



Intervención social y prevención de enfermedades neurodegenerativas en personas mayores: Aportaciones del trabajo social en el proyecto de AFA Aljarafe

Social intervention and prevention of Neurodegenerative diseases in older adults: contributions of social work in the AFA Aljarafe project

Carmen María Santos-Moreno

Profesora Sustituta Interina, Universidad Pablo de Olavide, Trabajadora Social en AFA Aljarafe, cmsanmor@upo.es, <https://orcid.org/0000-0003-0764-2439>

Recibido: 17/06/2025

Aceptado: 25/09/2025

Resumen: Este artículo presenta los resultados de una intervención comunitaria desarrollada por AFA Aljarafe en seis Centros de Participación Activa de la provincia de Sevilla, orientada a la prevención y detección precoz del deterioro cognitivo leve en personas mayores. El objetivo principal fue identificar signos tempranos y promover la estimulación cognitiva mediante un modelo interdisciplinar comunitario coordinado por trabajo social. Como objetivos específicos se plantearon: 1) mejorar o mantener la capacidad cognitiva de las personas mayores participantes, y 2) reforzar las redes de apoyo familiar y comunitario.

El diseño del estudio fue longitudinal, con enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo). La muestra estuvo compuesta por 146 personas mayores de 60 años, de las cuales 124 completaron el seguimiento. Las variables consideradas incluyeron edad, sexo, continuidad en el programa, evolución de la capacidad cognitiva, derivaciones al sistema sanitario, y participación en sesiones psicoeducativas y de estimulación.

Se utilizaron herramientas de observación directa, entrevistas semiestructuradas y registros clínicos de los resultados de las evaluaciones, así como sesiones grupales de estimulación cognitiva y psicoeducación. El 54 % de las personas evaluadas presentaron indicios de deterioro, y un 14,51 % fue derivado a atención sanitaria. Además, el 85 % mantuvo o mejoró su capacidad cognitiva.

Los resultados muestran la eficacia del modelo, el papel estratégico del trabajo social en la esfera comunitaria y la viabilidad de los Centros de Participación Activa como entornos de intervención preventiva. El estudio sugiere que esta estrategia es escalable, sostenible y útil para el abordaje temprano de las demencias en contextos comunitarios.

Palabras clave: deterioro cognitivo leve, trabajo social comunitario, envejecimiento activo, prevención.

Abstract: This article presents the results of a community-based intervention developed by AFA Aljarafe in six Active Participation Centers in the province of Seville, aimed at the prevention and early detection of mild cognitive impairment in older adults. The main objective was to identify early signs and promote cognitive stimulation through a community-based interdisciplinary model coordinated by social work. The specific objectives were: (1) to improve or maintain the cognitive capacity of participating older adults, and (2) to strengthen family and community support networks.

The study design was longitudinal, with a mixed-methods approach (quantitative and qualitative). The sample consisted of 146 individuals over 60 years of age, of whom 124 completed the follow-up. The variables considered included age, sex, program adherence, evolution of cognitive function, referrals to the healthcare system, and participation in psychoeducational and cognitive stimulation sessions.

Tools used included direct observation, semi-structured interviews, clinical records from assessments, and group sessions focused on cognitive stimulation and psychoeducation. A total of 54% of the participants showed signs, and 14.51% were referred to healthcare services. Moreover, 85% maintained or improved their cognitive capacity.

The results demonstrate the effectiveness of the model, the strategic role of social work in the community sphere, and the feasibility of using Active Participation Centers as settings for preventive interventions. The study suggests that this strategy is scalable, sustainable, and useful for the early management of dementia in community contexts.

Keywords: mild cognitive impairment, community social work, active aging, prevention.

1. FUNDAMENTACIÓN

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno creciente y de gran relevancia en las sociedades contemporáneas, con repercusiones de carácter sanitario, social y económico. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), entre 2020 y 2050 la proporción global de personas mayores de 60 años se duplicará, alcanzando el 22 % de la población total. En España, este fenómeno se presenta de manera aún más aguda, ya que para 2050 se estima que más del 30 % de la población tendrá más de 65 años (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2024), posicionando al país entre los más envejecidos del mundo.

Este cambio demográfico viene acompañado de un notable incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas, especialmente neurodegenerativas como el Alzheimer y otras demencias. El Alzheimer, en particular, se ha convertido en uno de los mayores desafíos para los sistemas públicos de salud, debido a su progresividad, su carga emocional y la elevada dependencia que genera en las personas afectadas (Ministerio de Sanidad, 2020; World Health Organization, (2021).

Desde una perspectiva social y comunitaria, el avance de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer no solo afecta a la persona diagnosticada, sino que transforma profundamente la dinámica familiar y comunitaria (Alemán-Díaz et al., 2020; Calabuig, et al., 2021; Cerdeño-Macías et al., 2024). Las familias suelen asumir un rol central en los cuidados, lo que conlleva una carga física, emocional y económica significativa (Cando et al., 2022; Mariezcurrena-Fernández et al., 2022). El cuidado prolongado puede generar altos niveles de estrés, ansiedad y sobrecarga en los/as cuidadores/as, quienes en muchos casos son fundamentalmente mujeres mayores con recursos limitados (Alzate et al., 2024; Velilla et al., 2022). Esta situación impacta también en el entorno comunitario (Casanova-González y Martín-Cano, 2018; Gambella et al., 2022; González et al., 2020), donde se hace evidente la necesidad de redes de apoyo formales e informales que faciliten la atención, reduzcan el aislamiento y favorezcan la calidad de vida tanto de la persona afectada como de su núcleo cercano. En este contexto, la intervención comunitaria cobra especial relevancia como estrategia para mitigar el impacto familiar y social de las demencias, fomentando entornos más inclusivos, resilientes y preparados para afrontar este desafío creciente (Cerdeño-Macías et al., 2024; Pérez-Rojo et al., 2019).

