

Demencia y cuidados



**Apoyos para
afrentar el
deterioro cognitivo**

Índice

1 Presentación

- 3** La demencia
- 7** Los cuidados
- 16** Bibliografía referenciada

Experiencias

- 25** Comunidades amigables con la demencia
- 27** Dementia Services Development Centre (Reino Unido)
- 29** Community Occupational Therapy in Dementia (Países Bajos)
- 32** Hogeweyk (Países Bajos) y Village Landais (Francia)
- 34** Proyecto Radars (Barcelona)
- 37** Unidades de convivencia para personas con demencia (Japón)

Recursos de interés

- 39** Política pública y planificación
- 40** Envejecimiento y salud cognitiva
- 41** Demencia: información para profesionales y familias
- 42** Apoyo a las personas cuidadoras

Presentación

Alzheimer's Disease International (ADI) y la Organización Mundial de la Salud cifran en más de 55 millones el número de personas que conviven con algún tipo de demencia en el mundo, y estiman que la cifra alcanzará los 78 millones en 2030 y los 139 millones en 2050, con una incidencia anual en torno a los 10 millones de casos nuevos (OMS, 2025; ADI, 2024). Esta evolución no se distribuye de manera homogénea entre regiones: más del 60 % de las personas afectadas reside en países de renta baja o media, y las proyecciones apuntan a que el incremento será especialmente acusado en estos contextos a medida que avance su transición demográfica (OMS, 2025).

A las cifras de prevalencia se añaden estimaciones sobre el impacto económico del síndrome. *Alzheimer's Disease International* sitúa el coste global asociado a la demencia por encima de los 1,3 billones



de dólares anuales y proyecta que alcance los 2,8 billones en 2030, una magnitud que en buena medida explica su consideración como prioridad sanitaria a escala internacional (ADI, 2024). El *World Alzheimer Report 2024*, elaborado a partir de una encuesta realizada a más de 40.000 personas en 166 países y territorios,



documenta que el 80 % de la población y el 65 % de profesionales sanitarios y de cuidados consultados atribuyen la demencia al curso ordinario del envejecimiento –una asunción que la propia OMS ha desmentido en sucesivos documentos técnicos (OMS, 2020)– y que el 88 % de las personas que conviven con la enfermedad declara haber experimentado situaciones de discriminación. En este contexto, la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 2017 el Plan de Acción Mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025, que estableció siete áreas estratégicas de actuación –entre las que cabe destacar la reducción de riesgos, el diagnóstico, los cuidados y el apoyo a las personas cuidadoras– y fijó objetivos cuantitativos para los Estados

miembros (OMS, 2017). Su grado de implementación ha resultado, no obstante, heterogéneo entre países, de modo que solo una parte minoritaria ha desarrollado planes nacionales operativos con dotación presupuestaria específica (OMS, 2025).

El presente dossier se propone ofrecer un panorama de los apoyos disponibles en buena parte de los países de nuestro entorno para afrontar el deterioro cognitivo, con atención tanto a los servicios formales como a las redes informales de cuidado y a algunas experiencias en marcha. Conviene, con carácter previo, detenerse en el concepto mismo de demencia, en su magnitud y en sus factores de riesgo, dado que cualquier respuesta de política pública parte de una comprensión clínica y epidemiológica del fenómeno al que se dirige.



La demencia

Definición y clasificación

La OMS define la demencia como un síndrome, habitualmente crónico o progresivo, caracterizado por un deterioro de la función cognitiva mayor del esperable por el envejecimiento, que afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, sin alteración de la conciencia, y que suele acompañarse –y en ocasiones precede– de cambios en el estado de ánimo, el control emocional, el comportamiento o la motivación (OMS, 2025). No se trata, por tanto, de una enfermedad única, sino de un término que agrupa diversas enfermedades y lesiones cerebrales con un perfil sintomático común; la edad constituye su principal factor de riesgo conocido, si bien, como se ha señalado en la presentación, no cabe entenderla como consecuencia inevitable del envejecimiento. En el plano del diagnóstico clínico, el DSM-5 sustituyó la categoría de “demencia” por la de “trastorno neurocognitivo mayor” –denominación alternativa que se mantiene– e incorporó la de “trastorno neurocognitivo menor”, asimilable al deterioro cognitivo leve (American Psychiatric Association, 2013); ambas categorías se distinguen por la intensidad del deterioro y por su impacto sobre la autonomía funcional, en tanto que el delirium figura en el mismo capítulo como categoría diferenciada (Custodio et al., 2018). Pese a este cambio, el término “demencia” sigue siendo predominante en la práctica clínica, la literatura epidemiológica y los documentos de planificación sanitaria, motivo por el cual se emplea también en este dossier.

Las enfermedades agrupadas bajo este término presentan, no obstante, perfiles de prevalencia diferenciados. La enfermedad de Alzheimer constituye la forma más frecuente, con entre el 60 % y el 70 % de los casos a escala mundial (OMS, 2025) y entre el 70 % y el 77 % en España



(Fundación de Ciencias de la Salud, 2025); le siguen, por orden de prevalencia, la demencia vascular –asociada a enfermedad cerebrovascular y que supone en torno al 15,8 % de los casos en el contexto español–, la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal, esta última con un peso relativo del 5 % al 10 % entre las demencias degenerativas y una incidencia particularmente significativa por debajo de los 65 años (Hernández Ramos y Hernández Ovejero, 2014). En las edades avanzadas suelen presentarse, además, formas mixtas –particularmente la combinación de patología Alzheimer y vascular–, lo que dificulta el diagnóstico diferencial y matiza la lectura de las cifras de prevalencia por subtipo (Livingston et al., 2024). En cuanto a la edad de aparición, la mayor parte de los casos se manifiesta a partir de los 65 años, si bien una proporción no menor –de entre el 5 % y el 9 % del total– corresponde a la denominada demencia de inicio precoz, con una prevalencia estimada de 119 casos por cada 100.000 habitantes en el grupo de 30 a 64 años (Loi et al., 2023; OMS, 2025).

Desde el punto de vista del curso clínico, la demencia suele evolucionar en tres estadios –inicial, intermedio y avanzado–, delimitados por la sintomatología característica de cada fase (OMS, 2025). En el estadio inicial predominan el olvido, la pérdida de la noción del tiempo y la desorientación en lugares conocidos; en el intermedio se manifiestan dificultades de reconocimiento, repetición de preguntas, cambios de comportamiento y una creciente dependencia para las actividades básicas de la vida diaria; y en el avanzado, la desorientación grave, la pérdida de reconocimiento de familiares próximos, la incontinencia y la movilidad reducida conducen a una situación de dependencia prácticamente total. Esta progresión, con una duración media de entre ocho y diez años desde el diagnóstico, condiciona el tipo y la intensidad de los apoyos requeridos en cada fase, así como la organización de los cuidados que se examina en los apartados siguientes.



Magnitud y distribución

A escala mundial, la demencia constituye la séptima causa de muerte y una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores (OMS, 2025). Su distribución por sexo presenta un patrón asimétrico documentado en sucesivos informes internacionales: las mujeres registran una mayor mortalidad atribuible a esta causa –en torno al 65 % de las defunciones por enfermedad de Alzheimer y otras demencias a escala global– y concentran una proporción superior de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) asociados al síndrome, si bien las estimaciones más recientes apuntan a que la prevalencia ajustada por edad se mantiene estable entre ambos sexos y a que la mayor presencia femenina en las cifras absolutas se explica, en lo fundamental, por su mayor esperanza de vida (OMS, 2020; GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators, 2022; OPS, 2023).

