

TEJIENDO REDES DE CUIDADO: INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO CON FAMILIAS CUIDADORAS DE PERSONAS CON DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

WEAVING CARE NETWORKS: INTERVENTION FROM HEALTH SOCIAL WORK WITH FAMILIES CAREGIVERS OF PEOPLE WITH LEWY BODIES DEMENTIA

Carla Galán García

Máster Trabajo Social Sanitario - Universidad Pontificia de Comillas

Verónica Olmedo Vega

Trabajadora social sanitaria Área Neurología y Neurocirugía - Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Resumen: Este artículo propone un innovador proyecto de intervención dirigido a familias cuidadoras de personas con demencia con cuerpos de Lewy, abordado desde el Trabajo Social Sanitario en atención primaria. Reconociendo la complejidad clínica y psicosocial de esta enfermedad, caracterizada por síntomas cognitivos, conductuales y motores de evolución fluctuante, se enfatiza la urgente necesidad de abordar la sobrecarga que enfrentan los/as cuidadores/as informales, agravada por diagnósticos tardíos y la escasez de recursos especializados.

El modelo de intervención planteado se estructura en fases integradas: acogida inmediata posdiagnóstico, atención individualizada y grupal, coordinación interdisciplinar y seguimiento continuo, garantizando un apoyo sostenido y contextualizado. Su objetivo es acompañar a las familias en su proceso de adaptación, fomentando la conciencia de sus necesidades y fortaleciendo sus competencias cuidadoras mediante estrategias psicosociales y comunitarias.

El proyecto destaca el cuidado de las personas cuidadoras como eje estratégico fundamental para lograr una atención integral, humanizada y sostenible, que contribuya significativamente al bienestar de las familias y a la calidad del acompañamiento brindado en contextos de alta vulnerabilidad.

Palabras Clave: Demencia con cuerpos de Lewy; atención primaria; Trabajo Social Sanitario; personas cuidadoras informales; sobrecarga en el rol de cuidado; adaptación familiar; intervención psicosocial.

Abstract: This article proposes an innovative intervention project aimed at families caring for people with Lewy body dementia, approached from the perspective of health social work in primary care. Recognizing the clinical and psychosocial complexity of this disease, characterized by fluctuating cognitive, behavioral, and motor symptoms, it emphasizes the urgent need to address the burden faced by informal caregivers, exacerbated by late diagnoses and a shortage of specialized resources.

The proposed intervention model is structured in integrated phases: immediate post-diagnosis support, individualized and group care, interdisciplinary coordination, and continuous monitoring, ensuring sustained and contextualized support. Its objective is to accompany families in their adaptation process, promoting awareness of their needs and strengthening their caregiving skills through psychosocial and community strategies.

The project highlights caregiver care as a fundamental strategic axis for achieving comprehensive, humanized, and sustainable care that significantly improves family well-being and the quality of care provided in a highly vulnerable environment.

Keywords: Lewy body dementia; primary care; Health Social Work; informal caregivers; caregiver burden; family adaptation; psychosocial intervention.

Referencia normalizada: Galán, C y Olmedo, V. (2025). Tejiendo redes de cuidado: intervención desde el Trabajo Social Sanitario con familias cuidadoras de personas con demencia por cuerpos de Lewy. *Trabajo Social Hoy*, 104(1), págs. 1-18. Doi: 10.12960/TSH.2025.0020

Correspondencia: Carla Galán García. Email: ca2ges@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado se ha conceptualizado como un entramado de prácticas y relaciones orientadas a preservar la vida y promover la autonomía a lo largo del ciclo vital (Tobío *et al.*, s.f.). En este marco, la familia ha ocupado un rol central como agente proveedor de cuidados, función moral y socialmente asignada, especialmente en contextos de dependencia o vulnerabilidad (Elizalde, 2020). Esta responsabilidad se ha visto acentuada en las últimas décadas debido al aumento de enfermedades crónicas y neurodegenerativas, en correlación con el envejecimiento demográfico (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Actualmente, se estima que más de 55 millones de personas viven con algún tipo de demencia a nivel global, proyectándose un aumento a 139 millones para el año 2050 (Alzheimer Europe, 2023). En este contexto, la demencia con cuerpos de Lewy (DCL) representa un reto específico en el ámbito clínico y social, al afectar a aproximadamente 11 millones de personas y posicionarse como una de las formas más prevalentes, con una incidencia estimada de hasta el 26% entre la población mayor (Walker, 2015). En España, se calcula que más de 900.000 personas presentan algún tipo de demencia, siendo la DCL la tercera en frecuencia (Pérez, 2025). Esta entidad clínica se caracteriza por la coexistencia de síntomas cognitivos, motores, conductuales y perceptivos, así como por una evolución fluctuante, lo que complica tanto su diagnóstico diferencial como su abordaje terapéutico (Mayo Clinic, s.f.).

Uno de los principales desafíos para las familias cuidadoras de personas con DCL radica en la complejidad diagnóstica, debido a la superposición sintomática con otras enfermedades neurodegenerativas. Esta incertidumbre clínica genera elevados niveles de sufrimiento psicosocial, dificulta la toma de decisiones y condiciona un acompañamiento frecuentemente desestructurado, con consecuencias directas en el equilibrio emocional y funcional del entorno familiar (Toro, 2010). En este contexto, cobra relevancia la figura de la persona cuidadora informal, habitualmente un familiar directo, que asume la responsabilidad del cuidado sin contar con formación específica ni con el apoyo institucional suficiente. Este rol conlleva una carga física, emocional, económica y laboral significativa, transformando de manera sustancial la vida cotidiana del/a cuidador/a (Demey y Allegri, 2008).

A pesar de los avances en el reconocimiento del rol de las familias cuidadoras y la disponibilidad de ciertos servicios de apoyo, persisten importantes brechas en términos de cobertura, articulación intersectorial y adecuación de los recursos sociosanitarios (Fundación Pilares para la Autonomía Personal, 2024). En este contexto, la atención primaria de salud se configura como un espacio estratégico para la detección precoz, la intervención oportuna y el acompañamiento continuo, tanto de la persona con diagnóstico de demencia como de su entorno familiar. El enfoque biopsicosocial que sustenta este nivel asistencial posibilita una comprensión integral de los procesos de salud, enfermedad y cuidado, facilitando intervenciones más contextualizadas, eficaces y sostenibles (Engel, 1977).