Ante este panorama, el deterioro cognitivo leve (en adelante, DCL) ha cobrado especial relevancia como categoría diagnóstica intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia (Jessen et al., 2014). Se caracteriza por una disminución objetiva de las capacidades cognitivas, sin que ello implique una pérdida completa de la autonomía funcional (Petersen et al., 2023). La

detección precoz del DCL se considera clave para retrasar la evolución, facilitar la planificación de cuidados y mejorar la calidad de vida de las personas mayores (Albert et al., 2011; Dubois et al., 2016; Garre-Olmo, 2018).

Sin embargo, la identificación temprana del DCL enfrenta diversas barreras: desconocimiento de sus manifestaciones iniciales, escasa formación específica entre profesionales, y limitaciones en la coordinación sociosanitaria (Ministerio de Sanidad, 2019). Aunque algunas comunidades autónomas han desarrollado planes para su abordaje, estos siguen siendo insuficientes y fragmentarios. Además, no se han establecido protocolos integrales orientados a la detección en población mayor sin diagnóstico previo (Ministerio de Sanidad, 2020).

En este contexto, el trabajo social comunitario emerge como un elemento estratégico. Su enfoque integral, centrado en la persona y en sus redes de apoyo, permite abordar no solo los síntomas clínicos, sino también los determinantes sociales del deterioro cognitivo: la soledad, el aislamiento, las dificultades de acceso a servicios, y la falta de participación (Casanova-González y Martín-Cano, 2018; Cerdeño-Macías et al., 2024). Estudios recientes, como el de Jiménez Rodríguez (2025), evidencian que la soledad no deseada en personas mayores constituye uno de los principales factores de riesgo psicosociales asociados al deterioro cognitivo, lo que subraya la importancia de estrategias comunitarias de detección y acompañamiento.

En este sentido, los Centros de Participación Activa (en adelante, CPA) representan un recurso clave para la prevención y promoción del envejecimiento saludable (Lirio-Castro et al., 2025; Mendizábal, 2024). Estos espacios permiten implementar estrategias comunitarias sostenibles que integran la dimensión clínica y social (Amezcuza y Sotomayor, 2019). El proyecto desarrollado por AFA Aljarafe se inscribe en esta lógica, al diseñar e implementar un protocolo de detección precoz del DCL en seis CPA del área metropolitana de Sevilla, combinando evaluación cognitiva, estimulación continuada y orientación familiar.

Este tipo de intervención anticipada permite establecer rutas asistenciales más eficientes, retrasar la progresión de la dependencia y aliviar la carga sobre el sistema público de salud (Mendizábal, 2024; Ruíz-Hernández et al., 2025; Olazarán et al., 2010).

Organizaciones como la Asociación de Familiares de personas enfermas de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas del Aljarafe (en adelante, AFA Aljarafe) aportan conocimiento territorial, confianza comunitaria y capacidad de innovación metodológica, lo que complementa y amplía la capacidad operativa del sistema público.

El trabajo social ha jugado un papel vertebrador en esta experiencia, facilitando la conexión entre el ámbito clínico y la comunidad (De Arce, 2022). Desde una lógica centrada en la persona y su red de apoyo, profesionales del trabajo social han participado en la detección temprana, el acompañamiento emocional, la dinamización de grupos y la orientación familiar (Martínez-Rivera y López-Torres, 2020). Su actuación ha sido esencial para identificar factores de riesgo no clínicos, promover la adherencia a los programas de intervención y coordinar recursos sociosanitarios locales (Pérez-Rojo et al., 2019; Casanova-González y Martín-Cano, 2018). Se crearon grupos de ayuda mutua y espacios de asesoramiento para personas mayores y sus familias, lo cual reforzó la dimensión comunitaria de la intervención (Alemán-Díaz et al., 2020).

El enfoque del trabajo social permite integrar estimulación cognitiva, acompañamiento emocional, participación comunitaria y fortalecimiento de redes de apoyo, superando los límites de programas centrados exclusivamente en actividades grupales o talleres de memoria (González et al., 2020; Lirio-Castro et al., 2025; Mendizábal, 2024; Poudevida et al., 2022). Este enfoque holístico ha sido validado por experiencias como el Programa de Envejecimiento Activo de la Junta de Andalucía (Consejería de Salud y Familias, 2018), el modelo “Radars” en Barcelona (Ajuntament de Barcelona, 2017), o el programa “Activa la mente” de Castilla-La Mancha (Sánchez-López y López-González, 2020), todos los cuales han integrado el trabajo social en estrategias de prevención cognitiva con resultados positivos.

Estos modelos demuestran que el abordaje del deterioro cognitivo desde una perspectiva comunitaria solo es viable si se establecen redes estables entre salud pública, trabajo social y participación ciudadana. Además de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, este tipo de intervención actúa como medida de salud pública al retrasar la dependencia, fortalecer la autonomía personal y reducir la carga asistencial del sistema (WHO, 2021; González et al., 2020).

La experiencia de AFA Aljarafe representa, por tanto, un modelo replicable de intervención preventiva y comunitaria frente al deterioro cognitivo. Su enfoque combina evidencia científica, participación social y compromiso profesional, promoviendo no solo la detección temprana, sino también una cultura comunitaria de cuidado, corresponsabilidad y envejecimiento activo.