En el ámbito estatal, la cuantificación precisa del fenómeno presenta varias limitaciones técnicas. La principal radica en la inexistencia de un registro oficial unificado de personas con demencia, circunstancia que obliga a recurrir a estimaciones procedentes de estudios epidemiológicos territoriales con metodologías heterogéneas, las cuales sitúan el número de personas afectadas por deterioro cognitivo o demencia por encima de las 800.000, con proyecciones que apuntan a hasta dos millones en 2050 en ausencia de medidas preventivas y de diagnóstico precoz; tales proyecciones resultan coherentes con la dinámica demográfica del país, en el que la proporción de personas mayores de 65 años pasaría del 20,4 % actual a un máximo próximo al 30,5 % en 2055 (INE, 2024). El estudio Gómez de Caso, realizado sobre una muestra de 4.624 pacientes de cinco redes centinelas sanitarias representativas de 1.723.216 personas en cinco comunidades autónomas, estimó una prevalencia ajustada del deterioro cognitivo en población mayor de 65 años atendida en atención primaria del 18,5 % (IC 95 %: 17,3-19,7), con diferencias significativas por sexo –



18,5 % en mujeres frente a 14,3 % en hombres– y un crecimiento exponencial con la edad, que alcanza el 45,3 % por encima de los 85 años (Vega Alonso et al., 2018). A estas cifras cabe añadir una proporción significativa de infradiagnóstico, que el Ministerio de Sanidad sitúa hasta en el 70 % del total estimado de personas con demencia (Ministerio de Sanidad, 2022), así como una distribución territorial heterogénea en la disponibilidad de unidades especializadas y en el acceso a pruebas diagnósticas. En este contexto, la Confederación Española de Alzheimer ha situado entre sus reivindicaciones prioritarias la creación de un censo nacional integrado en los sistemas de información sanitaria, en línea con las recomendaciones del Plan de Acción Mundial de la OMS (CEAFA, s. f.; Ministerio de Sanidad, 2022).

Factores de riesgo modificables

La *Lancet Commission on dementia prevention, intervention, and care* – panel internacional integrado por veintisiete personas expertas, que sintetiza periódicamente la evidencia disponible en materia de prevención, intervención y atención a la demencia– estima, en su tercer informe, publicado en 2024, que el 45 % de los casos de demencia a escala global podrían prevenirse o retrasarse mediante la actuación sobre catorce factores de riesgo modificables a lo largo del curso vital (Livingston et al., 2024). La estimación supone una revisión al alza respecto al informe anterior, de 2020, que situaba en el 40 % la proporción de casos potencialmente evitables a partir de doce factores; la diferencia se explica, en lo fundamental, por la incorporación de dos nuevos factores de riesgo – el colesterol LDL elevado en la edad media y la pérdida visual no tratada en la vejez– cuya evidencia acumulada en los últimos cuatro años se ha considerado lo suficientemente robusta como para integrarlos en el modelo. Los catorce factores se distribuyen en tres etapas vitales: en la infancia y la juventud se identifica el bajo nivel educativo; en la edad media se concentran la hipoacusia, la hipertensión, la obesidad, el



consumo excesivo de alcohol, el traumatismo craneoencefálico, el colesterol LDL elevado y la depresión; y en la vejez, el tabaquismo, el aislamiento social, la inactividad física, la diabetes, la contaminación atmosférica y la pérdida visual no corregida (Livingston et al., 2024). Dos elementos del informe resultan relevantes para comprender el alcance de la prevención. En primer lugar, el potencial preventivo no se distribuye de manera uniforme a lo largo del ciclo vital: el informe concluye que las intervenciones concentradas en la edad media –entre los 18 y los 65 años– son las que ofrecen un mayor margen de actuación, si bien ninguna etapa queda fuera del alcance de la prevención. En segundo lugar, los factores identificados desbordan el ámbito estrictamente sanitario y remiten a políticas educativas, laborales, urbanísticas, ambientales y de protección social: la disponibilidad de educación secundaria universal, el acceso a audífonos y revisiones oftalmológicas, las políticas de calidad del aire, la regulación del tabaquismo o el diseño de entornos urbanos que favorezcan la interacción social figuran entre las recomendaciones de actuación que la Comisión dirige a los Estados (Livingston et al., 2024). Esta naturaleza intersectorial de la prevención cobra particular relevancia en países de renta baja y media y en grupos socioeconómicamente desfavorecidos, en los que la prevalencia de los catorce factores es comparativamente más elevada y, en consecuencia, también lo es el efecto potencial de las intervenciones poblacionales.

Los cuidados

La descripción clínica y epidemiológica del apartado anterior sitúa la demencia como un síndrome de curso progresivo, con una duración media de entre ocho y diez años desde el diagnóstico, que requiere apoyos sostenidos y combinados de atención sanitaria, asistencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y acompañamiento emocional (Livingston et al., 2024; OMS, 2021). Estas características explican que la demencia figure entre los principales factores de demanda



de los sistemas de cuidados de larga duración (CLD) en los países de la OCDE, ámbito definido por la propia organización como el conjunto de servicios de atención personal y asistencia dirigidos a personas que, por pérdida de autonomía funcional asociada al envejecimiento, la enfermedad crónica o la discapacidad, requieren apoyo continuado en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (OCDE, 2024; Bruegel, 2024). En todos los Estados miembros de la organización, los CLD se articulan en torno a dos componentes interrelacionados, cuya proporción varía sensiblemente entre países. El cuidado formal comprende los servicios regulados y profesionalizados, financiados con fondos públicos o mixtos y prestados por personal contratado; el cuidado informal designa la atención prestada por familiares o personas del entorno sin remuneración ni vínculo contractual. La distribución entre ambos componentes configura lo que la literatura especializada denomina “régimen de cuidados”, tipología que atiende a la organización social de los cuidados y a sus implicaciones de género, y que se considera uno de los rasgos estructurales diferenciadores de los Estados de bienestar (Anttonen y Sipilä, 1996; Bettio y Verashchagina, 2012; OCDE, 2023). El peso relativo de cada componente presenta variaciones territoriales significativas: en el cálculo global de los costes sociales asociados a la demencia en 2019, aproximadamente el 50 % correspondió al valor imputado del cuidado informal, proporción que se elevaba al 65 % en los países de renta baja y media (Wimo et al., 2023); en términos agregados, las mujeres proveen alrededor del 70 % de las horas globales de atención a personas con demencia a escala internacional (OMS, 2021).

El cuidado formal

En España, los apoyos formales de larga duración para las personas que han perdido autonomía –entre ellas, las personas con demencia con grado reconocido– se canalizan a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), creado por la Ley 39/2006, de 14 de



diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). La ley no contempla la demencia como categoría específica, sino que ordena el acceso en función del grado de dependencia (I, II o III) reconocido tras una valoración funcional, de modo que las personas con demencia se sitúan dentro del marco general de la dependencia. El catálogo del SAAD combina servicios y prestaciones económicas: servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche y atención residencial – dispositivos que cubren distintas intensidades de apoyo a lo largo del continuo asistencial–, junto con tres prestaciones económicas: la vinculada al servicio, la destinada a los cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales, y la de asistencia personal.

La atención a la demencia no se limita, sin embargo, al SAAD. El Sistema Nacional de Salud (SNS) asume el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento clínico, y es desde este ámbito desde el que se ha desplegado el marco estratégico específico. El elemento central de dicho marco lo constituye la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del SNS, aprobada por el Consejo Interterritorial el 13 de abril de 2016, dentro de la cual se inscribe el documento *Abordaje del Alzheimer y otras demencias*, aprobado por el mismo Consejo el 2 de diciembre de 2021 y en fase de implementación desde 2022, concebido para abordar los aspectos específicos del Alzheimer y de otras demencias que no habían quedado recogidos con suficiente detalle en la Estrategia general (Ministerio de Sanidad, 2016, 2021). De manera complementaria, el Ministerio de Sanidad impulsó –con la participación del Imsero a través del CRE Alzheimer– el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias 2019-2023, que articuló sus actuaciones en torno a cuatro ejes: sensibilización y transformación del entorno; atención social y sanitaria centrada en la persona; derechos, ética y dignidad; e investigación, innovación y conocimiento (Ministerio de Sanidad, 2019). Concluido el horizonte



temporal del Plan, las comunidades autónomas se encuentran desplegando los criterios estratégicos definidos en sus respectivos planes integrales y mapas de recursos, conforme a la última información pública del Ministerio (Ministerio de Sanidad, 2024).

