

# Estudio de caso: el acompañamiento y la orientación individual como herramienta de cambio y progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de un familiar con demencia

Case study: support and individual guidance  
as a tool for change and for personal  
and family progress in coping  
with care for a relative with dementia

**María Cristina Lopes Dos Santos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3114-9046

---

Recepción: 14/06/21. Revisión: 04/07/21. Aceptación: 23/07/21

---

**Para citar:** Lopes Dos Santos, M. C. (2021). Estudio de caso: el acompañamiento y la orientación individual como herramienta de cambio y progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de un familiar con demencia. *Revista de Treball Social*, 221, 109-121. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.06>

---

## Resumen

El acompañamiento y la orientación individual son una herramienta básica para generar cambios y potenciar el progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de familiares con demencia, puesto que permite incidir en aspectos cotidianos, orientar en contextos naturales y apoyar a la persona cuidadora en el proceso, ayudando a comprender el mismo y a generar los cambios de perspectiva necesarios para convivir con la enfermedad. Esta línea de trabajo se encuentra más allá del diagnóstico y tratamiento, puesto que trata de acompasar el afrontamiento al

---

<sup>1</sup> Doctora en Trabajo Social por la Universidad Pública de Navarra. Profesora asociada de la Universidad Pública de Navarra, Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación, Departamento de Sociología y Trabajo Social. Grupo de investigación ALTER. [cristina.lopes@unavarra.es](mailto:cristina.lopes@unavarra.es)

que debe encararse el familiar que se encuentra en una situación personal de cuidado en un proceso patológico tan complejo y desconcertante como es la demencia.

La labor de la persona profesional de referencia en este proceso, en este caso de Trabajo Social, supone una fuente de apoyo básica que debe desarrollar una estrategia específica y planificada en dicho proceso, acompañando la evolución y progreso personal y familiar de acuerdo con el momento y la circunstancia.

---

**Palabras clave:** Acompañamiento, afrontamiento, cuidado demencia, apoyo, progreso.

---

## Abstract

Support and individual guidance are basic tools when it comes to bringing about changes and enhancing personal and family progress in coping with care for relatives with dementia. This is because these components make it possible to bring about an impact on day-to-day aspects, to provide guidance in natural contexts and to offer support for carers in the process, helping to gain an acquaintance of said care process while generating the changes of perspective needed to live with the disease. This line of work lies far beyond diagnosis and treatment since it seeks to keep up with the coping strategy faced by the relative in the personal circumstances of providing care during the highly complex, disturbing pathological process that is dementia.

The work of the referred professional in this process, in this case from the field of social work, constitutes a source of basic help which should deliver a specific, planned strategy in said process, supporting development, and personal and family progress, according to the moment and the circumstance.

---

**Keywords:** Support, coping, dementia care, help, progress.

## Introducción

El acompañamiento es una herramienta básica en la intervención social, no solo trata de orientar o asesorar a la persona con la que se trabaja, sino que va más allá, procurando establecer una relación vincular de apoyo continuado en la que la persona profesional interviniente genera un proceso guiado de soporte que sirve a la persona usuaria de elemento sostenedor y de apoyo, potenciador de su resiliencia, y dinamizador de sus capacidades y habilidades para afrontar la situación que vive (Raya y Hernández, 2014). En ámbitos como el de la exclusión social, se ha posicionado como una pieza clave:

Las estrategias de incorporación social han cobrado un papel nuclear en nuestro modelo de bienestar y en el conjunto de las políticas sociales del Estado español. La intervención en el ámbito de la incorporación social con personas en situación o riesgo de exclusión, y por extensión, el conjunto de profesionales que trabajan en los dispositivos y servicios, se mueven entre grandes y variadas exigencias; acompañar a las personas en sus procesos de cambio y desarrollo de sus potencialidades y capacidades, fomentar al mismo tiempo que las personas sean competentes socialmente y que sepan responder a las exigencias de una sociedad exclusógena en plazos de tiempo medios o cortos y, simultáneamente, dar respuesta a las situaciones de necesidad y/o urgencia de las personas participantes en los programas (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p. 13).