Al actuar antes de que los síntomas se agraven, este tipo de programas contribuye a disminuir la carga futura sobre los sistemas de atención, mejorar el bienestar de las personas cuidadoras y reducir los costes sociales y económicos asociados a las demencias (Calabuig et al., 2021; Lirio-Castro et al., 2024; Martínez-Rivera y López Torres, 2020; Pérez-Rojo 2019). De este modo, se consolida una estrategia eficaz de intervención temprana, con beneficios tangibles tanto para las personas mayores

como para el conjunto del sistema sociosanitario (Casanova-González y Martín-Cano, 2024; Martínez Rivera y López-Torres, 2020; Velilla et al., 2022).

2. METODOLOGÍA

2.1. Objetivos

La hipótesis de partida es que la implementación de un protocolo de detección precoz del DCL en un entorno de participación comunitaria, como un CPA identificaría con mayor eficacia los casos en fases iniciales de enfermedades neurodegenerativas, mejorar la capacidad cognitiva de las personas mayores participantes y reforzar las redes de apoyo comunitarias. El presente proyecto, ha tenido como objetivo general:

OG: Identificar signos tempranos de deterioro cognitivo leve en personas mayores a través de una intervención preventiva desarrollada en Centros de Participación Activa, promoviendo la estimulación cognitiva mediante un modelo interdisciplinar coordinado por trabajo social.

Y como objetivos específicos: OE1: Favorecer el mantenimiento o mejora de la capacidad cognitiva mediante sesiones grupales e individuales de estimulación y OE2: Fortalecer las redes de apoyo familiar y comunitario para garantizar una atención integral y sostenida.

2.2. Diseño del proyecto

El estudio se desarrolló como una intervención comunitaria de carácter longitudinal, basada en un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo), orientado a la prevención y detección precoz del DCL en personas mayores de 60 años usuarias de los CPA. El diseño metodológico fue redactado íntegramente por una profesional del trabajo social, con experiencia en intervención gerontológica comunitaria y en las recomendaciones procedentes de experiencias previas con población mayor en contextos similares.

Desde la perspectiva del trabajo social, el diseño integró elementos claves como la participación activa de las personas usuarias, la consideración de sus trayectorias vitales, la atención a los determinantes sociales de la salud y la implicación de las redes de apoyo familiares y profesionales. Esta orientación responde al modelo de atención centrada en la persona y a los enfoques comunitarios propios del trabajo social gerontológico (Casanova-González y Martín-Cano, 2018; Jiménez-Sánchez, 2017). Esta perspectiva favoreció una mirada holística que permitió identificar de forma anticipada no solo síntomas compatibles con DCL sino también factores sociales de riesgo como la soledad no deseada, la fragilidad relacional o la sobrecarga de los cuidadores/as, elementos que influyen directamente en la evolución del deterioro y en la calidad de vida de las personas mayores (Jiménez Rodríguez, 2025; López-Doblas y Torns, 2021; Pérez-Rojo et al., 2019; WHO, 2021).

La intervención fue estructurada para permitir una actuación continua, personalizada y adaptada a las características de cada centro y de cada persona participante. Para ello se emplearon herramientas de observación directa, entrevistas semiestructuradas, registros clínicos básicos, escalas de cribado cognitivo breve y sesiones grupales de estimulación cognitiva y psicoeducación. Este enfoque permitió recoger datos cuantificables del progreso individual y, al mismo tiempo, registrar información cualitativa sobre el contexto emocional, familiar y comunitario de las personas mayores.

El diseño se apoyó en estudios previos que avalan la eficacia de intervenciones no farmacológicas en entornos comunitarios, así como en el marco teórico-práctico del trabajo social gerontológico (Casanova-González y Martín-Cano, 2018; Pérez-Rojo et al., 2019; Ruíz-Hernández et al., 2025). La metodología combinó, por tanto, la solidez técnica en la recogida de información con la flexibilidad propia del trabajo social para adaptarse a realidades complejas y cambiantes, permitiendo una intervención personalizada, ética y sostenible en el tiempo.

2.3. Localización

El proyecto se implementó entre abril de 2023 y diciembre de 2024, con actividades planificadas de lunes a viernes en los turnos de mañana y tarde, según la disponibilidad de cada CPA. La intervención se llevó a cabo en la provincia de Sevilla, en seis

Centros de Participación Activa situados en la comarca del Aljarafe y Sevilla Capital. La elección de estas localidades respondió a criterios de representatividad territorial, densidad de población mayor y compromiso institucional.

2.4. Participantes

La muestra total fue de 146 personas mayores de 60 años, usuarias activas de los CPA. De ellas, 124 mantuvieron una participación igual o superior al 85 % del proyecto, por lo que fueron incluidas en los análisis principales. También se involucró de forma indirecta a sus familiares y cuidadores/as y a 18 profesionales de los centros. La selección de participantes fue voluntaria, mediante convocatoria interna en los CPA, con consentimiento informado.

2.5. Procedimiento

Desde una perspectiva interdisciplinar, se combinó la evaluación técnica con el acompañamiento psicosocial. En primer lugar se realizó una 1) Valoración cognitiva inicial individualizada, aplicada mediante pruebas breves estandarizadas, adaptadas a la población mayor (Llamas-Velasco et al., 2015). Estas valoraciones fueron implementadas por el equipo de neuropsicología con la coordinación de trabajo social, facilitando una comprensión integral del estado cognitivo y del contexto social de cada persona participante, se realizaron entrevistas semiestructuradas para conocer el entorno social de las personas participantes. Seguidamente se desarrollaron las 2) Terapias de estimulación cognitiva organizadas en sesiones grupales e individuales (Poudevida et al., 2022; Ruíz-Hernández et al., 2025). Desde el área de trabajo social se participó activamente en la dinamización de estos espacios, asegurando la inclusión, la continuidad y la adaptación de las dinámicas a las capacidades y circunstancias de cada persona participante. Se desarrollaron 3) Evaluaciones neuropsicológicas individualizadas, que fueron realizadas a personas previamente identificadas con sospechas de DCL (Corbett et al., 2015). De manera paralela para las familias, cuidadores/as y personas de apoyo, con el fin de ofrecer contención emocional, recursos prácticos e información clara sobre el DCL se organizaron las 4) Sesiones grupales de ayuda mutua y orientación psicosocial (Jiménez-Sánchez, 2017; Poudevida et al., 2022).

