

Revisión

Bienestar comunitario como eje en el cuidado de adultos mayores con demencia

Ángel Perea Díaz^a

^a Trabajador Social, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Málaga, España. Presidente de la Asociación Recreativa y Cultural Prost!

Recibido el 12 de abril de 2026. Aceptado el 19 de abril de 2026.

Disponible en Internet el 30 de abril de 2026.

Resumen

Introducción: el deterioro cognitivo asociado a la vejez percibido o clínicamente medido se ha convertido en un asunto de salud pública de primer orden; por lo que cabe destacar que las cifras hablan por sí solas. Tanto el deterioro cognitivo leve (DCL) como el deterioro subjetivo de la memoria aparecen con elevada frecuencia, ya sea a nivel comunitario o en centros residenciales. A menudo, estas condiciones anuncian un descenso palpable en la calidad de vida, una escalada de la dependencia y, con frecuencia, un desenlace más temprano. **Objetivo:** describir el papel de la enfermería ante el declive cognitivo en personas mayores, poniendo el foco en la detección precoz, el cuidado centrado en la persona y las intervenciones no farmacológicas basadas en la evidencia. **Método:** el presente artículo realiza una revisión narrativa de la literatura de los últimos cuatro años. **Resultados:** las consecuencias de la demencia no son inevitables. Factores modificables, como la fragilidad o la depresión, la falta de actividad física o el insomnio, la soledad, el bajo nivel educativo o los estilos de vida perjudiciales, actúan silenciosamente en el proceso. En la discusión se confrontan estos hallazgos con la línea de trabajo "Bienestar comunitario como eje en el cuidado de adultos mayores con demencia", analizando sinergias y tensiones entre un modelo predominantemente clínico-asistencial y un enfoque comunitario y salutogénico. **Conclusión:** la enfermería tiene un papel insustituible: detectar a tiempo, clasificar el riesgo, intervenir antes del deterioro irreversible. Su ámbito rebasa la mera atención clínica. Conjugando movimiento, estimulación mental, redes de apoyo y educación sanitaria, la práctica enfermera se convierte en un vector de bienestar comunitario.

Palabras clave: adultos mayores; deterioro cognitivo; demencia; calidad de vida; enfermería.

Abstract

Introduction: Cognitive decline associated with aging, whether perceived or clinically measured, has become a major public health issue; the figures speak for themselves. Both mild cognitive impairment (MCI) and subjective memory impairment are frequently observed, both in the community and in residential care facilities. These conditions often signal a noticeable decline in quality of life, increased dependency, and frequently, an earlier death. **Objective:** To describe the role of nursing in addressing cognitive decline in older adults, focusing on early detection, person-centered care, and evidence-based non-pharmacological interventions. **Method:** This article presents a narrative review of the literature from the last four years. **Results:** The consequences of dementia are not inevitable. Modifiable factors, such as frailty or depression, lack of physical activity or insomnia, loneliness, low educational attainment, or unhealthy lifestyles, silently influence the process. The discussion compares these findings with the research line "Community Well-being as a Core Element in the Care of Older Adults with Dementia," analyzing synergies and tensions between a predominantly clinical-care model and a community-based, salutogenic approach. **Conclusion:** Nursing plays an irreplaceable role: early detection, risk assessment, and intervention before irreversible decline. Its scope extends beyond mere clinical care. By combining movement, mental stimulation, support networks, and health education, nursing practice becomes a driver of community well-being.

Keywords: older Adults; Cognitive Impairment; Dementia; Quality of Life; Nursing.

En los grupos de mayor edad y, de forma muy visible, en los entornos residenciales, el envejecimiento poblacional se traduce en una carga creciente de deterioro cognitivo y demencia. No se trata solo de un fenómeno cuantitativo; el deterioro cognitivo leve, situado entre el envejecimiento normal y la demencia, representa un estadio intermedio con un riesgo anual de progresión superior al de quienes no presentan alteración cognitiva. Y hay un punto previo, lo cual es muy importante para la prevención, el deterioro cognitivo subjetivo que puede preceder a las alteraciones objetivables en las pruebas se ha reconocido como fase preclínica relevante¹.