En este proceso es fundamental que la persona profesional sea una pieza clave que cree las relaciones oportunas entre ambas de tal manera que sirva como luz orientadora a la persona usuaria, pudiendo ofrecerle cauces diversos de participación, ayudándole a desarrollar sus capacidades y la comprensión de la enfermedad, los cambios y el progreso de esta, para adecuar de la mejor manera posible su realidad e interacción con el familiar con quien convive.

El trabajo social individual, y también el trabajo en clave de acompañamiento, se dirigen fundamentalmente a la intervención en las motivaciones y competencias individuales o familiares (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p.18).

Este devenir debe ser pausado y continuado, para que la persona usuaria pueda sentir el apoyo y acompañamiento, al tiempo que experimentar los cambios que introduce en el proceso y los resultados de este, pudiendo generar sus propias valoraciones y decisiones acordes con su visión y objetivos. Se trata de que cada profesional se acerque al contexto de la persona y su familia y se oriente a su apoyo incondicional (Fernández Solís y Castillo Sanz, 2010).

En el caso de las situaciones de demencia y su cuidado, se produce una necesaria vinculación empática entre la persona cuidadora principal y su familiar con demencia. En este sentido, la neurodegeneración que

produce la demencia conlleva distintas circunstancias limitantes que generan dependencia a través de pérdidas funcionales que irrumpen en la cotidianidad de las personas y desestructuran su vida y relación (Rodríguez y Sánchez, 2004; Losada, Peñacoba et al., 2008; López et al., 2009). Una realidad de cuidado que afecta fundamentalmente a mujeres (Cameron y Moss, 2007; Durán, 2011; Rodríguez, 2011) y que se ejerce en hogares principalmente (Gómez, 2007). En este proceso de cuidado continuo se han detectado situaciones de hipervigilancia (Losada, Márquez et al., 2017), estrés e incluso sufrimiento psico-emocional (Rodríguez, M. I. Archilla y M. Archilla, 2014; Bermejo, 2004). De ahí el necesario acompañamiento a la persona cuidadora en todo este difícil y arduo proceso.

Llegar a establecer una relación vincular en la que la persona usuaria se enriquezca y desarrolle, progrese y mejore tanto en la esfera personal como familiar, es el objetivo principal del acompañamiento que, tras el proceso inicial e intenso de cambio, deberá ir poco a poco reduciéndose a medida que aumenta la competencia y autonomía de la persona usuaria en su nueva visión y orientación práctica del afrontamiento de la enfermedad, de la convivencia con la persona enferma.

## Objetivos

El estudio de caso que ocupa este artículo conllevaba la consecución de cinco objetivos:

1. Atender la demanda explícita de apoyo que la usuaria solicitaba.
2. Establecer y delimitar un proceso de acompañamiento temporal a la usuaria de acuerdo con su circunstancia personal y familiar.
3. Desarrollar una metodología de acompañamiento para la mejora de las circunstancias vividas por la usuaria.
4. Dotar de estrategias y herramientas sostenibles de afrontamiento de la situación familiar a la usuaria en atención.
5. Comprobar la existencia o no de mejoras en la relación intrafamiliar de la usuaria con su madre, así como la adquisición de estrategias y herramientas.