El enfoque del trabajo social en este proyecto no se limitó al seguimiento técnico, sino que actuó como puente entre los aspectos clínicos y los determinantes sociales con carácter comunitario, facilitando el acceso, la permanencia y la adherencia al programa, así como el diseño de itinerarios personalizados para cada participante y su entorno familiar con un seguimiento durante todo el proyecto.

2.2. Análisis de datos

Los datos cuantitativos se procesaron mediante estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias), análisis por rangos de edad y sexo, y tablas en excel. No se aplicaron pruebas inferenciales por la naturaleza del diseño, aunque se identificaron tendencias relevantes. La información cualitativa se analizó mediante codificación temática y análisis de contenido remitidos por los autoinformes y la observación, permitiendo captar percepciones, barreras y facilitadores del proceso de intervención.

Las variables categorizadas cuantitativamente fueron: edad, sexo, participación (en % en función de las sesiones totales), derivación al sistema sanitario, participación en sesiones grupales de familias y las cualitativas: soledad percibida y red de apoyo.

Esta combinación de variables permitió valorar no solo los efectos clínicos, sino también los componentes psicosociales del DCL, en línea con las recomendaciones más recientes en gerontología social (Jiménez Rodríguez, 2025; Chía Salas, 2024).

En cuanto al tratamiento de los datos, el proyecto cumplió rigurosamente con la normativa vigente en materia de protección de datos personales, de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo (Reglamento General de Protección de Datos - RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Todos los datos fueron anonimizados antes de su análisis, eliminando cualquier información identificativa, y se garantizó la confidencialidad tanto en el almacenamiento como en la presentación de los resultados. Además, las personas participantes fueron informadas debidamente sobre el uso de sus datos mediante un consentimiento informado adaptado al perfil del colectivo, conforme a los principios de ética profesional y participación voluntaria.

TABLA I. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS BENEFICIARIAS POR LOCALIDAD Y SEXO

Provincia	Localidad	Hombres	Mujeres	Total
Sevilla	CPA 1	3	17	20
Sevilla	CPA 2	3	19	22
Sevilla	CPA 3	11	18	29
Sevilla	CPA 4, 5 y 6	12	41	53
Totales		29	95	124

Fuente: Elaboración propia.

2.7. Financiación

Este proyecto ha sido financiado en el marco de las Subvenciones dirigidas a entidades del Tercer Sector para la realización de proyectos piloto e innovación en servicios sociales, con cargo a los Fondos Europeos procedentes del Mecanismo para la Recuperación y Resiliencia (Next Generation EU), gestionado por la Junta de Andalucía. El proyecto ha sido desarrollado por AFA Aljarafe, en colaboración con diversos Centros de Participación Activa del área metropolitana de Sevilla y la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad en Sevilla.

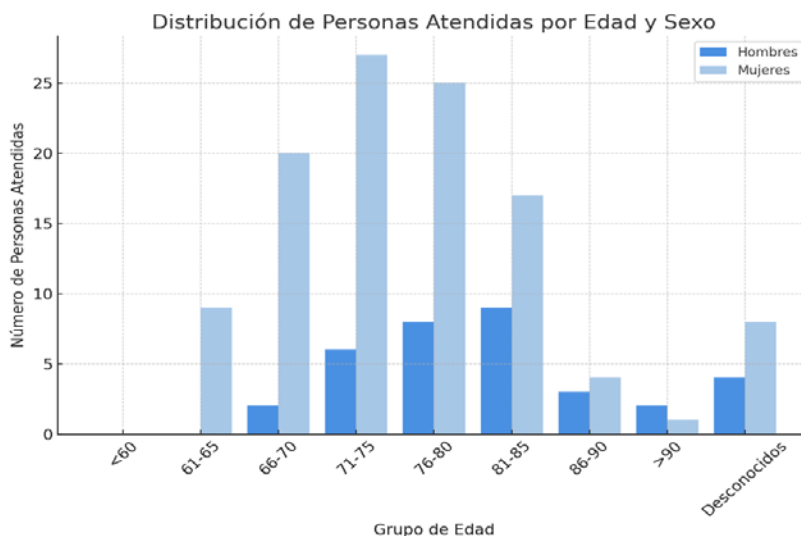
3. RESULTADOS

El presente proyecto se ha desarrollado en la provincia de Sevilla. Las localidades fueron seleccionadas estratégicamente con el objetivo de llegar a una población diversa, mayoritariamente usuaria de los CPA, y garantizar una adecuada representatividad territorial.

TABLA II. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS BENEFICIARIAS POR EDAD Y SEXO

Rango de edad	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Total	% Total
<60 años	0	0.00 %	1	0.89 %	1	0.66 %
61–65 años	0	0.00 %	9	8.04 %	9	5.92 %
66–70 años	2	5.88 %	20	17.86 %	22	14.47 %
71–75 años	6	17.65 %	27	24.11 %	33	21.71 %
76–80 años	8	23.53 %	25	22.32 %	33	21.71 %
81–85 años	9	26.47 %	17	15.18 %	26	17.11 %
86–90 años	3	8.82 %	4	3.57 %	7	4.61 %
>90 años	2	5.88 %	1	0.89 %	3	1.97 %
Datos desconocidos	4	11.76 %	8	7.14 %	12	7.89 %
Totales	34	100 %	112	100 %	146	100 %

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR RANGO DE EDAD Y SEXO

Fuente: Elaboración propia.