Desde este enfoque, el presente artículo tiene como objetivo examinar la situación de las familias cuidadoras de personas con DCL, identificando sus principales necesidades y visibilizando el papel estratégico que el Trabajo Social Sanitario puede desempeñar en el ámbito de la atención primaria. A tal efecto, se presenta una propuesta de intervención orientada al fortalecimiento de estas unidades cuidadoras, basada en un enfoque profesional integral que

articula el acompañamiento emocional, la orientación psicosocial y la vinculación con redes y recursos comunitarios.

2. DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

Las enfermedades neurodegenerativas representan uno de los mayores retos sanitarios y sociales en las sociedades envejecidas, al provocar un deterioro progresivo e irreversible del sistema nervioso central. Estas patologías minan gravemente la autonomía y calidad de vida, afectando múltiples funciones cognitivas, motoras y conductuales (Malta, 2024). Dentro de este complejo panorama, la DCL emerge como una entidad clínica altamente desafiante y subdiagnosticada, cuya prevalencia y severo impacto en pacientes y familias permanecen invisibilizados, demandando una atención urgente y especializada.

La DCL es una enfermedad neurodegenerativa progresiva caracterizada por la acumulación anómala de alfa-sinucleína en forma de cuerpos de Lewy, que afectan regiones cerebrales clave para la memoria, el pensamiento, la percepción y el control motor (Demey y Allegri, 2008). Como tercera causa más común de demencia en España, la DCL representa entre el 10 y el 20% de los casos, con más de 100.000 personas afectadas (Pérez, 2025), evidenciando un desafío sociosanitario significativo que exige mayor visibilidad, diagnóstico temprano y abordaje especializado.

La DCL afecta principalmente a personas mayores de 60 años, con mayor prevalencia en hombres. Su sintomatología, que combina características del Alzheimer y el Parkinson, sitúa a esta enfermedad en un lugar clínico intermedio. Frecuentemente, el síndrome parkinsoniano precede al deterioro cognitivo, ofreciendo claves diagnósticas importantes (Demey y Allegri, 2008). No obstante, la complejidad y la naturaleza fluctuante de sus síntomas dificultan un diagnóstico temprano, lo que genera errores de identificación y retrasos en el acceso a tratamientos y apoyos fundamentales (Toro, 2010), impactando negativamente en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

En las fases iniciales los síntomas conductuales y cambios abruptos en la personalidad suelen predominar por encima de la pérdida de memoria, constituyendo indicadores clínicos tempranos de la enfermedad. Manifestaciones como confusión, lenguaje incoherente, retraimiento social y conductas atípicas son frecuentemente identificadas por los/as cuidadores/as, quienes actúan como observadores primarios de alteraciones significativas en el comportamiento del paciente (Parra-Rizo y Sanchís, 2022). Estas alteraciones no solo provocan un impacto emocional considerable, sino que también desestabilizan la dinámica familiar y la organización cotidiana, subrayando la necesidad de intervenciones psicosociales tempranas y especializadas.

Desde una perspectiva clínica, se caracteriza por una elevada carga neuropsiquiátrica y conductual. Son comunes las alucinaciones visuales complejas, delirios paranoides, episodios de agitación psicomotora, conductas agresivas y trastornos del estado de ánimo como depresión y apatía (Heerema, 2024). En estudios cualitativos, personas cuidadoras reportan experiencias significativas que ilustran el impacto de estos síntomas. Por ejemplo, Canino y Melián (2024) documentan el caso de un paciente que interactuaba con fotografías familiares, creyendo que representaban personas reales, situación que llevó a la familia a retirar los retratos. Estos episodios generan un alto grado de malestar emocional, desorganizan la dinámica familiar y deterioran las relaciones afectivas.

Los trastornos del sueño asociados DCL, como el trastorno de conducta del sueño REM y la somnolencia diurna excesiva, impactan severamente el descanso del paciente y su entorno familiar (Toro, 2010). Paralelamente, los síntomas motores —aunque menos evidentes que en el Parkinson— provocan rigidez, inestabilidad postural y caídas frecuentes, complicando la movilidad. Esta combinación de síntomas y su rápida progresión transforman profundamente la vida del paciente y reconfiguran la dinámica familiar. La persona cuidadora informal, usualmente un familiar cercano, asume un rol central en la gestión integral del cuidado, abarcando supervisión médica, soporte emocional y atención física (Canino y Melián, 2024). Esta responsabilidad, ejercida sin preparación ni apoyo profesional, genera una sobrecarga persistente que compromete la salud física y mental del/a cuidador/a, además de afectar su red social y situación laboral.

Los testimonios recogidos por López (2024) evidencian cómo los episodios de violencia y agresividad asociados a la DCL llevan a muchas familias a considerar la institucionalización como única alternativa viable. Esta realidad subraya la imperiosa necesidad de intervenciones especializadas desde los servicios sociosanitarios que integren un abordaje centrado tanto en el paciente como en su entorno cuidador.

La ausencia de apoyo estructurado y recursos accesibles genera en las familias una profunda sensación de incertidumbre e inseguridad, especialmente al enfrentarse a decisiones complejas sin la debida orientación profesional (Vildorreta y Rubio, 2024). Por ello, la DCL exige una atención integral que trascienda la clínica, reconociendo el impacto devastador en las familias cuidadoras y la urgencia de implementar dispositivos de acompañamiento, formación y soporte emocional desde las primeras etapas del diagnóstico.

La DCL representa una entidad neurodegenerativa única, cuya rápida y multifacética progresión desafía los modelos tradicionales de atención sociosanitaria. Su complejidad clínica e imprevisibilidad demandan urgentemente respuestas sociosanitarias integradas, que reconozcan y aborden de manera simultánea las necesidades del paciente y de su red cuidadora. En este contexto, la atención primaria emerge como el pilar estratégico indispensable; su cercanía, continuidad y enfoque integral la convierten en el espacio idóneo para desplegar intervenciones tempranas, interdisciplinarias y sostenibles, capaces de transformar el curso de esta enfermedad y mejorar significativamente la calidad de vida de quienes la padecen y de sus familias.