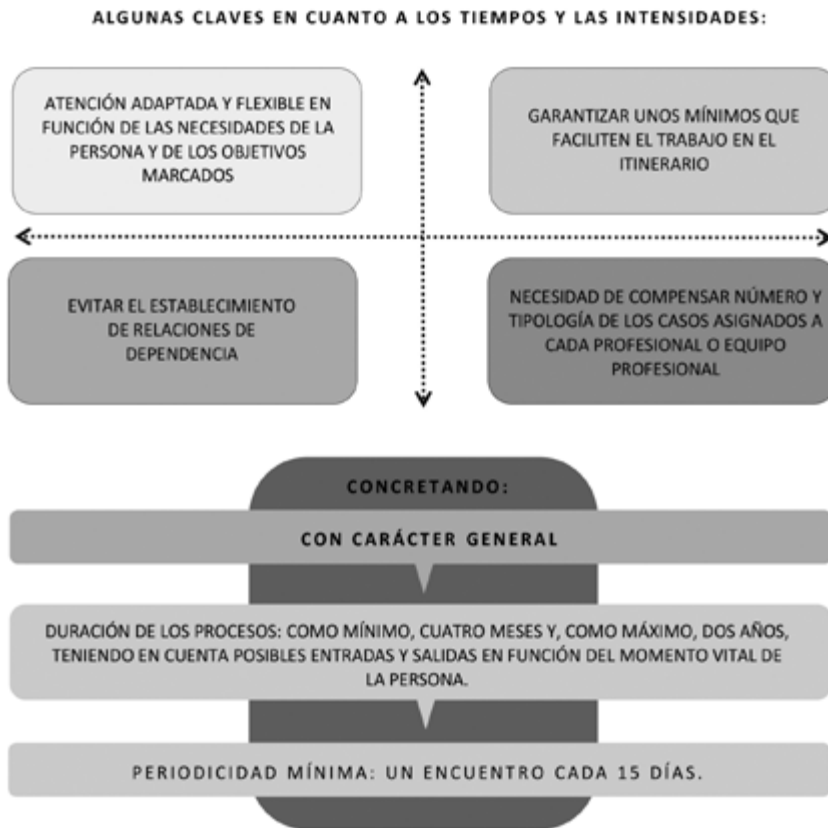
Todos ellos están relacionados con la creación de una relación vincular de apoyo a través del acompañamiento y el empoderamiento de la persona atendida desde una óptica de desarrollo sostenible personal y familiar. El planteamiento global es el de capacitar a la persona para la adaptación y afrontamiento de la circunstancia vital que experimenta y el desarrollo progresivo de la misma a corto, medio y largo plazo.

## Metodología

El acompañamiento es un “método de intervención profesional temporal, de intensidad variable, basado en el derecho de la ciudadanía a una relación de ayuda o atención social personalizada. Partiendo de una

relación proactiva y de confianza, y mediante el diseño conjunto de un itinerario individualizado de incorporación con objetivos acordes a las necesidades, debe posibilitar una oportunidad de mejora o reducción de daños. Debe estar encaminada al desarrollo de las potencialidades y capacidades de la persona y al descubrimiento y reinterpretación de la situación clave de cambio, tomando el protagonismo del propio proyecto social” (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p. 23).

**Figura 1.** El acompañamiento y su intensidad temporal



Fuente: Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p. 26.

Para realizar este acompañamiento y que resulte efectivo, es preciso tener en cuenta tres factores iniciales fundamentales: situación de vulnerabilidad, “abandono” y/o desconcierto de la persona cuidadora, necesidad expresada y solicitud de apoyo en el proceso, y una persona profesional conocedora de la patología y las dinámicas intrafamiliares.

Desde esas premisas, el proceso de acompañamiento es un abordaje lento, paulatino y sostenido que se desarrolla durante un tiempo concreto

pero flexible, valorando periódicamente los avances de la persona usuaria y potenciando en todo momento su desarrollo y progreso, evitando la directividad y generando nuevos enfoques que valorar para adoptarlos o no en su propio desarrollo personal y familiar.

Es por ello por lo que se han establecido citas continuadas y periódicas, una vez al mes, en un espacio privado (siempre el mismo), que han permitido la privacidad y familiaridad necesarias para poder avanzar en el proceso de acompañamiento.

La *cita inicial* estuvo marcada por el inicio del acompañamiento en la que se produjo un encuentro entre ambas personas para conocer la situación, establecer la demanda y ofrecer el acompañamiento.