Durante el periodo de ejecución del proyecto, se ha intervenido con un total de 124 personas beneficiarias que han mantenido un seguimiento continuo (≥ 85 % del tiempo del proyecto), sobre una muestra total inicial de 146 personas. El 15,1 % restante (22 personas) no logró completar el seguimiento, motivo por el cual no se han incluido en el análisis estadístico principal.

Un alto porcentaje de las personas participantes (84,9 %) ha mantenido una alta continuidad en el programa, entendida como la asistencia y participación activa en más del 85 % de las sesiones programadas. Este dato es especialmente relevante, ya que la continuidad es un factor clave para la efectividad de las acciones preventivas y de seguimiento cognitivo.

Se presenta a continuación el desglose de las 146 personas participantes (incluyendo a quienes no completaron el seguimiento) por rangos de edad y sexo, lo que permite analizar tendencias asociadas al envejecimiento y su posible relación con los factores de riesgo.

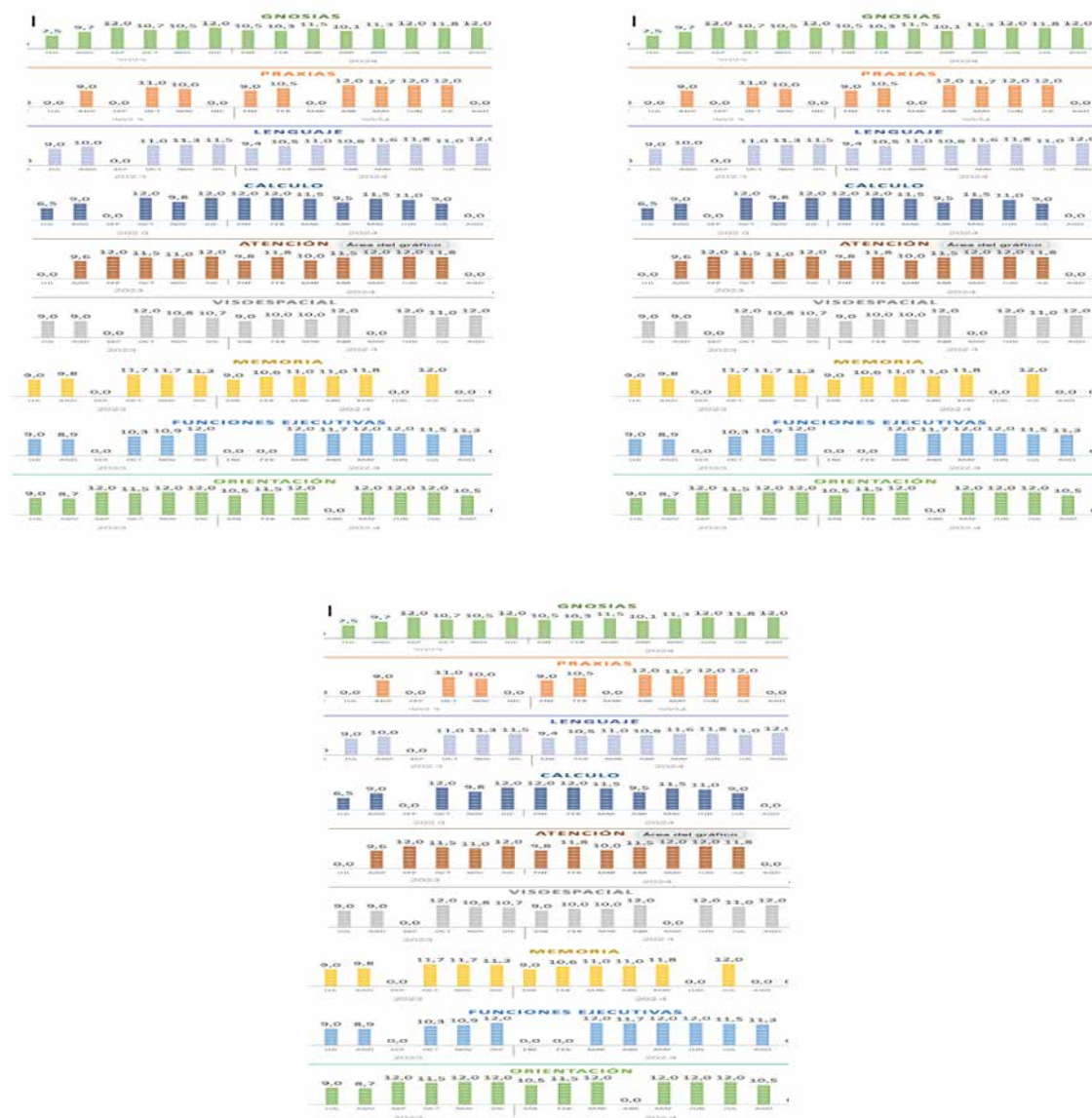
De esta distribución se observa que el grupo de edad con mayor representación entre los hombres es el de 81–85 años (26,47 %), mientras que las mujeres se concentran en los grupos de 76–80 (22,32 %) y 71–75 años (24,11 %). Este patrón sugiere que el grupo masculino atendido se encuentra principalmente en edades avanzadas, lo que puede coincidir con una mayor probabilidad de aparición de signos de DCL.

