólo se utilizará en los trabajos de este estudio. Declaro conocer que puedo solicitar la entrega de un informe que refleje los resultados de la investigación.

Nombre Participante y firma

Nombre Investigador y firma

Fecha: .....

Fecha: .....

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá hacerla a la siguiente persona y dirección: **Sonia Martín Rodríguez** estudiante de la Universidad de Granada. Correo electrónico: [soniar1598@correo.ugr.es](mailto:soniar1598@correo.ugr.es)  
Si Ud. siente que en este estudio se han vulnerado sus derechos podrá contactarse con la siguiente persona: **Dr. Miguel Cecilio Botella López** Presidente del Comité del Ético Científico de la Universidad de Granada. Correo electrónico: [mbotella@ugr.es](mailto:mbotella@ugr.es)

## **ANEXO 2: MODELO DE ENTREVISTA**

**Sexo:**

**Edad:**

**Formación en materia de dependencia:**

### **DIMENSIÓN 1: Influencia de los aspectos sociales en las estrategias familiares.**

1. De acuerdo a la situación que estamos viviendo en torno a los retrasos de valoración de grado de dependencia y la necesidad de ayudas de atención a la dependencia ¿Cómo cree que la economía familiar ha influido a la hora de elaborar las estrategias de afrontamiento? ¿Por qué?
2. A la hora de atender a los familiares en situación de dependencia, ¿Cómo cree que influiría o influye el tener conocimientos en torno a la atención de las personas en situación de dependencia?
3. En relación a las necesidades sociales, de ocio e interactivas de las personas en situación de dependencia, ¿Cómo opina que ha favorecido el apoyo familiar a la hora de atender a la persona en situación de dependencia? ¿Y el apoyo social, es decir, de amigos, la comunidad, profesionales etc.?

### **DIMENSIÓN 2: Dinámicas relacionales y organizativas de las familias.**

1. En cuanto a la dimensión familiar para cubrir las necesidades de la persona en situación de dependencia ¿Cómo se ha organizado la unidad familiar para atender las necesidades de la persona en situación de dependencia? ¿Cuál ha sido el papel de cada uno de los familiares a la hora de atender a la persona en situación de dependencia? ¿Por qué?
2. Usted y/o sus familiares a la hora de cumplir con sus roles asignados ¿Cómo han solucionado los problemas de conciliación?
3. En torno a la gestión de la dependencia ¿Cómo se podría atender de una forma mucho más completa las necesidades de la persona dependiente?
4. Con respecto a los servicios de dependencia que han utilizado o creen que podrían necesitar ¿Qué opinan de los apoyos informales? ¿Y de los apoyos formales?

### **DIMENSIÓN 3: Percepciones de las familias sobre la actuación del personal de trabajo social.**

1. Desde un punto de vista de actuación interna me gustaría conocer ¿Qué opina con respecto a la actuación que ha llevado a cabo la unidad de trabajo social ¿Por qué? ¿Qué cree que podría mejorarse de su actuación? ¿Por qué? ¿Cuáles han sido los puntos fuertes de la intervención de la trabajadora social en la intervención? ¿Por qué?
2. Para finalizar desde una perspectiva de actuación externa me gustaría saber ¿Qué cree que podría hacer la trabajadora social ante los retrasos de reconocimiento de grado de la “Ley de Dependencia”?

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ORIGINALIDAD



### DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ORIGINALIDAD QUE PRESENTA EL AUTOR/A DEL TRABAJO FIN DE GRADO EN LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA.

D<sup>a</sup>. Sonia Martín Rodríguez provista de Documento Nacional de Identidad: 77036415-P, actuando en nombre y representación propia,

#### DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:

Que el Trabajo Fin de Grado presentado en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Granada, con fecha: 25 de junio de 2020.

Denominado: Estrategias de afrontamiento de las familias ante los retrasos en la valoración del grado de dependencia en sus familiares a través del Hospital San Rafael (Granada).

Es original (no es copia ni adaptación de otra), inédita (no ha sido difundida por ningún medio, incluyendo Internet) y no ha sido presentada anteriormente por él/ella mismo/a o por otra persona.

Y para que así conste a efectos oportuno, se firma la presente en Granada a 25 de junio de 2020.

Fdo.:



El plagio, entendido como la presentación de un trabajo u obra hecho por otra persona como propio o la copia de textos sin citar su procedencia y dándolos como de elaboración propia, conllevará automáticamente la calificación de cero en esta asignatura, con independencia del resto de las calificaciones que ya hubiera obtenido.