3. EL CUIDADO FAMILIAR EN LA ACTUALIDAD

En las últimas décadas, los cambios sociodemográficos acaecidos en España han reconfigurado de manera significativa las dinámicas del cuidado informal en el ámbito familiar. Este tipo de atención, caracterizado por ser prestado por personas no profesionales —generalmente miembros del entorno cercano— a personas con algún grado de dependencia, se engloba bajo la noción de cuidados informales (Masana, 2017). En este marco, el concepto de dependencia adquiere una relevancia fundamental, al constituir el eje central desde el cual se articula la necesidad de una atención prolongada y continuada. Conforme a la definición propuesta por el Consejo de Europa, citada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004), la dependencia se entiende como «el estado en el que 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» (p. 4).

A diferencia del cuidado profesional, el cuidado informal se caracteriza por la ausencia de una contraprestación económica directa. De acuerdo con datos de la Comisión Europea y el Comité de Protección Social (2021), entre el 12 y el 18% de la población de la Unión Europea, con edades comprendidas entre los 18 y los 75 años, proporciona cuidados informales de larga duración. Esta situación adquiere especial relevancia en el contexto de enfermedades neurodegenerativas como la DCL, en las que el deterioro progresivo de las funciones cognitivas, conductuales y motoras incrementa sustancialmente el nivel de dependencia del paciente (Calvo, 2024). La naturaleza fluctuante de los síntomas, así como la pérdida gradual de autonomía funcional, demandan una supervisión continua que, en la mayoría de los casos, recae sobre familiares carentes de formación asistencial especializada (Montero, 2024).

Aunque tradicionalmente el modelo de cuidados en España se ha sustentado sobre una lógica familiarista, basada en la responsabilidad casi exclusiva del entorno familiar en la provisión de atención, en la actualidad dicho esquema se encuentra profundamente tensionado. Factores estructurales como el envejecimiento progresivo de la población cuidadora, la baja tasa de fecundidad, la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral y la transformación de los modelos de convivencia y composición familiar han debilitado su sostenibilidad (Rodríguez, 2011). Como respuesta institucional a esta crisis del modelo tradicional, en 2006 se promulgó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, concebida como el cuarto pilar del Estado de bienestar en España (Escudero, 2007).

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, fue concebida como un instrumento normativo integral, orientado a garantizar el derecho subjetivo a la atención mediante una red coordinada de servicios y prestaciones económicas, adaptadas a las necesidades específicas de cada persona. No obstante, la aplicación efectiva de esta legislación ha sido objeto de numerosas críticas debido a deficiencias en su despliegue y gestión. Según datos de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2021), en España existían más de 1,5 millones de personas con reconocimiento oficial de dependencia. Sin embargo, más de 175.000 no recibían ningún tipo de prestación, y otras 131.810 permanecían en lista de espera para ser valoradas (García, 2023). Esta brecha en la cobertura no solo evidencia la saturación y lentitud del sistema, sino que impacta de forma especialmente severa a los hogares de clase media, que frecuentemente quedan excluidos del acceso a ayudas públicas y carecen de los recursos económicos necesarios para asumir el coste de cuidados privados.

En este marco, los Servicios Sociales han asumido una función institucional en la protección de las personas mayores. No obstante, la progresiva burocratización ha limitado su capacidad de intervención, y la dependencia de los presupuestos públicos ha generado restricciones de acceso y una creciente externalización de servicios, sobre todo en atención domiciliaria y residencias (Abreu, 2020).

Todo ello repercute directamente en las familias cuidadoras. El caso de la DCL muestra cómo la dependencia reconfigura la dinámica familiar, generando una implicación constante y elevadas cargas físicas, emocionales y económicas (Peña *et al.*, 2016). Esta complejidad se acentúa cuando la persona cuidadora principal también pertenece a la población envejecida, como ocurre en muchas parejas mayores, generando una doble vulnerabilidad (Osorio-Parraguez *et al.*, 2022).

La intensidad de la dependencia se asocia directamente con un incremento en la carga percibida por las personas cuidadoras (Piñeiro *et al.*, 2017). La ausencia de formación específica agrava esta carga, generando frustración e impotencia ante demandas asistenciales cada vez más complejas (Carretero *et al.*, 2007). Este desgaste físico y emocional repercute tanto en la salud del/a cuidador/a como en la calidad del cuidado proporcionado (Espín, 2012). Comprender la dependencia como un factor estructural permite evidenciar las tensiones del modelo actual, que, a pesar del marco legal vigente, sigue delegando la responsabilidad del cuidado informal en las familias, sin una red de apoyo público suficiente.

Asimismo, cabe señalar que el peso fundamental de esta responsabilidad sigue recayendo en las mujeres; la feminización del cuidado es una realidad ampliamente documentada que conlleva serias consecuencias en otros ámbitos de la vida, como la salud física y emocional, la inserción laboral, la autonomía económica y la participación social.

Tabla 1. Necesidades de los/as cuidadores/as familiares

Ámbito	Necesidades principales	Consecuencias si no se abordan	Referencias
Salud física y emocional	Apoyo psicológico continuado, espacios de desahogo emocional, descanso adecuado, formación específica sobre la enfermedad, promoción del autocuidado y acceso a intervenciones preventivas para la salud del/a cuidador/a.	Aparición de síntomas de ansiedad, depresión, estrés crónico, insomnio, deterioro físico y emocional del/a cuidador/a.	Peña <i>et al.</i> (2016); Aragón (2016); Pérez-Cañaveras (2021)
Socioeconómico y laboral	Medidas efectivas de conciliación, ayudas económicas, apoyos fiscales, servicios públicos de cuidado domiciliario, y flexibilidad laboral.	Pérdida de empleo, reducción de ingresos, empobrecimiento del hogar, especialmente en mujeres, quienes siguen asumiendo mayoritariamente el rol de cuidadoras.	Rodríguez (2022); INE (2022)
Familiar y relacional	Apoyo profesional para favorecer la corresponsabilidad familiar, servicios de respiro, acompañamiento social, fomento de redes de apoyo informal y comunitario.	Aislamiento, tensiones familiares, sobrecarga emocional de una sola persona cuidadora, desgaste de vínculos.	Romero <i>et al.</i> (2018); Cueli <i>et al.</i> (2022); Rodríguez (2013)