La concentración más significativa de mujeres se encuentra en el grupo de 76 a 80 años (25,42 %). La baja representación de hombres menores de 70 años podría asociarse a factores culturales, menor percepción del riesgo o escasa participación en espacios preventivos. La participación femenina refleja una tendencia ya documentada en los entornos de envejecimiento activo, donde las mujeres suelen tener una mayor implicación en actividades comunitarias y preventivas en edades avanzadas.

Este tipo de distribución etaria refuerza la pertinencia del enfoque preventivo del proyecto, dado que se ha logrado captar a un colectivo prioritario desde el punto de vista del riesgo neurológico. Se ha incluido un gráfico complementario (ver Gráfico 1) que facilita la visualización de la distribución porcentual por rangos de edad y sexo. Este recurso permite observar de manera clara las diferencias de participación entre hombres y mujeres en cada grupo etario, apoyando el análisis cuantitativo realizado.

El análisis de género muestra una predominancia clara de mujeres (77,63 %), frente al 22,37 % de hombres, lo que se mantiene constante en todos los rangos de edad y localidades. Este patrón refleja no solo la mayor esperanza de vida femenina, sino también su mayor implicación en actividades comunitarias.

Los resultados del programa muestran una evolución positiva en la mayoría de las funciones cognitivas evaluadas, lo que respalda la eficacia del modelo comunitario e interdisciplinar implementado. A partir del análisis de medias mensuales, se observa que un alto porcentaje de los participantes mantuvo o mejoró su rendimiento en áreas como gnosia (incremento sostenido

GRÁFICO 2. EVOLUCIÓN MEDIA DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES POR ÁREA COGNITIVA

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos..

desde 7,5 en julio de 2023 hasta valores estables entre 11 y 12 durante 2024), praxias (con picos de 12 en abril y julio de 2024) y lenguaje (que se mantuvo constante en torno a 11-12 puntos). En cálculo, tras un inicio más irregular, se consolidaron puntuaciones estables desde enero de 2024, con medias entre 9,5 y 12 puntos.

En atención y memoria, funciones especialmente sensibles al deterioro cognitivo, se apreció una recuperación progresiva tras los descensos puntuales de invierno, estabilizándose en torno a 11-12 puntos a lo largo del segundo trimestre de 2024. El área visoespacial mostró un comportamiento estable, sin grandes oscilaciones, mientras que las funciones ejecutivas y la orientación reflejaron mejoras mantenidas, con puntuaciones elevadas en los meses de primavera y verano de 2024. Estas cifras reflejan que el 85 % de las personas participantes lograron mantener o mejorar su capacidad cognitiva a lo largo de los meses, confirmando el impacto positivo de la intervención y reforzando la hipótesis del proyecto sobre la eficacia de un enfoque preventivo y comunitario en la atención al deterioro cognitivo leve.

4. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este proyecto confirman la eficacia de una intervención comunitaria integral en la detección precoz del DCL y en la mejora de la estimulación cognitiva en personas mayores usuarias de los CPA. La implantación del protocolo no solo superó las expectativas iniciales en términos de cobertura —duplicando el número previsto de centros participantes—, sino que también demostró una alta tasa de adherencia por parte de la población usuaria, lo que, valida el enfoque metodológico centrado en la accesibilidad, la continuidad y la participación.

El hallazgo de que el 54 % de las personas valoradas presentaban signos compatibles con DCL, y que un 14,51 % fue derivado a servicios sanitarios para diagnóstico, destaca la relevancia de intervenir en espacios comunitarios antes de que los síntomas sean clínicamente manifiestos. Esta tasa de detección es significativamente superior a la estimación inicial del 15 % y sugiere que los CPA pueden funcionar como nodos efectivos de prevención, especialmente si cuentan con personal formado, coordinación con servicios sociosanitarios y una estructura metodológica clara.

El hecho de que el 85 % de los participantes mantuvieran o mejoraran su capacidad cognitiva evidencia la utilidad de las terapias de estimulación como herramienta preventiva no farmacológica, tal como lo respaldan investigaciones previas (Pérez-Rojo et al., 2019). A su vez, la participación masiva de mujeres (77,63 %) y su mayor presencia en los tramos etarios más avanzados (76–80 años) reafirman la necesidad de integrar la perspectiva de género en los programas preventivos, adaptando las estrategias a las trayectorias vitales y condiciones diferenciales de hombres y mujeres mayores.

El trabajo social, como eje articulador entre el ámbito comunitario y familiar ha demostrado ser una herramienta indispensable en este modelo. Su rol ha permitido no solo una detección más precisa mediante el conocimiento contextual de las personas usuarias, sino también la contención emocional y orientación a las familias, contribuyendo a una respuesta más integral ante el posible desarrollo de enfermedades neurodegenerativas (Martínez-Rivera y López-Torres, 2020; Casanova-González y Martín-Cano, 2018). La intervención transdisciplinar semanal, la orientación individual y grupal, y la dinamización de sesiones preventivas, evidencian cómo el trabajo social puede liderar acciones sostenibles en entornos no clínicos, reforzando el nexo entre comunidad y sistema de salud.

En conjunto, los resultados permiten concluir que un modelo preventivo, comunitario y psicosocial como el aquí desarrollado no solo es viable y efectivo, sino necesario. La intervención precoz desde entornos cotidianos y no medicalizados puede reducir la incidencia de diagnósticos tardíos, retrasar el avance de las demencias y mejorar tanto la calidad de vida de las personas afectadas como la de sus familias. Así, su replicabilidad en otros CPA del territorio, como está sucediendo en la actualidad con la Confederación Andaluza de Alzheimer, quien lo realiza a nivel Andaluz desde junio de 2025, resulta bastante positiva para ir estableciendo dinámicas de detección precoz y atención comunitaria integral.