Cada una de *las siguientes citas* estuvo estructurada en base a tres premisas: espacio abierto para las opiniones, reflexiones y análisis de la usuaria desde el anterior encuentro, escucha activa por parte de la profesional interviniente e incidencia en aspectos mejorables (exposición y valoración de alternativas) y reforzamiento positivo de aquellos que han mejorado a través de cambios de conducta o puesta en práctica de nuevos procedimientos o tareas descubiertos en el proceso o por iniciativa de la persona cuidadora. Técnicas dialógicas de encuentro y relación de ayuda para favorecer la interacción y crecimiento personal (Arnkil, 2019).

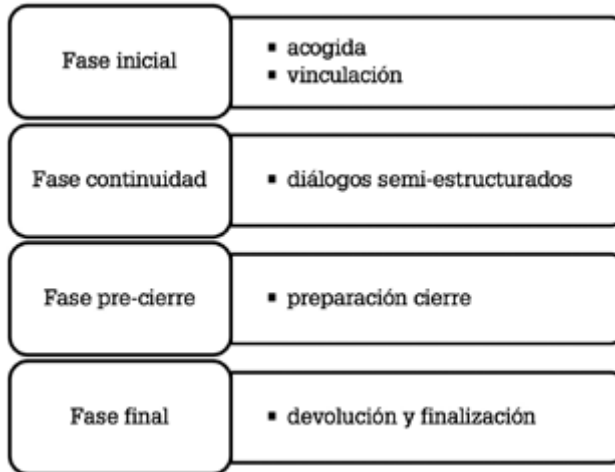
Tres meses *antes del cierre* del proceso y habiendo observado y constatado un desarrollo de competencias y nuevos focos de abordaje y afrontamiento de la enfermedad, hasta el punto de considerar el acompañamiento por terminado, la profesional informó a la usuaria del progreso positivo en su desarrollo y el planteamiento de cierre de la intervención, procediendo a dos últimas citas, de común acuerdo, para afianzar los elementos alcanzados y desarrollados, así como preparar la desvinculación.

En todo el proceso destacó como técnica por excelencia la *entrevista*, método de intervención que facilita la comunicación y la relación de ayuda. Especialmente se utilizó como base la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1990), ya que fundamentalmente se trataba de potenciar los recursos personales y la capacidad de resiliencia y autoafirmación en sus propias competencias y en el crecimiento personal en el proceso iniciado.

Otra técnica utilizada fue el *autorregistro* a través del diario que llevó a cabo la persona atendida y que la profesional sugirió. De este modo también plasmaba sus vivencias y podía observar su propio desarrollo en el proceso, así como las dificultades y estrategias de afrontamiento establecidas. Un autoanálisis que permitía el aprendizaje y el desarrollo posterior de alternativas y aprendizajes para los procesos siguientes.

Asimismo, en las primeras entrevistas, se usó la *historia de vida* como método para obtener la información necesaria para el diagnóstico, así como favorecer la toma de conciencia y promover la vinculación. En la figura 2 se observa el proceso de acompañamiento realizado.

Figura 2. Proceso cronológico de acompañamiento



Fuente: Elaboración propia.

## Resultados

Los resultados obtenidos fueron registrados por la profesional y por la usuaria a través de un diario que sugirió la profesional y que posteriormente facilitó, en parte, a la referente en el acompañamiento, con objeto de su análisis. Se realizaron un total de 18 citas en el plazo de 18 meses, con una periodicidad mensual, y una duración de 2 h 30' cada una. Siempre en el mismo espacio, día y hora (salvo cambios sugeridos por la usuaria por necesidades personales, manteniendo siempre la periodicidad mensual y el tiempo de atención). Fueron, por lo tanto, un total de 45 horas de intervención directa.