La cobertura efectiva que estos dispositivos ofrecen a las personas con demencia presenta, no obstante, limitaciones consistentemente documentadas por la literatura internacional. El *World Alzheimer Report 2022*, basado en una encuesta internacional a personas con demencia, cuidadoras y profesionales de 69 países, estima que hasta el 85 % de las personas con demencia en el mundo no acceden a apoyos posdiagnósticos estructurados; en los países de renta alta, el 37 % de las personas diagnosticadas declararon no haber recibido oferta alguna de apoyo formal más allá de la información inicial, y el 64 % manifestó no disponer de un plan de atención personalizado (Alzheimer's Disease International, 2022). En el caso español, la aparente unidad del marco estratégico coexiste con una realidad territorial fragmentada. El proyecto MapEA –primer ejercicio sistemático de mapeo autonómico de la atención a la demencia en España, basado en paneles de personas expertas de Neurología, Geriátrica, Psiquiatría y Atención Primaria– documentó una notable heterogeneidad territorial en la disponibilidad de unidades especializadas, en el acceso a la evaluación neuropsicológica y a los biomarcadores diagnósticos y en las rutas asistenciales, tanto entre comunidades autónomas como entre áreas sanitarias de una misma comunidad (Martínez-Lage et al., 2018). A esta variabilidad interautonómica se superpone una diferencia rural-urbana con implicaciones específicas: el propio Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias 2019-2023 señala que, en las zonas rurales, las personas usuarias pueden tardar entre uno y dos años en buscar atención médica, en buena medida por la tendencia a interpretar los primeros síntomas como cambios propios de la edad, a lo que se suman la distancia física a las unidades especializadas y la menor densidad de centros de día,



programas de respiro y asociaciones de familiares (Ministerio de Sanidad, 2019). El lugar de residencia opera, así, como un determinante efectivo de la trayectoria asistencial.

En la fase avanzada de la enfermedad, la atención residencial concentra una prevalencia particularmente elevada de demencia entre las personas usuarias. El estudio RESYDEM, realizado sobre 852 personas residentes en 54 centros de todas las comunidades autónomas, estimó una prevalencia global del 61,7 % (IC 95 %: 58,4-65,1) –correspondiendo a la enfermedad de Alzheimer la etiología más frecuente (16,9 %)– y observó que solo el 18,8 % de las personas diagnosticadas recibía tratamiento farmacológico específico (López-Mongil et al., 2009). Un estudio posterior, realizado en tres centros residenciales del Principado de Asturias, documentó deterioro cognitivo en aproximadamente el 76 % de las personas residentes, con ausencia de diagnóstico claro en cerca del 40 % de los casos (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2009). Ambos trabajos, pese a su antigüedad, convergen al evidenciar que la prevalencia real de la demencia en los centros residenciales resultaba sensiblemente superior a la cobertura diagnóstica y terapéutica registrada.

El cuidado informal

El sistema español de cuidados se inscribe en el denominado régimen mediterráneo de bienestar, en el que la familia opera como principal proveedora de atención a las personas en situación de dependencia y el esfuerzo se reparte de forma asimétrica entre hombres y mujeres (Esping-Andersen, 1999; Anttonen y Sipilä, 1996). El estudio *El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro*, elaborado por CEAFA y la Fundación Sanitas a partir de una muestra de cuidadoras y cuidadores de personas con Alzheimer, sitúa en el 94 % la proporción de personas con la enfermedad cuyo cuidado recae principalmente en el entorno familiar, con un coste medio anual por caso de 31.890 euros, del que las familias



asumen, en promedio, el 87 % (CEAFA y Fundación Sanitas, 2016; CEAFA, 2021).

El mismo estudio ofrece un perfil sociodemográfico de quien asume el cuidado principal. El perfil predominante corresponde a una mujer (67 %) de entre 40 y 55 años (45 %), residente en área urbana (78 %), que atiende habitualmente a un progenitor con la enfermedad (65 %) y compatibiliza esta tarea con el cuidado de su propia unidad familiar. En torno al 21 % de las personas cuidadoras supera los 70 años y corresponde mayoritariamente a cónyuges que atienden a su pareja, circunstancia que suele asociarse a la coexistencia de limitaciones funcionales en quien cuida. Estos resultados resultan coherentes con los datos agregados para el conjunto de la dependencia que ofrece la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (INE, EDAD 2020), conforme a la cual el 63,7 % de las cuidadoras principales son mujeres y el 49,7 % de las personas que reciben cuidados requieren ocho o más horas diarias de atención – dedicación equivalente a una jornada laboral completa–. A partir de los 80 años de la persona que recibe los cuidados, el vínculo predominante se desplaza, además, del cónyuge a una hija (41,1 %) (INE, 2022).

En relación con el impacto del cuidado sostenido sobre la salud de quien lo asume, los trabajos disponibles documentan una prevalencia elevada de problemas físicos y, particularmente, de sintomatología emocional – ansiedad y depresión– entre las cuidadoras principales de personas con demencia (Crespo y Fernández-Lansac, 2015; Bustillo, Gómez-Gutiérrez y Guillén, 2018). El *World Alzheimer Report 2022* cuantifica esta dimensión a escala internacional, al señalar que el 92 % de las cuidadoras informales encuestadas declararon experimentar estrés asociado al rol de cuidado en grado variable (Alzheimer's Disease International, 2022). En cuanto a las intervenciones dirigidas específicamente a personas cuidadoras, una revisión referida al contexto español identifica las de orientación



cognitivo-conductual como las de mayor aplicación y mayor impacto sobre la sintomatología depresiva, si bien sus resultados no siempre se mantienen una vez finalizada la intervención. Las intervenciones psicoeducativas ocupan el segundo lugar en aplicación y registran resultados comparables en formato individual y grupal (Bustillo, Gómez-Gutiérrez y Guillén, 2018). En esa línea, la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del SNS ha promovido, en colaboración con CEFA, la adaptación al contexto español del *Manual para el entrenamiento y apoyo de cuidadores de personas con demencia*, basado en iSupport, un programa de autoayuda y formación desarrollado por la OMS para personas cuidadoras informales de personas con demencia que se estructura en cinco módulos –introducción a la demencia, ser persona cuidadora, cuidarse a uno mismo, proporcionar cuidados cotidianos y manejar cambios de comportamiento– con apoyo en técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva y atención centrada en la persona (Ministerio de Sanidad, 2022; OMS, 2019).

Modelos de atención a la demencia: de la ACP a la atención integrada

La respuesta asistencial a la demencia ha experimentado en las últimas tres décadas una transición conceptual y organizativa que ha desplazado progresivamente el modelo biomédico tradicional –centrado en el déficit cognitivo y en la contención farmacológica de los síntomas conductuales– hacia un paradigma biopsicosocial que entiende la demencia como una condición modulada por las relaciones sociales y por el entorno físico e institucional, sin que ello suponga la sustitución íntegra del enfoque previo (Vernooij-Dassen et al., 2019). La formulación inicial de este desplazamiento corresponde al enfoque de atención centrada en la persona (ACP) en el ámbito específico de la demencia, propuesto por el psicólogo social Tom Kitwood (1997). Su aportación principal consistió en situar en el centro del modelo la noción de *personhood* –la condición de



persona como construcción relacional- frente a la concepción, predominante hasta entonces, según la cual la persona con demencia podía describirse, en lo fundamental, por el conjunto de sus déficits cognitivos. El modelo fue posteriormente operacionalizado mediante el marco VIPS (Brooker, 2004), que articula cuatro elementos –*Valuing* (valorar a la persona), *Individualised* (tratamiento individualizado), *Perspective* (adoptar la perspectiva de la persona) y *Social environment* (entorno social positivo)-; la literatura internacional ha desarrollado desde entonces variantes como *Dementia Care Mapping*, *Butterfly Approach* o *Namaste Care*, que comparten esa base conceptual común.

La evidencia disponible sobre la eficacia de la ACP en demencia apunta a efectos positivos. La revisión sistemática y metaanálisis de Kim y Park (2017), que incluyó 19 estudios con un total de 3.985 participantes en residencias de larga estancia y entornos domiciliarios, identificó efectos estadísticamente significativos en la reducción de la agitación, de los síntomas neuropsiquiátricos y de la depresión, así como en la mejora de la calidad de vida. Estos efectos resultaron más consistentes en personas con demencia de menor severidad y, en el caso de la calidad de vida, en intervenciones organizacionales sostenidas –cambio cultural y formación del personal- frente a programas puntuales, si bien la variabilidad de instrumentos de medida y de duraciones de seguimiento entre los estudios incluidos limita la comparabilidad de los resultados. En España, la atención centrada en la persona en el ámbito de la demencia figura como criterio rector del Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias 2019-2023, cuyo segundo eje de actuación se titula “La persona en el centro de la atención social y sanitaria” (Ministerio de Sanidad, 2019).