No obstante, el proyecto también identifica algunos retos pendientes. Entre ellos, destacan la escasa participación de hombres en las franjas de menor edad, la necesidad de una mayor sistematización de los instrumentos de cribado, y la urgencia de establecer rutas asistenciales formales entre CPA y atención primaria, así como una atención especializada desde las propias Asociaciones de Familiares de Personas Enfermas de Alzheimer y Otras Demencias. Superar estas limitaciones fortalecería aún más el impacto y la sostenibilidad de la estrategia.

5. CONCLUSIONES

El presente proyecto ha demostrado que la implementación de un protocolo de detección precoz del DCL en CPA es una estrategia eficaz, viable y necesaria para abordar de forma anticipada el impacto de las enfermedades neurodegenerativas en la población mayor. Los resultados obtenidos, tanto en términos de detección como de mantenimiento o mejora de la capacidad cognitiva, confirman el valor de las intervenciones preventivas, especialmente cuando se desarrollan en contextos comunitarios accesibles, familiarizados con las personas mayores y con capacidad de generar adherencia sostenida.

La alta tasa de participación y continuidad (84,9 %) junto con la detección de signos de DCL en más de la mitad de las personas beneficiarias (54 %), revelan la utilidad del modelo aplicado no solo para mejorar la salud cognitiva individual, sino también para contribuir a una planificación asistencial más eficiente por parte del sistema de salud. Además, la derivación temprana de casos con sospecha de demencia y el acompañamiento a las familias refuerzan la dimensión preventiva y psicosocial del programa.

Uno de los elementos diferenciadores del proyecto ha sido el papel del trabajo social, cuya intervención ha permitido integrar la dimensión comunitaria, relacional y contextual en todas las fases del proceso: desde la elaboración técnica, seguimiento de casos, hasta la orientación a familias y la coordinación con los recursos sociosanitarios que ha sido clave para garantizar la equidad, la accesibilidad y la sostenibilidad del modelo.

Asimismo, el enfoque de género ha resultado fundamental para interpretar la elevada participación femenina y adaptar la intervención a las características específicas de este colectivo, mayoritario en la red de CPA y especialmente vulnerable a la soledad no deseada y la dependencia asociada a la edad avanzada.

En este sentido, las Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y Otras Demencias (AFAs), como AFA Aljarafe, juegan un papel estratégico. Su proximidad al territorio, conocimiento especializado y experiencia acumulada en atención psicosocial las convierte en actores clave para el seguimiento, acompañamiento y orientación a personas diagnosticadas o en situación de sospecha. Una atención especializada desde estas entidades puede complementar eficazmente la labor de los centros de salud, al tiempo que proporciona un espacio de contención emocional, asesoramiento legal, formación a cuidadores y participación comunitaria.

La inclusión formal de estas asociaciones en las rutas asistenciales, bajo convenios de colaboración o derivación, permitiría ampliar la cobertura del sistema, disminuir la sobrecarga de atención primaria y reforzar un modelo integral de atención a las demencias. Esta articulación no solo es viable, sino urgente, ante el aumento de casos y la necesidad de intervenciones sostenidas, transdisciplinarias y centradas en la persona.

La experiencia adquirida sienta las bases para la consolidación de una red de prevención del deterioro cognitivo en el ámbito comunitario, con potencial para reducir la carga futura sobre el sistema sanitario, mejorar la calidad de vida de las personas mayores y fortalecer los vínculos entre salud, comunidad y cuidado.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Ajuntament de Barcelona. (2017). *Projecte Radars: Xarxa de suport a les persones grans*. Àrea de Drets Socials.
- Albert, M., DeKosky, S., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H., Fox, N. y Phelps, C. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups. *Alzheimer's y Dementia*, 7(3), 270–279.
- Alemán-Díaz, A. Y., Muñoz-Bellido, J. L., y Hernández-Gallego, J. (2020). Atención integral al deterioro cognitivo en atención primaria: el papel del entorno y los profesionales comunitarios. *Atención Primaria*, 52(6), 400–407. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.06.010>
- Alzate, N., Muñoz, W., Latorre, M., Begambre, C., Carillo, M., y Nieto, J. (2024). Intervenciones relacionadas con la sobrecarga del cuidador del paciente con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.03.006>
- Amezcu-Aguilar, T.; Sotomayor-Morales, E. (2019). La participación social de las personas mayores, una cuestión de estructura de oportunidades. Los casos de Jaén (España) y Esslingen (Alemania). *Paraninfo Digital*; 13(30): 1-. <https://ciberindex.com/c/pd/e30090>
- Calabuig, J., Lacomba-Trejo, L., y Pérez-Marín, M. (2021). Duelo anticipado en familiares de personas con enfermedad de Alzheimer: análisis del discurso. *Avances en psicología latinoamericana*, 39(2) p. 1-17. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8436>
- Cando, D., López, E., Calderón, K., y Nieves, M. (2022). Factores que Predisponen a una Sobrecarga en el Cuidador Informal de un Adulto Mayor Diagnosticado Con Alzheimer. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 4(6), 411–421.
- Casanova-González, M., y Martín-Cano, M. C. (2018). *Trabajo social y envejecimiento: Intervención comunitaria en la prevención del deterioro cognitivo*. Revista de Trabajo Social, 60(1), 115–130.
- Cedeño-Macías, J., Galarza-Schoenfeld, A., y Joza-Gonzalez, A. (2024). Diagnóstico del Alzheimer y su impacto emocional en las familias de los adultos mayores. *Revista Científica Y Arbitrada De Ciencias Sociales Y Trabajo Social: Tejedora*, 7(17), 166–184. <https://doi.org/10.56124/tj.v7i16.011>
- Consejería de Salud y Familias. (2018). *Programa de Envejecimiento Activo en Andalucía*. Junta de Andalucía. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/mayores/paginas/plataforma-en-buena-edad.html>