Dichos resultados muestran un progreso positivo desde el inicio del acompañamiento y cómo se encontraba la usuaria hasta el final de este. Se pueden constatar distintas etapas o fases de acuerdo con las circunstancias personales y posterior desarrollo. La usuaria atraviesa un proceso de aceptación y toma de conciencia, así como de reformulación de sus propias expectativas, acercándose al contexto de la enfermedad y realidad de su madre. Además, adquiere y desarrolla estrategias de acción que no solo reducen su estrés y malestar, sino que permiten la emergencia de una relación positiva entre ambas.

### Contexto

La usuaria es una mujer en la década de los cuarenta, autosuficiente e independiente que vive sola, con una pareja con cierta continuidad y que ha recibido la noticia de que su madre padece Alzheimer, tras una caída

fortuita en su casa y su ingreso posterior en el hospital. A raíz de dicho ingreso su madre presenta estados confusionales agudos que son valorados por neurología, que detecta un deterioro cognitivo leve (DCL) que pronto da paso al diagnóstico definitivo (Alzheimer). Como hija única se siente en la obligación de atender a su madre, pero no sabe cómo hacerlo, carece de directrices diarias y solicita comprender la enfermedad y lo que está pasando. Sobre todo, le preocupa saber qué hacer y si es correcto o no. Se siente frustrada y comenta que su madre padecía esquizofrenia, lo que le impedía una relación cotidiana normalizada con ella y con las demás personas (llevaba 20 años sin salir de casa), con el consiguiente alejamiento interpersonal y la desvinculación madre-hija.

### **Fase Inicio**

Puede situarse en los tres primeros meses del acompañamiento. La usuaria muestra necesidad de apoyo y establece rápidamente una vinculación con su referente. La demanda y la situación son claras y se diagnostica en la primera entrevista a través de la historia de vida. La usuaria manifiesta angustia y nerviosismo, literalmente dice: “con el diagnóstico me derrumbé, hasta ese momento no me parecía que estuviera tan mal”, “esto solo va a ir a peor”, “soy yo la que tiene que tomar decisiones y siempre es de manera muy rápida”, “me tengo que hacer cargo de todo”, “el que se haya apoderado de mi casa lo llevo mal” (su madre ha pasado a residir con ella).

Es un periodo marcado por angustia, malestar y pesimismo, así como sobrecarga. Tiene que asumir una realidad impuesta y no deseada, modificando su proyecto vital para adaptarse a una circunstancia negativa.

El peso de la ausencia de relación anterior hace mella en el momento actual. Su madre es una desconocida que manifestaba delirios y alucinaciones como consecuencia de la esquizofrenia, lo que había distanciado y casi anulado la relación entre ambas: “decía que había unas bolas en la calle que la iban a matar, y con eso llevaba 20 años sin salir de casa”, “ya no teníamos relación, alguna llamada y poco más”, “es muy difícil cuando una persona no está bien y no puedes hacer nada por cambiarlo... te acostumbras... y acabas haciendo tu vida”. Asumir un cuidado no deseado, pero al mismo tiempo aceptado frente a otras opciones, generó una ambigüedad en la usuaria que dificultaba el establecimiento de una relación y su afrontamiento: “bueno, yo sé que podría tener alguna otra opción, pero tampoco lo veo, es que es lo que me parece que tengo que hacer... y también es que quiero hacerlo... pero por otro lado... me desespera”.

Al mismo tiempo, su demanda constante era la de saber qué tenía que hacer y cómo. Esperaba soluciones a corto plazo que modificaran el proceso degenerativo con la irrealista esperanza de mejora: “sé que no va a mejorar, porque ya sé qué es esto... pero yo pienso que con voluntad se consiguen las cosas y que si puedo ayudarle a hacer cosas pues va a poder volver a ser, por lo menos, más autónoma”.



## Fase Desarrollo

Se sitúa en los 12 meses siguientes tras el inicio de la relación de ayuda. Durante este periodo la usuaria realiza un proceso de aceptación de la enfermedad y el cuidado, encauzando sus energías hacia la resolución de cuestiones concretas, planteamiento de objetivos viables y reforzamiento de la relación madre-hija.