Reconocimiento social	Visibilización del rol cuidador en políticas públicas, inclusión en la planificación sociosanitaria, participación activa en la toma de decisiones.	Invisibilidad institucional, sentimiento de abandono, desvalorización del trabajo no remunerado del cuidado.	Durán (2015); Estrada (2020)
Atención primaria	Accesibilidad a información clara desde fases iniciales, seguimiento clínico y psicosocial, protocolos específicos para la DCL, formación a profesionales, coordinación con otros niveles asistenciales.	Falta de orientación, desamparo ante un diagnóstico complejo, aumento del estrés y de la sobrecarga, discontinuidad en los cuidados.	Díaz (2017); Abreu (2020); García (2019); Masana (2017); Nomen (2021)

4. EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL NEUROLÓGICO

El Trabajo Social Sanitario surge a principios del siglo xx como disciplina vinculada al ámbito médico, con el objetivo de aportar una mirada psicosocial que complementara el diagnóstico clínico tradicional. Desde entonces, el Trabajo Social Sanitario ha evolucionado hacia una práctica integrada que conjuga dimensiones clínicas, sociales, familiares y comunitarias, entendiendo el binomio salud-enfermedad desde una lógica más compleja e interrelacional (Colom, 2009; Abreu y Mahtani, 2018).

Dentro de este ámbito más amplio, ha emergido recientemente el Trabajo Social Neurológico, como una especialización que atiende los procesos sociales derivados de enfermedades neurológicas crónicas, entre ellas las demencias. Tal como señala Aguilar y Olmedo (2022), el Trabajo Social Neurológico se configura como una especialización dentro del Trabajo Social Sanitario, orientada a abordar las complejas necesidades psicosociales de personas con patologías neurológicas y sus entornos familiares. El Trabajo Social Neurológico integra conocimientos clínicos y sociales para diseñar intervenciones específicas que mejoren la calidad de vida, fomenten la autonomía y fortalezcan las redes de apoyo, especialmente en contextos de enfermedades neurodegenerativas como la demencia con cuerpos de Lewy (Olmedo y Fernández, 2020). Esta autora establece aspectos como la definición de funciones, competencias y el perfil profesional del/a trabajador/a social en este contexto.

Tal como señalan Olmedo y Mielgo (2021), esta área requiere de una intervención que acompañe desde las primeras fases del diagnóstico, atendiendo a las repercusiones emocionales, familiares y sociales que genera el proceso neurodegenerativo. En el contexto de la atención primaria, el Trabajo Social Neurológico cobra especial relevancia como dispositivo de acogida inicial, facilitando la comprensión del diagnóstico, contenido emocionalmente a las familias y elaborando el diagnóstico social de cada caso.

El profesional de Trabajo Social Sanitario en este nivel actúa como agente de enlace entre el sistema sanitario y los servicios sociales, articulando recursos que favorecen la planificación anticipada de cuidados, la capacitación familiar y la inclusión en programas comunitarios de es-

timulación, soporte emocional o respiro (Abreu y Mahtani, 2018; Sempere, 2015). De forma específica, en el abordaje de las demencias, se desarrollan funciones como la escucha activa, la orientación sobre derechos y recursos, la identificación de riesgos sociales, y la construcción conjunta de estrategias que promuevan la autonomía y el mantenimiento del vínculo familiar (Olmedo y Mielgo, 2021).

La intervención no se limita al momento del diagnóstico, sino que exige un seguimiento continuado y flexible en función del avance de la enfermedad. Como señala Cañabate (2011), la evaluación periódica del entorno familiar permite adaptar las medidas de apoyo, detectar nuevas necesidades y ajustar los recursos disponibles, contribuyendo a la sostenibilidad del cuidado. Este acompañamiento se traduce en intervenciones centradas en la persona y su entorno, promoviendo una atención integral y coordinada.

No obstante, el ejercicio del Trabajo Social en este campo se enfrenta a numerosos retos. El incremento de los diagnósticos de demencia, sumado al envejecimiento poblacional y a la fragilidad de las estructuras familiares, ha desbordado los recursos asistenciales disponibles (Nomen, 2021). Esta situación genera respuestas fragmentadas, con escaso margen para la planificación y sin una coordinación interinstitucional efectiva (Pastor-Seller, 2021). A ello se suma la invisibilidad que aún sufre el rol del/a trabajador/a social en muchos equipos de atención primaria, lo que limita su capacidad de incidencia y liderazgo comunitario.

Ante las limitaciones del modelo actual, diversos/as autores/as destacan la urgencia de fortalecer el Trabajo Social Sanitario en el ámbito neurológico mediante intervenciones proactivas, sostenidas y altamente especializadas (Austral, 2022; Ramos-Feijóo y Francés, 2021). Esto exige consolidar un enfoque centrado en la persona, promover la formación continua en demencias, facilitar grupos psicoeducativos y establecer una coordinación efectiva con los servicios sociales y el tercer sector (Sempere, 2015). La intervención profesional debe iniciarse desde el diagnóstico, orientándose a acompañar a las familias, potenciar su participación y dotarlas de herramientas para afrontar con mayor eficacia la complejidad del cuidado cotidiano.

El Trabajo Social Neurológico en Atención Primaria constituye un eje estratégico para una atención integral, sostenida y centrada en la persona, especialmente en el abordaje de las demencias. Su presencia en los equipos de salud permite detectar precozmente riesgos sociales, coordinar el plan de cuidados, fortalecer a las familias cuidadoras y construir redes de apoyo adaptadas al curso clínico de la enfermedad. Como señalan Aguilar y Olmedo (2022), «la trabajadora social en atención primaria ocupa una posición clave para identificar las limitaciones sociales y familiares derivadas del impacto neurológico, siempre que cuente con formación específica en las dimensiones clínicas, personales y sociosanitarias de estas patologías» (p. 20).

5. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

5.1. Destinatarios/as del proyecto

Este proyecto se orienta a familias cuidadoras informales de personas con diagnóstico confirmado de DCL en fases iniciales. La intervención temprana permite establecer estrategias de cuidado saludables, fortalecer a la persona cuidadora principal y prevenir la sobrecarga antes del avance del deterioro. Podrán participar todos los miembros del entorno familiar que asuman funciones

de cuidado, sin distinción de edad, género o parentesco, siempre que exista un diagnóstico médico acreditado, lo que facilita la coordinación con los dispositivos asistenciales correspondientes.

Aunque no se establece un límite de edad para las personas cuidadoras, se reconoce que aquellos de edad avanzada presentan un mayor riesgo de deterioro físico y emocional. Por ello, el diseño del proyecto incluye medidas específicas de apoyo para este grupo, incorporando una perspectiva sensible a su vulnerabilidad (Cueli *et al.*, 2022).

A pesar de la heterogeneidad en las estructuras familiares y las trayectorias del cuidado, se identifican factores comunes que demandan una intervención especializada: la elevada sobrecarga emocional derivada de la naturaleza fluctuante y los síntomas motores de la enfermedad, las dificultades persistentes para compatibilizar el cuidado con otras responsabilidades vitales, y la escasa disponibilidad de apoyos formales e informales. Estos elementos configuran un contexto de alta complejidad que exige respuestas integrales, orientadas tanto a la persona diagnosticada como a quienes asumen su cuidado diario.

5.2. Objetivos del proyecto

El presente proyecto tiene como finalidad mejorar la atención integral a las familias cuidadoras de personas con DCL desde el ámbito del Trabajo Social Sanitario en atención primaria. Los objetivos han sido formulados para orientar la intervención desde una perspectiva interdisciplinar, preventiva y centrada en las necesidades reales del entorno familiar:

— *Objetivos generales*

- Mejorar el bienestar psicosocial de los/as cuidadores/as informales de personas con DCL.
- Fortalecer las relaciones intrafamiliares en el entorno cuidador.

— *Objetivos específicos* Capacitar a los/as cuidadores/as en conocimientos, técnicas y habilidades prácticas para un cuidado eficaz.

- Fomentar rutinas de autocuidado y hábitos saludables que favorezcan su salud física y mental.
- Promover el mantenimiento o la creación de vínculos sociales y afectivos.
- Facilitar el diálogo y la resolución de conflictos intrafamiliares.
- Ayudar a los/as cuidadores/as a identificar sus propias necesidades y recursos dentro de la dinámica familiar.
- Sensibilizar sobre el impacto de las normas sociales y culturales en el reparto de los cuidados.

5.3. Proceso de intervención

El proyecto se desarrolla en tres fases secuenciales, con un enfoque flexible que permite adaptarse a las necesidades particulares de cada familia cuidadora:

Fase I: Acogida y valoración inicial

La intervención se inicia tras la derivación desde el ámbito médico, una vez detectadas situaciones de sobrecarga en las personas cuidadoras. Se lleva a cabo una entrevista inicial junto con la elaboración de una ficha sociofamiliar que recoge aspectos clave como las dinámicas familiares, recursos de apoyo, intereses y preocupaciones. Este diagnóstico social facilita una comprensión profunda del contexto del cuidado y establece un vínculo de confianza fundamental. Asimismo, permite identificar fortalezas y carencias específicas, esenciales para diseñar una intervención personalizada, precisa y orientada a objetivos individualizados.

Fase II: Intervención y acompañamiento activo

Durante esta fase se desarrollan intervenciones grupales e individuales orientadas a robustecer el rol de la persona cuidadora, optimizar el afrontamiento emocional y promover prácticas efectivas de autocuidado. El programa integra grupos de apoyo psicosocial, talleres prácticos sobre técnicas de cuidado, sesiones formativas de autocuidado y asesoramiento en trámites administrativos. Todo ello bajo un enfoque sistémico y participativo, que potencia el intercambio de experiencias y la co-construcción de estrategias adaptativas. El seguimiento personalizado monitoriza la evolución de cada familia, brindando soporte en momentos críticos y consolidando avances, sin generar dependencia, sino fomentando la autonomía, con el centro de salud como eje central y referente en el proceso.

Fase III: Cierre y red de apoyo comunitario

Una vez finalizada la intervención activa, se inicia una desvinculación progresiva orientada a reforzar la autonomía de las familias y facilitar su conexión con recursos comunitarios o servicios especializados. Esta etapa consolida las competencias adquiridas y promueve redes de apoyo sostenibles. Se contempla también la posibilidad de mantener un contacto puntual ante situaciones de crisis o cambios relevantes. El cierre busca generar una sensación de continuidad y respaldo, transmitiendo confianza para afrontar las siguientes etapas del proceso de cuidado sin sentirse solas.

5.4. Actividades del proyecto

El proyecto se estructura a través de diversas actividades que responden a las necesidades específicas de las familias cuidadoras, promoviendo un acompañamiento integral y personalizado durante todo el proceso:

Seguimiento individualizado

Desde el inicio, la realización de entrevistas individuales con las familias cuidadoras se establece como una herramienta estratégica imprescindible para un seguimiento personalizado y efectivo.

Estas entrevistas acompañan a las familias desde el diagnóstico, un momento crítico marcado por la incertidumbre y la desorientación, proporcionando claridad sobre el proceso de dependencia, las ayudas disponibles y los recursos comunitarios. Además, ofrecen un espacio de escucha activa para identificar necesidades específicas y diseñar estrategias de afrontamiento adaptadas a cada realidad. En el marco del Trabajo Social Sanitario, estas entrevistas permiten evaluar la aplicación práctica de los contenidos formativos y medir su impacto en la dinámica familiar, consolidando aprendizajes y fortaleciendo las competencias de los/as cuidadores/as para afrontar con mayor resiliencia los retos del cuidado diario.