Junto a la ACP, en la última década se han consolidado en el plano internacional tres líneas complementarias de transformación asistencial. La primera corresponde a las rutas asistenciales integradas (*dementia care pathways*), que articulan la atención desde el diagnóstico hasta el



final de la vida mediante equipos multidisciplinares y figuras de coordinación –*care navigator o key worker*– encargadas de acompañar a la persona y a su entorno familiar a lo largo de la trayectoria. Una *scoping review* reciente analizó trece rutas asistenciales publicadas en distintos países y concluyó que estos dispositivos ofrecen procesos estructurados tras el diagnóstico, con un peso predominante de la práctica clínica y una atención todavía limitada a la integración comunitaria de los cuidados, así como a la participación de las personas con demencia en el diseño y la evaluación de las rutas (Saragosa et al., 2024). El modelo GUIDE (*Guiding an Improved Dementia Experience*), implantado por los *Centers for Medicare and Medicaid Services* en Estados Unidos en 2024, constituye un ejemplo reciente de programa público articulado en torno a esta lógica, con un esquema de financiación capítativa –pagos mensuales fijos por persona con demencia atendida, en lugar de tarifas por servicio prestado–, presupuesto específico para servicios de respiro y obligación de cribar las necesidades psicosociales de la unidad de cuidado (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2024).

La segunda línea remite al apoyo posdiagnóstico estructurado (*post-diagnostic support*), que el *World Alzheimer Report 2022* identifica como una de las dimensiones menos desarrolladas en los sistemas sanitarios y sociales actuales y propone reconocer como derecho. El informe formula al respecto cuatro recomendaciones: la elaboración de planes personalizados de atención codiseñados con la persona diagnosticada, la designación de figuras profesionales de referencia que coordinen el acceso a recursos, el desarrollo de programas formativos y de apoyo emocional dirigidos a las personas cuidadoras, y la adopción de abordajes culturalmente apropiados e inclusivos (Alzheimer's Disease International, 2022).

La tercera línea corresponde a las comunidades amigables con la demencia (*dementia-friendly communities*), marco promovido por la OMS



y por Alzheimer's Disease International, que extiende el enfoque de las ciudades amigables con las personas mayores al reto específico de la demencia y que se recoge como experiencia en el siguiente apartado. Su objetivo se concreta en que las personas con demencia puedan continuar participando en la vida comunitaria con autonomía y dignidad, mediante acciones de sensibilización ciudadana, formación del personal del comercio y los servicios, adaptación del entorno físico e implicación de las propias personas afectadas en la toma de decisiones. La base empírica que sustenta estas iniciativas resulta todavía limitada y los trabajos que la han examinado coinciden en señalar la necesidad de reforzarla con instrumentos evaluativos más rigurosos. En el ámbito estatal, el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias 2019-2023 incorporó la promoción de comunidades amigables con la demencia como una de sus líneas de actuación, en el marco más amplio de transformación del entorno y sensibilización social (Ministerio de Sanidad, 2019).

Atraviesa estas tres líneas una cuarta dimensión, de carácter transversal, articulada en torno al marco de catorce factores de riesgo modificables descrito en el apartado anterior (Livingston et al., 2024). El énfasis en la prevención reconfigura el campo de respuesta a la demencia más allá del ámbito estrictamente sanitario y lo sitúa en la intersección con políticas educativas, urbanísticas, laborales, ambientales y de protección social, dado que la evidencia disponible sostiene que hasta un 45 % de los casos podrían retrasarse o prevenirse mediante intervenciones distribuidas a lo largo del curso vital.

Bibliografía referenciada

Alzheimer's Disease International (2022): *World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis – Navigating treatment, care and support*, Londres, Alzheimer's Disease International. [Ir al enlace](#)



Alzheimer's Disease International (2024): *World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia*, Londres, Alzheimer's Disease International. [Ir al enlace](#)

Asociación Americana de Psiquiatría (2014): *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición*. Arlington, Asociación Americana de Psiquiatría. [Ir al enlace](#)

Anttonen, A. y Sipilä, J. (1996): "European social care services: is it possible to identify models?", *Journal of European Social Policy*, vol. 6, n.º 2, págs. 87-100. [Ir al enlace](#)

Arai, H. et al. (2020): "Long-term care system in Japan", *Annals of Geriatric Medicine and Research*, vol. 24, n.º 3, págs. 174-180. [Ir al enlace](#)

Bettio, F. y Verashchagina, A. (2012): *Long-term care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*, Luxemburgo, Publications Office of the European Union. [Ir al enlace](#)

DesHCA Research Team (2021): *Designing homes for healthy cognitive ageing*. Stirling, University of Stirling online. [Ir al enlace](#)

Brooker, D. (2004): "What is person-centred care in dementia?", *Reviews in Clinical Gerontology*, vol. 13, n.º 3, págs. 215-222. [Ir al enlace](#)

Bruegel (2024): *Long-term care for older people: a European perspective*, Bruselas, Bruegel. [Ir al enlace](#)

Bustillo, M. L., Gómez-Gutiérrez, M. y Guillén, A. I. (2018): "Cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años", *Clínica y Salud*, vol. 29, n.º 2, págs. 89-94. [Ir al enlace](#)



CEAFA (2015): *Conclusiones para avanzar en la definición de la política de estado de Alzheimer*. Madrid, Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias. [Ir al enlace](#)

CEAFA y Fundación Sanitas (2016): *El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro. Propuestas de intervención*, Madrid, Fundación Sanitas y Confederación Española de Alzheimer. [Ir al enlace](#)

Centers for Medicare and Medicaid Services (2024): *Guiding an Improved Dementia Experience (GUIDE) Model*, Baltimore, CMS. [Ir al enlace](#)

Chen, L. et al. (2024): “Case studies on community care in Japan: considerations for mitigating social isolation and loneliness in older adults with dementia”, *Frontiers in Public Health*, vol. 12, art. 1411217. [Ir al enlace](#)

Crespo, M. y Fernández-Lansac, V. (2015): “Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes”, *Anales de Psicología*, vol. 31, n.º 1, págs. 19-27. [Ir al enlace](#)

Dementia Services Development Centre (2022): *Environments for Ageing and Dementia Design Assessment Tool (EADDAT)*, Stirling, University of Stirling. [Ir al enlace](#)

Custodio, N. et al. (2018): “Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia”, *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 81, n.º 4, págs. 235-249. [Ir al enlace](#)

Díaz-Veiga, P. et al. (2014). Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 49, n.º 6, págs. 266-271. [Ir al enlace](#)



Esping-Andersen, G. (1998) *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Barcelona, Editorial Ariel. [Ir al enlace](#)

European Social Network (s. f.): *RADAR Project: Tackling Unwanted Loneliness*, Bruselas, European Social Network. [Ir al enlace](#)

Evans, S. et al. (2019): “Making homes more dementia-friendly through the use of aids and adaptations”, *Healthcare*, vol. 7, n.º 1, art. 43. [Ir al enlace](#)

Fundación de Ciencias de la Salud (2025): *Deterioro cognitivo y demencia en mayores: situación en España*, Madrid, FCS. [Ir al enlace](#)

Fundación Pasqual Maragall (2022): *Envejecer en casa: una opción mayoritariamente preferida*, Barcelona, Fundación Pasqual Maragall. [Ir al enlace](#)

GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators (2022): “Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019”, *The Lancet Public Health*, vol. 7, n.º 2, págs. e105-e125. [Ir al enlace](#)

Graff, M. J. L. et al. (2006): “Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial”, *British Medical Journal*, vol. 333, n.º 7580, pág. 1196. [Ir al enlace](#)

Graff, M. J. L. et al. (2008): “Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study”, *British Medical Journal*, vol. 336, n.º 7636, págs. 134-138. [Ir al enlace](#)

Green, G. y Lakey, L. (2013): *Building dementia-friendly communities: a priority for everyone*, Londres, Alzheimer's Society. [Ir al enlace](#)