Es el momento de mayor crecimiento personal y familiar. La usuaria verbaliza: “he recuperado una relación con mi madre perdida desde hace años”, “veo que tengo que vivir el momento”, “antes no me hubiera supuesto mucho que se muriera, pero ahora me da pena”, “veo que ella es feliz”, “es muy cariñosa conmigo”. Desde esta perspectiva, la usuaria ha aprendido a modificar su visión negativa inicial y sus intentos continuos de aleccionar a su madre y orientar su conducta hacia la normalidad, por una aceptación paulatina de la enfermedad y de los límites de esta, pudiendo avanzar hacia elementos emotivos positivos y centrados en la relación y no en el progreso patológico. Esto ha hecho que haya ido adquiriendo más conciencia de la enfermedad y ha disminuido progresivamente su sensación de malestar y directividad.

En este periodo se trabajaron elementos concretos diarios, como secuencias de acción y comportamientos que la usuaria esperaba de su madre y no conseguía (tales como ir y volver sola de la parada del autobús o realizar alguna tarea doméstica específica). Inicialmente la usuaria no entendía por qué no era capaz de realizarlas “si es muy sencillo, ir y volver a la parada, es fácil y a mí me resolvería mucho que pudiera ir”. Se trabajó con ella las señales de referencia, los acompañamientos y la secuencia de pasos a realizar. Además, se sugirió el uso de un centro de día de la localidad de residencia para la estimulación cognitiva y la atención durante unas horas mientras la usuaria estaba trabajando. Finalmente, optó por contratar a una persona cuando observó las limitaciones de su madre.

En cuanto a las estimulaciones implementadas por la usuaria, esta se orientaba a fortalecer aspectos generales y cuestiones obtenidas de estudios científicos. Por ejemplo, leyó que aprender ajedrez era muy positivo para prevenir el Alzheimer y se planteó que su madre aprendiera ajedrez. La profesional recondujo esa cuestión hacia elementos viables y pragmáticos relacionados con la historia vital de su madre para potenciar dichas asociaciones y aprendizajes, evitando la introducción de nuevos factores estresantes y poco eficientes.

La elaboración de la historia de vida de la madre supuso un efecto reconstituyente en la relación entre ambas: “fíjate, estoy recordando cosas que antes había olvidado sobre ella”. Estas cuestiones hicieron que la usuaria hablara con su madre y buscara información sobre ella (familiares vivos cercanos, en concreto dos tías, hermanas de la madre), potenciando su asociación de recuerdos y reviviendo aspectos saludables de su infancia y juventud.

La madre recuperó hábitos perdidos como hacer punto y se volvió más extrovertida y cariñosa: “ahora habla con todo el mundo, es como si

fuera otra persona, no recuerdo haberla visto así”, “te cuenta cosas de cuando era cría y jovencita, de eso sí que se acuerda bien”, “está siempre contenta, no como antes, y cuando nos sentamos en el sofá me acaricia el pelo”, “siempre me está diciendo que me quiere mucho”.

La retroalimentación positiva entre madre e hija permitió que la sensación inicial de la usuaria y su elevado estrés ante la situación vivida se redujeran. En este sentido, también la actitud de la madre fue cada vez más indulgente y cariñosa.

La usuaria aprendió a situarse en el momento presente y orientarse a resolver cuestiones que se iban dando para valorar las vivencias actuales: “me han dicho que cuanto antes a una residencia, en cuanto haya plaza, pero yo les he dicho que no, que ahora que empiezo a disfrutar de estar con ella, que no quiero, que ya habrá tiempo de eso, que de momento está bien como para estar conmigo”. La evitación de duelos anticipatorios y la proyección hacia el disfrute del momento orientado a abordar cada circunstancia de acuerdo con su aparición fueron aspectos clave en el proceso que siguió la usuaria y que fue descubriendo paulatinamente.