Grupo de apoyo

Se establece un grupo de apoyo psicosocial dirigido a cuidadores/as, diseñado para responder a las complejas necesidades emocionales, sociales y relacionales que surgen en el cuidado prolongado, especialmente frente a los desafiantes síntomas cognitivos, motores y conductuales propios de la DCL. Este espacio seguro y participativo, facilitado por profesionales especializados, promueve la libre expresión, el intercambio de experiencias y la co-construcción de estrategias de afrontamiento efectivas. Se abordan temáticas esenciales como la gestión emocional, el autocuidado físico, la preservación de actividades recreativas y la gestión del rol cuidador, integrando elementos clave como la resiliencia, la autoestima y la reflexión crítica sobre la carga mental y física del cuidado, así como el impacto de las dinámicas de género en la distribución de responsabilidades. Según García-Peña *et al.* (2022) y Orfila *et al.* (2023), estos grupos legitiman las emociones, reducen el aislamiento percibido y fomentan la adquisición de estrategias saludables que fortalecen el bienestar integral del cuidador/a.

Formando para transformar

A lo largo del proyecto, se desarrollan sesiones formativas prácticas diseñadas para potenciar las competencias técnicas y emocionales de los/as cuidadores/as en el manejo cotidiano. Estas capacitaciones integran conocimientos teóricos y habilidades aplicadas sobre la evolución de la dependencia, técnicas seguras de movilización, cuidados higiénicos, prevención de úlceras por presión, administración de medicación y nutrición, así como la identificación temprana de signos de alarma y manejo del dolor. Además, se incluye el abordaje del estrés emocional y las alteraciones conductuales, dotando a los/as cuidadores/as de herramientas efectivas para gestionar situaciones complejas y promover su autocuidado y resiliencia.

Gestionando contigo

Esta actividad proporciona una orientación exhaustiva sobre los recursos y servicios públicos disponibles, incluyendo atención domiciliaria, centros de día, servicios residenciales y prestaciones económicas para cuidadores/as. Las sesiones se centran en clarificar procedimientos, plazos y requisitos documentales, abordando también las barreras derivadas de la digitalización de los trámites. Se fomenta el intercambio de experiencias entre familias, facilitando la identificación de obstáculos y la generación de estrategias colectivas que fortalecen la autonomía en la gestión de recursos. Asimismo, se ofrece un acompañamiento individualizado para resolver dudas puntuales y garantizar un seguimiento eficaz de los procesos administrativos.

Reencuentro grupal

Al concluir el programa, se convoca un reencuentro grupal que fortalece la continuidad del vínculo entre cuidadores/as y consolida el apoyo mutuo generado durante la intervención. Este espacio permite evaluar el impacto real del programa en la vida diaria, reconocer avances, detectar nuevas necesidades y mitigar la sensación de abandono tras su finalización. Posteriormente, se implementan sesiones de seguimiento trimestrales durante un año, garantizando un acompañamiento sostenido que facilita la transición progresiva hacia recursos comunitarios y redes informales de apoyo.

Grupo de WhatsApp

Como complemento, se crea un grupo de *WhatsApp* exclusivo para los/as participantes, gestionado desde el centro y moderado por el equipo de Trabajo Social. Este canal permite una comunicación ágil para la coordinación organizativa, la resolución inmediata de dudas y el fortalecimiento del apoyo mutuo, contribuyendo a la cohesión grupal más allá de los encuentros presenciales. Se establecen normas claras para evitar la saturación y asegurar un uso eficiente y respetuoso. Esta herramienta digital responde a la necesidad de adaptar la intervención a los canales actuales de comunicación, reforzando la continuidad y calidad de la atención profesional a lo largo de todo el proceso.

5.5. Plan operativo de ejecución

El proyecto tiene una duración total de un año natural y se articula en una única edición de intervención grupal con seguimiento prolongado. La primera mitad del año estará centrada en el desarrollo de talleres formativos y espacios grupales de apoyo, mientras que la segunda se dedicará al reencuentro grupal y al seguimiento individualizado de las familias participantes.

La planificación contempla una primera fase intensiva de cinco meses de duración, en la que se concentran las actividades grupales: seguimiento individualizado inicial, grupo de apoyo psicosocial, sesiones formativas («Formando para transformar») y talleres de orientación sobre recursos («Gestionando contigo»). Esta primera fase se considera fundamental para fortalecer habilidades de cuidado, generar red entre las personas participantes y abordar las emociones vinculadas al inicio del proceso de dependencia.

La segunda fase, de otros cinco meses de duración, se orienta al seguimiento individualizado y a los encuentros periódicos con los grupos ya constituidos, con el objetivo de mantener el acompañamiento, reforzar los contenidos trabajados y detectar nuevas necesidades. Esta fase incorpora un enfoque más flexible y ajustado, permitiendo acompañar posibles cambios en la situación familiar y promover la continuidad en los procesos de cuidado.

Además, a lo largo de todo el año se mantendrá un canal de comunicación directa mediante *WhatsApp*, gestionado por el equipo de Trabajo Social, que facilitará tanto la resolución de dudas como la organización logística de las sesiones.

Esta planificación responde a la voluntad de ofrecer un programa equilibrado, riguroso y accesible, en el que se combine la profundidad de los contenidos con una temporalidad realista.

5.6. Participantes y criterios de inclusión

El programa está dirigido a personas cuidadoras principales o significativamente implicadas en el cuidado de personas con DCL. Se conformará un único grupo con un máximo de 10 participantes, a fin de garantizar una atención personalizada, una adecuada dinámica grupal y un entorno de confianza que favorezca el intercambio de experiencias.

Los criterios de inclusión contemplan:

- Ser cuidador/a principal o implicado/a en el cuidado de una persona con demencia con cuerpos de Lewy.
- Presentar sobrecarga física, emocional o social, aunque no exista necesariamente un diagnóstico clínico.
- Experimentar dificultades en áreas como la salud, la economía, las relaciones familiares, el aislamiento y/o la falta de apoyos.
- Contar con cierta disponibilidad para participar activamente en las actividades propuestas.

5.7. Equipo profesional interdisciplinario

El proyecto se sustenta en un equipo interdisciplinario compuesto por ocho profesionales de los ámbitos sanitario y psicosocial, cuya coordinación garantiza una atención integral y ajustada a las necesidades de las personas cuidadoras.