- Corbett, A., Owen, A., Hampshire, A., Grahn, J., Stenton, R., Dajani, S., y Ballard, C. (2015). The effect of an online cognitive training package in healthy older adults: An online randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16, 990-997. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.014>
- De Arce, F. (2022). Familias con un miembro afectado de demencia: una propuesta de intervención desde el Trabajo Social. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (11), 35-44. <https://doi.org/10.6018/azarbe.502221>
- Dubois, B., Hampel, H., Feldman, H. H., Scheltens, P., Aisen, P., Andrieu, S. y Cummings, J. (2016). Preclinical Alzheimer's disease: Definition, natural history, and diagnostic criteria. *Alzheimer's y Dementia*, 12(3), 292-323. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.02.002>
- Gambella, E., Valenza, S., Giulietti, M. V., Gagliardi, C., Civerchia, P., Fabbietti, P. y Pelliccioni, G. (2022). "The Community That Takes Care of Itself": A Feasibility Study to Support Families Caring for a Loved One With Alzheimer Disease. *Family & Community Health*, 45(4), 238-246. <https://doi.org/10.1097/fch.0000000000000333>
- Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista de Neurología*, 66(11), 377-386. <https://doi.org/10.33588/rn.6611.2017519>
- González, A., Martínez, P., y Ortega, J. (2020). Envejecimiento activo y prevención del deterioro cognitivo: un enfoque desde la intervención social. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(2), 78-85.
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2024). *Padrón Municipal de Habitantes. Cifras Oficiales de Población Municipal*. <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/padron/index.htm>
- Jessen, F., Amariglio, R. E., van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chételat, G., y Wagner, M. (2014). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's y Dementia*, 10(6), 844-852. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.01.001>
- Jiménez-Sánchez, M. (2017). *Trabajo social y gerontología: hacia un modelo de atención integral en el ámbito comunitario*. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 115-134. <https://doi.org/10.5209/CUTS.56295>
- Lirio-Castro, J., Alonso-González, D., Herranz-Aguayo, I., y de la Riva Picatoste, B. (2024). La participación de los adultos mayores en entidades generadoras de innovación social: un estudio cualitativo. *Espacios en blanco. Serie indagaciones*, 34(2), 33-48. <https://doi.org/10.37177/UNICEN/EB34-415>
- Llamas-Velasco, S., Llorente-Ayuso, L., Contador, I., y Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Rev Neurol*, 61(8), 363-71. <https://doi.org/10.33588/rn.6108.2015107>
- López Doblas, J., y Torns, T. (2021). Los servicios sociales ante el envejecimiento: nuevas realidades y desafíos para el trabajo social. *Documentos de Trabajo Social*, 58, 33-52.
- Martínez-Rivera, M., y López-Torres, A. (2020). *El papel del trabajo social en el abordaje del Alzheimer y otras demencias*. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 123, 45-60.
- Mendizábal, M. (2024). El envejecimiento activo: una mirada pedagógica para una vejez activa. *Pedagogía y educación, en perspectiva mesoaxiológica*. Cuestiones Conceptuales, 273. https://www.researchgate.net/profile/Ramon-Minguez-Vallejos/publication/377411031_La_pedagogia_de_la_alteridad_implicaciones_teoricas_investigadoras_y_de_practica_educadora/links/65cf3b49e51f606f9975459b/La-pedagogia-de-la-alteridad-implicaciones-teoricas-investigadoras-y-de-practica-educadora.pdf#page=275
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Plan integral de Alzheimer y otras demencias (2019-2023)*. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Plan de acción para el abordaje de las enfermedades neurodegenerativas y demencias*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/enfermedadesNeurodegenerativas/docs/Abordaje_del_Alzheimer_y_otras_demencias_Accesible.pdf
- Olazarán, J., Muñoz, R., Reisberg, B., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Cruz-Jentoft, A. J., ... y Serra, J. A. (2010). Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurología*, 25(1), 29-38. [https://doi.org/10.1016/S0213-4853\(10\)70110-0](https://doi.org/10.1016/S0213-4853(10)70110-0)
- Pérez-Rojo, G., Noriega, C., y López, J. (2019). *Apoyo psicosocial a personas cuidadoras y redes familiares en demencias: el papel del trabajo social*. *Psicología, Salud y Sociedad*, 11(2), 85-96.

- Poudevida, S., de Sola, S., Brugulat-Serrat, A., Llosera, G. M. V., Castillo, Á., Huesa, G., ... y Gramunt-Fombuena, N. (2022). Efectividad de una intervención psicoterapéutica grupal en la mejora del bienestar de personas cuidadoras de un familiar con enfermedad de Alzheimer: estudio CuiDem. *Revista de neurología*, 75(8), 203. <https://doi.org/10.33588/rn.7508.2022180>
- Ruiz-Hernández, M., Mur-Gomar, R., y Montejano-Lozoya, R. (2025). Efectividad de las terapias no farmacológicas en personas con alzheimer: una revisión sistemática. *Revista española de salud pública*, 97.
- Sánchez-López, A., y López González, M. (2020). Buenas prácticas en envejecimiento activo: Programa "Activa la mente". *Revista de Intervención Psicosocial Comunitaria*, 8(1), 59–72.
- Velilla, L., Acosta-Baena, N., Allen, I., Lopera, F., y Kramer, J. (2022). Analysis of family stigma and socioeconomic factors impact among caregivers of patients with early-and late-onset Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Scientific reports*, 12(1), 12663. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16400-2>
- World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. WHO.