### **Fase final**

Coincidente con los últimos tres meses de acompañamiento, la usuaria mostró habilidades personales de resiliencia y progreso, se sintió apoyada y pudo desarrollar una relación más positiva. Ella verbalizó: “ahora me siento bien, me siento tranquila”, “necesitaba alguien a quien contar y que me dijera si iba bien o no”, “me dejás muy bien”. Agradeció el acompañamiento que considera clave en este proceso y que le ha permitido desarrollarse desde el punto de vista personal y familiar, abordando un tema tan complejo como la demencia.

Entendió el cierre del proceso de acompañamiento al haber adquirido competencias y herramientas de afrontamiento del proceso, siendo consciente de que podía volver a necesitar apoyo en el futuro. En este momento se reforzaron sus logros y competencia y se recordaron aspectos de apoyo fundamentales para su continuidad (estrategias desarrolladas, aprendizajes, objetivos...).

## **Conclusiones**

En relación con los objetivos planteados, se ha alcanzado la totalidad de los elementos inicialmente expuestos. En referencia a la atención de la demanda de apoyo que solicitaba la usuaria (objetivo 1), el establecimiento de un proceso de acompañamiento a lo largo de 18 meses de forma periódica (mensual), lo que facilitó el seguimiento de la relación de ayuda y el establecimiento de espacios de escucha, pautas de abordaje, refuerzo de elementos alcanzados y reajuste de estrategias fallidas. En referencia al establecimiento y delimitación de un proceso de acompañamiento temporal de acuerdo con la circunstancia personal y familiar de la usuaria (objetivo

2), la construcción de un espacio específico y detallado desde el primer momento de la intervención, planteando un límite temporal, permitió dotar de una estructura relacional orientada a objetivos específicos que se centraban en el afrontamiento del progreso de la enfermedad y convivencia conjunta con la persona familiar afectada. En referencia al desarrollo de una metodología de acompañamiento para mejorar la situación vital de la usuaria (objetivo 3), esta fue implementada, ajustada y revisada durante todo el proceso, lo que permitió una adaptación flexible a los distintos bagajes y momentos vivenciales que la usuaria experimentaba. En referencia a la dotación de estrategias y herramientas sostenibles de afrontamiento de la situación familiar a la usuaria (objetivo 4), a lo largo de la intervención, la figura profesional reforzó aquellos elementos que de manera autónoma la usuaria experimentaba o solicitaba confirmación de uso, y que eran adecuados para el desarrollo de estrategias positivas; a la par que proponía otros planteamientos y cuestiones que abordaban dificultades relatadas por la usuaria, indagando en aspectos de la cotidianidad convivencial. Finalmente, en cuanto a la comprobación de mejoras en la relación intrafamiliar y la adquisición de las estrategias y herramientas propuestas (objetivo 5), cabe destacar que, de acuerdo con los progresos experimentados y relatados por la propia usuaria, fue capaz de aceptar la realidad de convivencia con la persona enferma y generar estrategias efectivas de afrontamiento, mejorando su relación intrafamiliar. Sin embargo, no es posible asegurar la existencia de una sostenibilidad posterior a largo plazo, ya que, si bien no volvió a solicitar apoyo durante el periodo de dos años tras el cierre de la intervención, no se ha podido constatar si lo hizo posteriormente a través de otra persona profesional, con lo que solo se puede corroborar que a corto y medio plazo este acompañamiento ha sido efectivo.

Este estudio de caso muestra la eficacia de la intervención por medio del acompañamiento personalizado. Otros estudios, como el de Pulice (2016), señalan la relevancia del acompañamiento a las personas cuidadoras en el afrontamiento de la neurodegeneración que produce el Alzheimer y otras demencias. Se observa cómo es posible ofrecer un marco de actuación compatible con los planteamientos de atención y acompañamiento propios del Trabajo Social.