El Trabajo Social Sanitario desempeña un rol fundamental en la planificación, seguimiento y evaluación del programa, con un/a profesional responsable de la coordinación general. Este/a profesional realiza valoraciones sociales, identifica situaciones de vulnerabilidad y brinda acompañamiento tanto individual como grupal, promoviendo la autonomía y facilitando el acceso a recursos.

El equipo médico participa activamente en las sesiones formativas, aportando información precisa sobre la enfermedad y los cuidados desde una perspectiva educativa y humanizada.

Los/as psicólogos/as lideran los grupos de apoyo emocional, fomentando el autocuidado, la regulación emocional y la construcción de redes de soporte entre familias, además de intervenir en casos individuales con riesgo emocional.

Por su parte, enfermería conduce talleres prácticos sobre cuidados básicos mediante metodologías participativas y colabora en el acompañamiento emocional, así como en sesiones conjuntas con otros profesionales para ofrecer una atención holística y coordinada.

6. CONCLUSIONES

La implementación de este proyecto representa un avance decisivo en el abordaje integral de las necesidades de las personas cuidadoras de familiares con DCL, poniendo un énfasis crucial

en la etapa del diagnóstico, una fase frecuentemente invisibilizada dentro del sistema sanitario. Al intervenir desde los primeros momentos del proceso, el proyecto busca no solo mitigar la sobrecarga emocional y funcional de los/as cuidadores/as, sino también fomentar el desarrollo de estrategias de acompañamiento sostenibles y adaptadas desde la atención primaria.

Este enfoque centrado en el/la cuidador/a principal reconoce su papel vital en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida del núcleo familiar. Contrariamente a los modelos tradicionales enfocados exclusivamente en la persona diagnosticada, esta iniciativa ofrece una perspectiva integral que visibiliza el impacto profundo que la demencia genera en el entorno familiar, promoviendo respuestas específicas, contextualizadas y duraderas que fortalecen la resiliencia y el bienestar colectivo.

Se resalta el papel crucial del Trabajo Social Sanitario como disciplina fundamental para integrar la dimensión social, familiar y comunitaria en los procesos de salud-enfermedad. Esta perspectiva es indispensable para comprender la complejidad de las variables que condicionan el cuidado, y para diseñar intervenciones más efectivas, humanizadas y contextualizadas.

Los centros de salud emergen como espacios estratégicos para la implementación de acciones de prevención, formación y acompañamiento. Ante el reto del envejecimiento poblacional y el incremento de la dependencia, resulta imperativo replantear el modelo vigente de cuidados, incorporando de manera decidida a las familias, reconociendo su carga, sus limitaciones y su derecho legítimo al acompañamiento. Este proyecto se posiciona en consonancia con estas demandas, promoviendo un enfoque comunitario, multidisciplinar y centrado en la persona cuidadora, que se erige como eje fundamental en la atención sociosanitaria contemporánea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A. (2020). Atención social a personas con demencia en centros de salud: Entre la invisibilidad y la urgencia. *Revista Trabajo Social Hoy*, 89, 22-34.
- Abreu, M. C., y Mahtani, F. (2018). *Trabajo Social Sanitario: Fundamentos profesionales y prácticos*. Alianza Editorial.
- Aguilar, M. J., y Olmedo, V. (eds.) (2022). *Guía práctica de Trabajo Social Neurológico*. Ediciones de la Universidad de Castilla y La Mancha. https://doi.org/10.18239/atenea_2022.36.00
- Alzheimer Europe. (2023). *Lewy body dementia: Diagnosis, treatment and care*. <https://www.alzheimer-europe.org>
- Aragón, M. (2016). *Cuidar sin dejar de cuidarse*. Asociación Española de Trabajo Social Sanitario.
- Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. (2021). *Más de 1,5 millones de personas con dependencia reconocida en España*. [Nota informativa]. <https://www.directoressociales.com/mas-de-15-millones-de-personas-con-dependencia-reconocida-en-espana/>
- Austral, P. (2022). Trabajo Social y demencias: Propuestas desde la práctica interdisciplinar. *Revista Trabajo Social Hoy*, 97, 30-41.

- Calvo, F. (2024). Desgaste emocional y resiliencia en cuidadores informales. *Psicogeriatría Clínica*, 40(1), 33-45.
- Cañabate, M. J. (2011). La intervención del trabajador social en el seguimiento de los pacientes con demencia. *Trabajo Social y Salud*, 69, 23-30.
- Carretero, S., Garcés, J., y Ródenas, F. (2007). Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), 738-749. <https://doi.org/10.1002/gps.1733>
- Colom, J. (2009). *Trabajo Social Sanitario: Historia, modelo y competencias*. Documentos Técnicos de Trabajo Social Sanitario, 1. Generalitat de Catalunya.
- Comisión Europea y Comité de Protección Social (2021). *Principales conclusiones sobre los cuidados de larga duración en la Unión Europea*. [Informe técnico ST-9144-2021-INIT]. Consejo de la Unión Europea. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9144-2021-INIT/es/pdf>
- Cueli, R., Díaz-Carral, A., y García-Portilla, M. P. (2022). Perfil y necesidades de los cuidadores mayores en demencia: Una revisión narrativa. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 57(2), 78-85.
- Demey, D., y Allegri, R. (2008). Demencia con cuerpos de Lewy: Clínica, diagnóstico y tratamiento. *Revista Neurológica Argentina*, 30(1), 14-21.
- Díaz, E. (2017). La atención primaria y el cuidado de personas con demencia: ¿Un modelo en declive? *Gerokomos*, 28(2), 65-71.
- Durán, M. A. (2015). *El trabajo del cuidado en Europa: Contextos y experiencias*. Fundación BBVA.
- Elizalde, P. (2020). El coste emocional del cuidado en el entorno familiar. *Trabajo Social Hoy*, 92, 45-57.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Escudero, R. (2007). Sobre la sobrecarga del cuidador informal. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(3), 133-139.
- Espín, F. (2012). Las redes familiares en el cuidado de personas dependientes. *Documentación Social*, 166, 47-66.
- Estrada, A. (2020). Los cuidados familiares en el marco del sistema de dependencia español. *e-Revista Internacional de la Protección Social*, 5(1), 198-214. <https://doi.org/10.12795/e-RIPS.2020.i01.10>

Fundación Pilares para la Autonomía Personal (2024). *Evolución de los cuidados familiares a las personas mayores en España*. [Informe técnico]. https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2024/12/ESTUDIO_8_DIGITAL.pdf

García, E. (2019). El papel de los centros de salud en el apoyo a familias cuidadoras. *Trabajo Social y Salud*, 35, 19-29.