Gutiérrez-Rodríguez. et al. (2009): Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol. 44, n.º 1, págs. 17-21. [Ir al enlace](#)

Hebert, C. A. y Scales, K. (2019): “Dementia friendly initiatives: a state of the science review”, *Dementia*, vol. 18, n.º 5, págs. 1858-1895. [Ir al enlace](#)

Hernández Ramos, F. J. y Hernández Ovejero, H. (2014): “Demencia frontotemporal variante conductual: aproximación clínica y terapéutica”, *Neurología*, vol. 29, n.º 8, págs. 464-472. [Ir al enlace](#)

Hirakawa, Y. et al. (2006): “End-of-life care at group homes for patients with dementia in Japan”, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 44, n.º 3, págs. 233-245. [Ir al enlace](#)

Instituto Nacional de Estadística (2022): *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) 2020*, Madrid, INE. [Ir al enlace](#)

Instituto Nacional de Estadística (2024): *Proyecciones de Población. Años 2024-2074*, Madrid, INE. [Ir al enlace](#)

Kim, S. K. y Park, M. (2017): “Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis”, *Clinical Interventions in Aging*, n.º 12, págs. 381-397. [Ir al enlace](#)

Kitwood, T. (1997): *Dementia reconsidered: the person comes first*, Buckingham, Open University Press. [Ir al enlace](#)

Lanzoni, A. et al. (2023): “Implementation of the Community Occupational



Therapy in Dementia program in Italy (COTiD-IT): qualitative survey to identify barriers and facilitators in implementation”, *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 35, n.º 1, págs. 53-60. [Ir al enlace](#)

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, *Boletín Oficial del Estado*, n.º 299, de 15 de diciembre de 2006. [Ir al enlace](#)

Livingston, G. et al. (2024): “Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission”, *The Lancet*, vol. 404, n.º 10452, págs. 572-628. [Ir al enlace](#)

Loi, S. M. et al. (2023): “Young-onset dementia diagnosis, management and care: a narrative review”, *Medical Journal of Australia*, vol. 218, n.º 4, págs. 182-189. [Ir al enlace](#)

López-Mongil, R. et al. (2009): “Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 44, n.º 1, págs. 5-11. [Ir al enlace](#)

Martínez-Lage, P. et al. (2018): “Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 53, n.º 1, págs. 26-37. [Ir al enlace](#)

Ministerio de Sanidad (2016): *Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Ir al enlace](#)

Ministerio de Sanidad (2019): *Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [Ir al enlace](#)



Ministerio de Sanidad (2021): *Abordaje del Alzheimer y otras demencias. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud*, Madrid, Ministerio de Sanidad. [Ir al enlace](#)

Ministerio de Sanidad (2022): *Manual para el entrenamiento y apoyo de cuidadores de personas con demencia. Adaptación española del programa iSupport de la OMS*, Madrid, Ministerio de Sanidad y CEFA. [Ir al enlace](#)

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan (2016): *Long-Term Care Insurance System of Japan*, Tokio, MHLW. [Ir al enlace](#)

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan (2024): Tokio, MHLW.

Morales, E. et al. (2014): “Proyecto de Acción Comunitaria Radars para las personas mayores”. *Revista de Treball Social*, n.º 203, págs. 120-129. [Ir al enlace](#)

OCDE (2023): *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, París, OECD Publishing. [Ir al enlace](#)

OCDE (2024): *Is care affordable for older people?*, OECD Health Policy Studies, París, OECD Publishing. [Ir al enlace](#)

Organización Mundial de la Salud (2017): *Plan de Acción Mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025*, Ginebra, OMS. [Ir al enlace](#)

Organización Mundial de la Salud (2019): *iSupport for dementia: training and support manual for carers of people with dementia*, Ginebra, OMS. [Ir al enlace](#)

Organización Mundial de la Salud (2020): *Directrices de la OMS para la*



reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia, Washington DC, Organización Panamericana de la Salud. [Ir al enlace](#)

Organización Mundial de la Salud (2021): *Global status report on the public health response to dementia*, Ginebra, OMS. [Ir al enlace](#)

Organización Mundial de la Salud (2025): *Dementia. Fact sheet*, Ginebra, OMS [actualizado el 31 de marzo de 2025]. [Ir al enlace](#)

Organización Panamericana de la Salud (2023): *La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo*, Washington DC, OPS. [Ir al enlace](#)

Rubio, R. Orozco, M. (2020): *El proyecto Radares: abordar la soledad de manera comunitaria*. Barcelona Societat , n.º 25, págs. 114-120. [Ir al enlace](#)

Saragosa, M. et al. (2024): “Mapping the evidence on dementia care pathways – A scoping review”, *BMC Geriatrics*, vol. 24, art. 238. [Ir al enlace](#)

Shannon, K., Bail, K. y Neville, S. (2019): “Dementia-friendly community initiatives: an integrative review”, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 28, n.º 11-12, págs. 2035-2045. [Ir al enlace](#)

Takada, S. et al. (2021): “Implementation of an Advance Care Planning Inventory and its possible effect on quality of dying: a nationwide cross-sectional study in group homes for persons with dementia in Japan”, *Healthcare*, vol. 10, n.º 1, art. 62. [Ir al enlace](#)

Vega Alonso, T. et al. (2018): “Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias”, *Neurología*, vol. 33, n.º 8, págs. 491-498. [Ir al enlace](#)



Vernooij-Dassen, M. et al. (2019): “Bridging the divide between biomedical and psychosocial approaches in dementia research: the 2019 INTERDEM manifesto”, *Aging and Mental Health*, vol. 24, n.º 10, págs. 1-7. [Ir al enlace](#)

Vinick, D. (2019): “Dementia-friendly design: Hogeweyk and beyond”, *British Journal of General Practice*, vol. 69, n.º 683, págs. 300-301. [Ir al enlace](#)

Voigt-Radloff, S. et al. (2011): “A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer’s disease: 10 sessions are not better than one consultation”, *BMJ Open*, vol. 1, n.º 1, e000094. [Ir al enlace](#)

Wenborn, J. et al. (2021): “Community Occupational Therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual (Valuing Active Life in Dementia [VALID]) study: a single-blind, randomised controlled trial”, *PLoS Medicine*, vol. 18, n.º 1, e1003433. [Ir al enlace](#)

Williamson, T. (2016): *Mapping dementia-friendly communities across Europe*, Bruselas, European Foundations' Initiative on Dementia. [Ir al enlace](#)

Wimo, A. et al. (2023): “The worldwide costs of dementia in 2019”, *Alzheimer's & Dementia*, vol. 19, n.º 7, págs. 2865-2873. [Ir al enlace](#)

Experiencias

La selección de experiencias que sigue se propone ilustrar respuestas innovadoras a cuatro dimensiones recurrentes en la literatura sobre demencia y cuidados: la integración comunitaria de las personas con deterioro cognitivo (comunidades amigables, Radars); la adaptación del entorno físico y los apoyos profesionales orientados a favorecer la permanencia en el hogar (Dementia Services Development Centre, Community Occupational Therapy in Dementia); la adecuación del entorno residencial mediante el diseño de aldeas para personas con demencia (Hogeweyk, Village Landais); y la reorganización del modelo institucional hacia unidades de pequeña escala arraigadas en la comunidad (unidades de convivencia japonesas).

Comunidades amigables con la demencia (Dementia Friendly Communities)

Las comunidades amigables con la demencia constituyen entornos diseñados para que las personas con demencia puedan participar en la vida comunitaria con la mayor autonomía posible. Su construcción se apoya en cuatro componentes habitualmente identificados en la literatura: sensibilización ciudadana, formación del personal de comercios y servicios, adaptación del entorno físico e implicación de las propias personas afectadas en la toma de decisiones. La iniciativa requiere la cooperación de administraciones públicas, servicios sanitarios y sociales, familias y ciudadanía (Green y Lakey, 2013).

No cabe identificar un modelo único: las comunidades amigables se definen por un conjunto de principios que se adaptan al contexto local, lo



que ha generado un panorama heterogéneo de experiencias en países de ingresos altos. Williamson (2016) inventarió las iniciativas europeas e identificó como factores críticos la sostenibilidad temporal, la evaluación sistemática y la articulación con los servicios sociales locales.