Un aspecto especialmente importante es la capacidad de flexibilizar tanto el tiempo de atención como la intensidad en cada proceso. En el caso aquí presentado, la adaptación paulatina al cambio y a las necesidades de la usuaria ofrecieron frutos positivos que, con sus altibajos y momentos difíciles, confluyeron en un proceso resiliente. La necesidad de establecer una ruta de trabajo adaptable al contexto y circunstancia es esencial para el acompañamiento. Por otro lado, es necesario orientar desde el conocimiento y la intervención en un contexto social, familiar y personal específico y no desde pautas generalistas con eficacia limitada.

En cuanto a limitaciones del estudio, obviamente el trabajo con un único caso ofrece una visión parcial y una práctica circunscrita a una realidad en exclusiva. No obstante, es desde esa misma práctica del acom-

pañamiento (observado como un proceso positivo en otros múltiples casos) y su desarrollo y registro, desde donde es posible delimitar el campo de acción y perfilar metodologías y técnicas cada vez más precisas. Es necesario visualizar y visibilizar estos procedimientos y compartir distintas experiencias que permitan mejorar las intervenciones y evaluar los niveles de eficacia y eficiencia. De este modo, el acompañamiento se perfila como una metodología capaz de potenciar y desarrollar aspectos resilientes ante procesos complejos, difíciles y cada vez más frecuentes, como es el cuidado de familiares con demencia.

---

## Referencias bibliográficas

- Arnkil, T. E. (2019). Co-generando espacios dialógicos: Desafíos para los Diálogos Abiertos y Anticipatorios y las Prácticas Dialógicas en General. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices*, 9(1), 51-64. Wordpress. <https://ijcp.files.wordpress.com/2019/12/ijcp-issue-9-p.-51-64-arnkil-co-generating-dialogical-spaces-espac3b1ol.pdf>
- Bermejo, F. (2004). *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia*. (2.ª ed.). Díaz de Santos.
- Cameron, C., y Moss, P. (2007). *Care Work in Europe: Current understanding and future directions*. Ed. Routledge.
- Durán, M. A. (Dir.). (2011). *El trabajo del cuidado en América Latina y España*. Fundación Carolina-CEALCI, Documento de trabajo n.º 54, 74-87. Recuperado 20 septiembre 2021, de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/37909/1/El%20trabajo%20del%20cuidado%20en%20ramon%20ramos.pdf>
- Fernández Solís, J. D., y Castillo Sanz, A. G. (2010). *La educación de calle: Trabajo socioeducativo en medio abierto*. Ed. Desclée de Brouwer.
- Gómez, M. M. (2007). Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(2), 60-71. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215257006.pdf>
- López, M. J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., y Alonso, F. J. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2, 332-334. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169614509004.pdf>
- Losada, A., Márquez, M., Vara-García, C., Gallego, L., Romero, R., y Olazarán, J. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador.

- Revista Clínica Contemporánea*, 8(4), 1-27. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2017v8n1a4.pdf>
- Losada, A., Peñacoba, C., Márquez, M., y Cigarán, M. (2008). *Cuidar cuidándose: Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Ed. Encuentro.
- Miller, W., y Rollnick, S. (1990). *La entrevista motivacional*. Ed. Paidós.
- Pulice, G. (2016). *Acompañamiento terapéutico, transferencia y dirección de la cura*. Ed. Letra Viva.
- Raya, E., y Hernández, M. (2014). Acompañar los procesos de inclusión social. Del análisis de la exclusión a la intervención social. *Revista de Trabajo Social*, 16, 143-156.
- Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (2016). *El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión*. Ed. Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social.
- Rodríguez, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 13-42. Universidad Complutense de Madrid. <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/36184/35063>
- Rodríguez, J. C., Archilla, M. I., y Archilla, M. (2014). La sobrecarga de los cuidadores informales. *Metas de enfermería*, 17(1), 62-67.
- Rodríguez, M., y Sánchez, J. L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología*, 20, 175-186. Alzheimer Universal. <https://www.alzheimeruniversal.eu/wp-content/uploads/2013/02/Reserva-cognitiva-y-demencia.pdf>