García, M. (2023). *Afrontamiento y acompañamiento en enfermedades neurodegenerativas*. Ediciones Trabajo Social Sanitario.

García-Peña, C., Gutiérrez-Robledo, L. M., y Pérez-Zepeda, M. U. (2022). Intervenciones psicosociales para cuidadores de personas con demencia: Evidencia y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e58. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.58>

Heerema, R. (2024). *Signs and symptoms of Lewy body dementia*. <https://www.verywellhealth.com>

Instituto Nacional de Estadística (2022). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia*. Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

López, A. (2024). Deterioro cognitivo y acompañamiento social. *Boletín de Psicogerontología*, 15(1), 20-31.

Malta, A. (2024). Resiliencia y apoyos comunitarios en el entorno del cuidado informal. *Intervención Psicosocial*, 33(2), 113-124.

Masana, M. (2017). Impacto emocional del diagnóstico de demencia en la familia cuidadora. *Revista Española de Geriatría*, 52(4), 186-190.

Mayo Clinic. (s.f.). *Demencia con cuerpos de Lewy. Síntomas y causas*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/lewy-body-dementia/symptoms-causes/syc-20352025>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). *Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*.

Montero, L. (2024). Entornos comunitarios y redes de apoyo al cuidado familiar. *Trabajo Social y Comunidad*, 41, 61-72.

Nomen, L. (2021). La nueva normalidad y los futuros escenarios en Trabajo Social. *Itinerarios de Trabajo Social*, 1, 55-61. <https://doi.org/10.1344/its.v0i1.32432>

Olmedo, V., y Fernández, S. (2020). Las 4 «q» del Trabajo Social en la atención a personas con enfermedades neurológicas: qué, quién, para qué y porqué. *Documentos de Trabajo Social*, 63, 7-28. <https://doi.org/10.24310/dts.63.2020.21619>

- Olmedo, V.; y Mielgo, E. (2021). Trabajo Social Neurológico: intervención social con pacientes con Alzheimer. *Trabajo Social Hoy*, 92, 101123. DOI: 10.12960/TSH.2021.0005.
- Orfila, F., Coma-Solé, M., Cegri-Lombardo, F., y Aranda-Reneo, I. (2023). Apoyo grupal y bienestar en cuidadores informales de personas con demencia: Un estudio cualitativo. *Gaceta Sanitaria*, 37(1), 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.10.003>
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Década del envejecimiento saludable: Informe de referencia*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57049>
- Osorio-Parraguez, R., Troncoso-Pantoja, C., Barría, R., y Cid-Henríquez, P. (2022). Cuidadores informales de personas con demencia: Desafíos psicosociales y demandas de apoyo. *Revista Médica de Chile*, 150(7), 1165-1174.
- Parra-Rizo, M. A., y Sanchís, G. (2022). Salud cognitiva y física de los cuidadores informales de personas mayores con demencia: Una revisión narrativa. *Revista de Psicología de la Salud*, 10(1). <https://doi.org/10.21134/pssa.v10i1.810>
- Pastor-Seller, E. (2021). Fragmentación y coordinación en los servicios sociosanitarios: un reto pendiente. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 126, 85-101.
- Peña, L., Cano, J. F., y Jiménez, A. (2016). Carga emocional y estrés en cuidadores informales de personas con demencia. *Enfermería Clínica*, 26(4), 234-240.
- Peña Ibáñez, F., Álvarez Ramírez, M. Á., y Melero Martín, J. (2016). Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. *Enfermería Global*, 15(3), 100. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.3.212541>
- Pérez, C. (2025). Relación de cuidados y calidad de vida en demencia: una revisión desde el Trabajo Social Sanitario. *Trabajo Social y Salud*, 36(1), 11-26.
- Pérez-Cañavera, R. M., y Vizcaya-Moreno, M. F. (eds.) (2021). *MiCare: Migrant Training in Care-giving. Research Reports*. <http://hdl.handle.net/10045/115326>
- Piñeiro, I., Rodríguez, S., Albite, A., Freire, C., y Ferradás, M. del M. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research*, 3(3), 185. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i3.75>
- Ramos-Feijóo, C., y Francés, F. (2021). *Participación en los procesos de cuidados desde el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (MAICP)*. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Alicante.
- Rodríguez, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 13-42. https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.1

- Rodríguez, P. (2013). *Modelos de atención sociosanitaria en personas mayores dependientes*. Editorial Síntesis.
- Rodríguez, O. (2022). Conciliación y cuidado: El desafío pendiente en España. *Fundación Alternativas*.
- Romero, S., Martínez, M., y De Miguel, F. (2018). Impacto relacional del cuidado familiar: Aislamiento y conflictos. *Psicología y Salud*, 28(3), 243-251.
- Sempere, J. (2015). Atención Primaria y Trabajo Social Sanitario: Experiencias desde la práctica. *Revista Trabajo Social y Salud*, 28, 31-40.
- Tobío, C., Agulló, M. S., Gómez, M. P., y Martín Palomo, M. T. (2010). *El cuidado de las personas: Un reto para el siglo xxi* (Colección Estudios Sociales, núm. 28). Fundación «la Caixa». <https://hdl.handle.net/10016/14615>
- Toro, J. (2010). Demencia con Cuerpos de Lewy. *Acta Neurol Colomb*, 26, 78-80.
- Vildorreta, I., y Rubio, A. (2024). *Consecuencias del apoyo y acompañamiento en las familias de personas con problemas de salud mental*. EDE Fundazioa. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9991240>