Caso 1: Kiama (Australia)

El proyecto *Kiama Dementia Friendly Community*, iniciado en 2014, figura entre los más documentados en la literatura. Se diseñó con el propósito explícito de situar a las personas con demencia como protagonistas activas del proceso, atenuar el estigma y formar a la población local. La evaluación de los dos primeros años, realizada por el *Centre for Health Service Development* de la University of Wollongong, registró mejoras en el conocimiento social sobre la demencia y en la participación de las personas afectadas, si bien advirtió de la limitada extrapolabilidad de los resultados a contextos urbanos de mayor densidad. Durante la pandemia de COVID-19, parte de las actividades se trasladaron al formato en línea con el propósito de preservar el vínculo comunitario.

Caso 2: Omuta (Japón)

El modelo de Omuta articula la respuesta a la demencia mediante la movilización conjunta de instituciones públicas, sector privado y ciudadanía. Sus elementos distintivos son la red SOS para la búsqueda de personas con demencia desorientadas, los programas de formación en demencia en los centros escolares y la capacitación específica del personal sanitario y social local. Chen et al. (2024) documentan que la combinación de estas medidas ha contribuido a reducir el aislamiento social de las personas mayores con demencia, si bien subrayan las dificultades para aislar el efecto de cada componente.



Para saber más

Dementia Australia.

The Dementia Inclusive Kiama Project. Sin fecha. [Ir al enlace](#)

Omuta City.

Community-based Dementia Care Project Omuta City.

Council of Local Authorities for International Relations (CLAIR).

[Ir al enlace](#)

Green, G. y Lakey, L.

Building dementia-friendly communities: A priority for everyone. Alzheimer's Society, 2013. [Ir al enlace](#)

Williamson, T.

Mapping dementia-friendly communities across Europe.

European Foundations' Initiative on Dementia, 2016. [Ir al enlace](#)

Chen, L. et al.

Case studies on community care in Japan: considerations for mitigating social isolation and loneliness in older adults with dementia. *Frontiers in Public Health*, vol. 12, 2024, art. 1411217. [Ir al enlace](#)

Dementia Services Development Centre (Universidad de Stirling, Reino Unido)

El *Dementia Services Development Centre* (DSDC) constituye una unidad de investigación e intervención fundada en 1989 en la Universidad de Stirling, en Escocia, dedicada al diseño de entornos físicos amigables con la demencia. Conformar una de las trayectorias institucionales más prolongadas y consolidadas en este ámbito a escala internacional, con



publicaciones científicas asociadas, herramientas de uso libre y servicios de auditoría y acreditación adoptados por administraciones locales del Reino Unido y por organismos del sector sanitario y del transporte público.

La aportación más conocida del centro corresponde al desarrollo, en 2012, de una *Virtual Dementia Friendly Home*, herramienta web interactiva financiada por la *Nominet Trust* y diseñada por el estudio de arquitectura Burnett Pollock Associates, que permite a familias, profesionales y personal técnico recorrer un domicilio modelo y observar las modificaciones recomendadas para personas con demencia en cada estancia. La herramienta sintetizó, en formato accesible, los principios de diseño que el centro venía sistematizando desde finales de los años ochenta a partir de evidencia empírica sobre iluminación, contraste cromático, señalética interior, eliminación de patrones visualmente confusos y disposición del mobiliario, y se ha complementado posteriormente con versiones equivalentes para entornos hospitalarios y residenciales.

En 2022, el DSDC publicó el *Environments for Ageing and Dementia Design Assessment Tool* (EADDAT), instrumento de auditoría escalonado en tres niveles, que sustituyó al *Dementia Design Audit Tool* de 2008 e incorpora guías de uso, listas de comprobación, casos prácticos y la posibilidad de obtener una acreditación oficial. La administración local de Kirklees lo adoptó como base para su propia guía municipal de diseño, y *Transport for London* lo integró en su *Sustainable Development Framework* para obras de infraestructura. Entre 2021 y 2024, la Universidad de Stirling ha coordinado, además, el proyecto *Designing Homes for Healthy Cognitive Ageing* (DesHCA), financiado por *UK Research and Innovation*, que ha incorporado la realidad virtual al diseño participativo con personas con demencia y ha producido una auditoría domiciliaria con la participación de más de cuatrocientos hogares británicos.



Las publicaciones del centro documentan que la aplicación sistemática de sus principios de diseño se asocia a una reducción de las caídas en pasillos en torno al 71 % y a una disminución de hasta el 60 % en los episodios de comportamiento agresivo registrados en entornos institucionales. La generalización de estos resultados al ámbito doméstico requiere, no obstante, evaluación adicional con grupo de control, dado que la mayor parte de la evidencia disponible procede de entornos residenciales y hospitalarios.

Para saber más

Dementia Services Development Centre.

Virtual Dementia Friendly Home. [Ir al enlace](#)

Dementia Services Development Centre (2022).

Environments for Ageing and Dementia Design Assessment Tool (EADDAT), Stirling, University of Stirling.

Bowes, A. et al. (2023).

Designing homes for healthy cognitive ageing, University of Stirling. [Ir al enlace](#)

Community Occupational Therapy in Dementia (COTiD, Países Bajos)

La *Community Occupational Therapy in Dementia* (COTiD) constituye una intervención profesional domiciliaria desarrollada en los Países Bajos por Maud Graff y un equipo del Centro Médico Universitario Radboud de Nimega, dirigida específicamente a personas con demencia leve o moderada que residen en su domicilio y a quienes las cuidan. Su evaluación inicial se efectuó mediante un ensayo clínico aleatorizado



publicado en el *British Medical Journal* en 2006 y un análisis coste-efectividad publicado en la misma revista en 2008.

La intervención consiste en diez sesiones de terapia ocupacional impartidas en el propio domicilio a lo largo de un periodo de cinco semanas y se articula en torno a tres componentes que se aplican de forma coordinada. El primero corresponde a una valoración funcional del entorno físico y de las rutinas cotidianas, que identifica las actividades significativas para la persona con demencia y los obstáculos ambientales que dificultan su realización. El segundo consiste en la introducción de adaptaciones ambientales y de productos de apoyo seleccionados conjuntamente con la persona afectada y su entorno familiar. El tercero remite al entrenamiento de la persona cuidadora en estrategias de comunicación, supervisión y resolución de problemas que faciliten el mantenimiento de las actividades cotidianas a medida que progresa la enfermedad. La intervención se enmarca, en su conjunto, en el modelo de atención centrada en la persona descrito en el apartado 3 del presente dossier e incorpora elementos de psicoeducación, reestructuración cognitiva y diseño compartido.

La evaluación experimental de COTiD se realizó con 135 díadas de persona con demencia y persona cuidadora atendidas en condiciones de práctica clínica habitual (Graff et al., 2006). Los resultados documentaron mejoras estadísticamente significativas, tanto a las seis semanas como a los tres meses, en el funcionamiento diario de la persona con demencia, medido mediante la *Assessment of Motor and Process Skills* y la *Performance Quality Rating Scale*, y en la sensación de competencia de la persona cuidadora, evaluada mediante la *Sense of Competence Questionnaire*. El análisis coste-efectividad concluyó, además, que la intervención resultaba dominante respecto a la atención habitual –esto es, generaba mejores resultados clínicos a un coste total inferior–, gracias al ahorro en otros recursos sociosanitarios y en el uso del tiempo profesional (Graff et al., 2008).



La intervención ha sido objeto de replicaciones experimentales en distintos sistemas sanitarios europeos, con resultados desiguales que ilustran el peso del contexto institucional en la transferibilidad de las intervenciones complejas. En Italia, donde el programa se ha adaptado bajo la denominación COTiD-IT, se han documentado más de noventa terapeutas ocupacionales formadas en el periodo 2013-2020 y el programa se ha incorporado a la cartera estable de servicios de algunos centros de demencia, con resultados positivos en estudios piloto (Lanzoni et al., 2023). En Alemania, el ensayo aleatorizado multicéntrico WHEDA no identificó efectos significativos sobre el funcionamiento diario de la persona con demencia (Voigt-Radloff et al., 2011); en el Reino Unido, el ensayo VALID/COTiD-UK, publicado en *PLoS Medicine* con 468 días, no halló evidencia que respaldase su adopción en el National Health Service (Wenborn et al., 2021). En Francia se encuentra en curso un ensayo, iniciado en 2024 y con finalización prevista en 2026, sobre el efecto del programa en personas mayores hospitalizadas por caídas (NCT06237218). El conjunto de la evidencia sugiere que la efectividad del programa depende de factores estructurales del sistema sanitario receptor – particularmente, de la organización previa de la terapia ocupacional comunitaria y del modelo de atención habitual con el que se compara–, y que cualquier transferencia a un nuevo contexto requiere una fase de adaptación cultural y formación específica del personal profesional implicado.

Para saber más

Graff, M. J. L. et al. (2006).

“Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial”. *British Medical Journal*, vol. 333, n.º 7580, pág. 1196.



Graff, M. J. L. et al. (2008).

“Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study”.

British Medical Journal, vol. 336, n.º 7636, págs. 134-138.

Radboud University Medical Center.

COTiD - Community Occupational Therapy in Dementia.

[Ir al enlace](#)

Hogeweyk (Países Bajos) y Village Landais (Francia)

La aceleración del envejecimiento poblacional ha impulsado, en las últimas décadas, la búsqueda de alternativas al modelo residencial clásico. Dos experiencias europeas han alcanzado particular visibilidad por su apuesta por la desinstitucionalización del cuidado y la reproducción de un entorno doméstico y comunitario adaptado al deterioro cognitivo: Hogeweyk, en los Países Bajos, y Village Landais, en Francia.

Hogeweyk (Weesp, Países Bajos)

Hogeweyk constituye un complejo residencial cerrado –no un pueblo en sentido estricto– gestionado por la entidad neerlandesa Vivium Zorggroep desde su inauguración en 2009 (Dementia Village Associates, s. f.). Acoge a alrededor de 150 personas con demencia avanzada distribuidas en unos veintisiete hogares y organizadas según afinidades de estilo de vida previo. El recinto cuenta con calles, plaza, restaurante, supermercado, peluquería y teatro accesibles a las personas residentes, con libre circulación interna. El personal sanitario y de apoyo no utiliza uniforme clínico, decisión orientada a atenuar la institucionalización simbólica del entorno.



La literatura disponible documenta efectos positivos en la reducción de la sintomatología conductual y en el menor uso de psicofármacos en comparación con modelos residenciales convencionales, si bien la evaluación independiente con grupo de control resulta todavía limitada (Vinick, 2019). El modelo, replicado parcialmente en una veintena de países, opera como referencia internacional para los proyectos de aldea para personas con demencia.

Village Landais Alzheimer (Dax, Francia)

Inspirado en Hogeweyk, el Village Landais Alzheimer inició su actividad en junio de 2020 en la ciudad de Dax, en el departamento francés de las Landas, a partir de una iniciativa del Consejo Departamental presidido en su día por Henri Emmanuelli (AGE Platform Europe, 2020). Acoge a 120 personas residentes permanentes –diez de ellas reservadas a menores de 60 años– y dispone de plazas adicionales para centro de día y estancias temporales. El equipo combina figuras sanitarias, sociosanitarias, administrativas y de servicios generales, y se complementa con una red de voluntariado comparable en número al personal profesional.

El proyecto se organiza en cuatro barrios residenciales con dieciséis casas familiares (siete u ocho personas por hogar) en torno a una bastida central en la que se concentran los servicios comunes –mediateca, cafetería-restaurante, supermercado, peluquería, auditorio y centro médico–. El modelo prioriza las intervenciones no farmacológicas frente al uso sistemático de psicotrópicos, sin sustitución del tratamiento médico cuando este resulta necesario, y se inscribe en el marco de un grupo de interés público (GIP) participado por la administración departamental, ayuntamientos, mutualidad y asociaciones de pacientes (Village Landais Alzheimer, s. f.). Su evaluación científica se encuentra en curso bajo la coordinación del CHU de Burdeos.



Para saber más

Dementia Village Associates.

The Hogeweyk. Sitio oficial. [Ir al enlace](#)

Village Landais Alzheimer.

Sitio oficial del establecimiento. Conseil Départemental des Landes. [Ir al enlace](#)

Vinick, D.

Dementia-friendly design: Hogeweyk and beyond. *British Journal of General Practice*, vol. 69, n.º 683, 2019, págs. 300-301. [Ir al enlace](#)

AGE Platform Europe.

Le Village Landais: innovative home for people with dementia. 2020. [Ir al enlace](#)

Proyecto Radars (Barcelona)

La soledad figura entre los factores de riesgo modificables de demencia mejor documentados por la literatura epidemiológica reciente. El metaanálisis de Lara et al. (2019), publicado en *Ageing Research Reviews* a partir de estudios longitudinales con más de 37.000 participantes mayores de 50 años sin demencia en el momento basal, estima un riesgo relativo agregado de 1,26 (IC 95 %: 1,14-1,40) para la asociación entre soledad no deseada y demencia, magnitud que las personas autoras consideran comparable a la de factores como la diabetes o la inactividad física, y que se mantiene al ajustar por depresión. El metaanálisis posterior de Luchetti et al. (2024), con más de 600.000 participantes procedentes de 21 cohortes longitudinales, confirma la asociación y la desagrega por



subtipo (Alzheimer, demencia vascular y deterioro cognitivo sin demencia). La evidencia en este sentido no resulta unívoca, si bien la magnitud y la consistencia de la asociación se han presentado en la literatura como argumento a favor de intervenciones comunitarias orientadas a la detección temprana del aislamiento en la población mayor, como el proyecto que se describe a continuación.

Radars surgió en 2008 en el barrio del Camp d'en Grassot i Gràcia Nova, en Barcelona, como iniciativa del Ayuntamiento de Barcelona orientada a la detección temprana de situaciones de soledad no deseada y de deterioro cognitivo leve en la población mayor. A diferencia de los modelos basados en infraestructuras específicas, *Radars* opera mediante la activación de la propia comunidad: comerciantes, farmacéuticos, vecinas y vecinos se constituyen como “radares” que, una vez formados, identifican indicios de aislamiento o cambios en el estado de salud de las personas mayores próximas (Morales et al., 2014).

La metodología se estructura en cuatro fases. La primera, de detección, se desarrolla desde puntos clave de la vida cotidiana –particularmente farmacias y comercios de proximidad– y se apoya en la observación de signos tales como la suspensión repentina de visitas, los cambios en los hábitos de compra o la desorientación en trayectos habituales. La segunda consiste en la valoración profesional por parte de los servicios sociales municipales. La tercera articula la intervención comunitaria, combinando recursos públicos y de la red asociativa del barrio. La cuarta corresponde al seguimiento, con evaluación periódica de los casos.

La evaluación cualitativa publicada por Rubio y Orozco (2020) documenta una reducción de la soledad subjetiva entre las personas atendidas y un incremento en la detección precoz de casos que requieren intervención profesional. La evidencia disponible resulta, no obstante, fundamentalmente cualitativa, sin que se hayan publicado evaluaciones



experimentales con grupo de control que permitan estimar el efecto causal del programa.

El modelo ha sido replicado en otros municipios catalanes y, fuera de España, por la Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que ha adaptado la metodología mediante la activación como “radares” de farmacias, comercios y asociaciones vecinales del centro histórico de la capital portuguesa (European Social Network, s. f.).

Para saber más

Ajuntament de Barcelona.

Proyecto de acción comunitaria Radars para las personas mayores. Servicios Sociales. [Ir al enlace](#)

Rubio, R. y Orozco, M.

El proyecto Radars: abordar la soledad de manera comunitaria. Berrituz, 2020. [Ir al enlace](#)

European Social Network.

RADAR Project: tackling unwanted loneliness. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. [Ir al enlace](#)

Unidades de convivencia para personas con demencia (Japón)

Japón ha desarrollado desde hace décadas fórmulas organizativas de atención residencial para personas con demencia que se distancian del modelo institucional de gran escala y se orientan hacia unidades domésticas integradas en el tejido urbano, con el propósito declarado de



preservar una vida ordinaria en un entorno familiar y comunitario (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2016). Las primeras unidades surgieron a mediados de los años noventa, inspiradas en el modelo sueco de pequeña escala. La Ley del Seguro de Cuidados de Larga Duración de 1997 las reconoció como prestación pública y la reforma de 2005 las reclasificó como servicio de base comunitaria, con vinculación al municipio y al plan de cuidados integrados (Arai et al., 2020).

El rasgo distintivo del modelo radica en la escala doméstica. Cada *group home* acoge a entre cinco y nueve personas con demencia leve o moderada que conviven en una vivienda ordinaria –con habitaciones individuales, cocina, sala de estar y jardín– y participan en las tareas cotidianas como vía para preservar sus capacidades. La ratio diurna se sitúa en una persona profesional por cada tres residentes, con presencia nocturna garantizada y formación específica en demencia (Arai et al., 2020; Ministry of Health, Labour and Welfare, 2016).

El servicio se dirige a personas de 65 años o más con demencia estable reconocidas por el sistema público como necesitadas de apoyo o cuidado; los casos avanzados o con conductas de riesgo se derivan a recursos sanitarios. El acceso se tramita a través del Seguro de Cuidados de Larga Duración mediante una valoración municipal estandarizada, un informe médico y un plan individualizado elaborado por una persona gestora de caso. El copago general se sitúa en el 10 % y asciende al 20 % o al 30 % para rentas medias-altas y altas, respectivamente (Arai et al., 2020). Dos elementos completan la caracterización del modelo. La normativa exige un comité externo de evaluación, con participación del municipio, las familias y el vecindario, que revisa periódicamente la calidad del servicio. La estructura trienal de tarifas introduce, por su parte, incentivos a la mejora: la revisión de 2024 incorporó suplementos para el abordaje de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, la cooperación con centros sanitarios y la prevención de infecciones (Ministry of Health,



Labour and Welfare, 2024). En las dos últimas décadas, las *group homes* han extendido progresivamente su función a la atención al final de la vida, si bien la capacidad sanitaria de los equipos varía sensiblemente y esta función se considera todavía en desarrollo (Hirakawa et al., 2006; Takada et al., 2021).

Para saber más

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan.

Long-Term Care Insurance System of Japan. 2016. [Ir al enlace](#)

Arai, H. et al.

Long-term care system in Japan. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, vol. 24, n.º 3, 2020, págs. 174-180.

[Ir al enlace](#)

Hirakawa, Y. et al.

End-of-life care at group homes for patients with dementia in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 44, n.º 3, 2006, págs. 233-245. [Ir al enlace](#)

Takada, S. et al.

Implementation of an Advance Care Planning Inventory and its possible effect on quality of dying: a nationwide cross-sectional study in group homes for persons with dementia in Japan. *Healthcare*, vol. 10, n.º 1, 2021, art. 62. [Ir al enlace](#)

Recursos de interés

Se recoge a continuación una selección de materiales de referencia, organizados en cuatro bloques temáticos: política pública y planificación; envejecimiento y salud cognitiva; demencia (definición, síntomas y orientación al diagnóstico); y apoyo a las personas cuidadoras. Cada recurso se presenta con su ficha bibliográfica y una breve reseña descriptiva.

Política pública y planificación

Organización Mundial de la Salud

Global status report on the public health response to dementia. Ginebra, OMS, 2021.

Informe que evalúa el grado de implementación del Plan de Acción Mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025. Documenta, país por país, el estado de los planes nacionales, las actividades de prevención, los dispositivos de diagnóstico y tratamiento y el apoyo a las personas cuidadoras. Constituye la fuente internacional de referencia para la comparación transnacional de políticas en este ámbito y la base de varias de las estimaciones globales utilizadas en este dossier.

Alzheimer Europe

Dementia in Europe Yearbook (serie anual).

Publicación periódica que actualiza el estado de las estrategias nacionales sobre demencia en los países europeos. Permite situar el marco estratégico español (Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del



SNS, Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias) en perspectiva europea comparada e identificar referentes y vacíos. Resulta de utilidad específica para el personal técnico implicado en el diseño de políticas autonómicas.

Ministerio de Sanidad

Abordaje del Alzheimer y otras demencias. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Madrid, Ministerio de Sanidad, 2022.

Documento técnico aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS en diciembre de 2021 y en fase de implementación desde 2022. Desarrolla objetivos, líneas estratégicas e indicadores específicos para la atención a la demencia en el marco de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas. Conformar, junto con el Plan Integral de Alzheimer 2019-2023, el marco de referencia vigente para la planificación sanitaria española en esta materia.

Envejecimiento y salud cognitiva

National Institute on Aging

Salud cognitiva y los adultos mayores. Bethesda, NIA, 2024.

Ficha informativa del National Institute on Aging estadounidense, que sintetiza la evidencia disponible sobre los hábitos cotidianos asociados a la preservación de la salud cerebral en la vejez: actividad física, alimentación, conexión social, estimulación cognitiva y manejo de patologías crónicas como la hipertensión y la diabetes. El texto presenta el envejecimiento cognitivo como un proceso multifactorial y subraya la influencia de los factores conductuales modificables, sin minimizar los componentes biológicos.



Tofiño, M. et al.

Programa integral para la promoción de la autonomía personal en personas con demencia (PIPAP). Madrid, Imsero, 2024.

Guía editada por el Imsero a partir de la experiencia acumulada en el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (CRE Alzheimer) de Salamanca. Describe un programa de intervención no farmacológica centrado en la persona que utiliza la historia personal, las actividades motivadoras y la adaptación del entorno como herramientas para preservar la capacidad funcional y retrasar la institucionalización. Tras una década de aplicación, la evaluación interna recoge una proporción elevada de personas usuarias que permanecen en su domicilio, así como mejoras documentadas en la sobrecarga de las personas cuidadoras.

Demencia: información para profesionales y familias

Alzheimer's Disease International

Symptoms of dementia. Londres, ADI.

Ficha informativa de la federación internacional que agrupa más de cien asociaciones nacionales de Alzheimer y demencia. Describe los síntomas comunes a las distintas formas de demencia y advierte de la confusión frecuente con manifestaciones del envejecimiento ordinario o del estrés cotidiano: dificultad para finalizar tareas habituales, problemas de evocación de palabras, desorientación, decisiones inhabituales, dificultades de concentración y cambios de humor sin causa aparente. Subraya el carácter heterogéneo de la presentación clínica.



Alzheimer's Disease International

World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis – Navigating treatment, care and support. Londres, ADI, 2022.

Informe anual de la federación internacional que agrupa más de cien asociaciones nacionales de Alzheimer y demencia. El volumen de 2022 se sustenta en una encuesta a personas con demencia, familiares y profesionales de 69 países, y centra el foco en la principal brecha documentada en los sistemas actuales: la ausencia de apoyo posdiagnóstico estructurado. Formula recomendaciones relativas a los planes de atención personalizados, las figuras profesionales de referencia, el apoyo formativo a las personas cuidadoras y los abordajes culturalmente apropiados. Constituye el referente internacional respecto al marco conceptual del post-diagnostic support que atraviesa el apartado 3 del presente dossier.

Apoyo a las personas cuidadoras

Ministerio de Sanidad y CEAFA

Manual para cuidadores de personas con demencia. Madrid, Ministerio de Sanidad, s. f.

Manual elaborado en el marco de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud, en colaboración con la Confederación Española de Alzheimer. Estructurado en cinco módulos, ofrece formación basada en la evidencia dirigida a las personas cuidadoras de personas con demencia: información práctica sobre la enfermedad, estrategias de autocuidado, técnicas de comunicación y habilidades de afrontamiento de situaciones cotidianas. Va dirigido a familiares, personal profesional sociosanitario, asociaciones y



administraciones implicadas en la atención a la demencia.

Área CREA, Imserso

Principales necesidades de los cuidadores familiares de personas con demencia. Salamanca, CRE Alzheimer.

Documento del Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias que sistematiza las necesidades prioritarias identificadas en la literatura y la práctica del centro: apoyo emocional y psicológico, formación específica sobre la enfermedad, recursos económicos y prácticos para aliviar la carga del cuidado y reconocimiento social de la labor cuidadora. Subraya la relevancia de las redes de apoyo y del autocuidado como condiciones para la sostenibilidad del sistema de cuidados.

Dossier temático III - Mayo 2026

Demencia y cuidados

Apoyos para afrontar el deterioro cognitivo