La prevalencia de deterioro cognitivo y de quejas subjetivas de memoria en mayores que viven en la comunidad y en residencias es alta. En algunos contextos, supera el 40%; además, se incrementa claramente con la edad, como en entornos latinoamericanos y europeos de habla hispana se han documentado asociaciones consistentes entre deterioro cognitivo, peor bienestar, aumento del riesgo de caídas, menor autonomía funcional y peor calidad de vida². Esta realidad convierte el declive cognitivo en un eje prioritario para la atención de enfermería tanto en atención primaria como en cuidados de larga duración y hospitales.

En los últimos años, sin embargo, ha emergido y se ha afianzado un cuerpo de evidencia que respalda la eficacia de diversas intervenciones no farmacológicas; entre ellas destacan el ejercicio físico, la estimulación cognitiva, la musicoterapia, la reminiscencia, las intervenciones multicomponente y los programas comunitarios de envejecimiento saludable orientadas a mantener o mejorar el rendimiento cognitivo y el bienestar psicosocial en personas mayores con y sin deterioro Cáceres et al.². Asimismo, el hecho de que muchas de estas estrategias estén lideradas o colideradas por personal de enfermería enfatiza la urgencia de replantear y ampliar su rol, otorgándole un lugar central en el diseño y la implementación de dichas intervenciones.

A partir de este escenario, el artículo se organiza en torno a tres ejes interrelacionados, que funcionan a la vez como objetivos. Primero, aspira a sintetizar la evidencia reciente sobre factores de riesgo y predictores de declive cognitivo que resultan especialmente pertinentes para la toma de decisiones en la práctica enfermera. Después, se detiene en la descripción de las intervenciones no farmacológicas basadas en la evidencia en las que la enfermería ocupa un lugar central, ya sea como motor del diseño, como agente ejecutor o como pieza clave en la evaluación de su impacto. Y, en un tercer movimiento, se abre una discusión sobre cómo el enfoque de "promoción del bienestar en la tercera edad a través de la educación y la comunidad" dialoga con la respuesta de enfermería frente al declive cognitivo: la complementa, amplificando

sus posibilidades de acción; pero también la tensiona, al obligar a repensar, de manera crítica, las fronteras entre cuidado clínico, educación para la salud y participación comunitaria.

Métodos

Diseño

La presente revisión se planteó como una revisión narrativa con orientación crítica, adecuada para integrar evidencia heterogénea acerca del declive cognitivo en la vejez y del papel de la enfermería en su abordaje clínico y comunitario. La finalidad consistió en reconstruir -con criterio analítico- un marco interpretativo capaz de responder a los objetivos del artículo; el cual está orientado en examinar los factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores, identificar intervenciones enfermeras sustentadas por la evidencia y valorar su proyección hacia la promoción del bienestar en el entorno comunitario.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en bases de datos biomédicas y multidisciplinarias de amplia utilización en ciencias de la salud, junto con revistas especializadas en enfermería, gerontología y salud pública. Se priorizaron publicaciones en inglés -lengua mayoritaria del corpus analizado- y en español, empleado de forma complementaria para incorporar aportaciones relevantes en el ámbito hispanohablante.

En cuanto al marco temporal, se concedió preferencia a la literatura publicada desde 2022 a 2025, sin excluir referencias anteriores cuando su valor conceptual o metodológico resultaba necesario para sostener la argumentación. Asimismo, se conservaron algunas fuentes sin fecha explícita, siempre que su utilización quede relacionada con una función documental o contextual y no comprometiera la solidez de la exposición. Esta decisión -lejos de ser arbitraria- obedeció a un criterio de pertinencia científica como es que la fecha de publicación orienta la actualidad del conocimiento, pero no agota por sí sola su valor explicativo.

La estrategia de búsqueda se construyó mediante descriptores controlados y términos libres relacionados con el declive cognitivo, el deterioro cognitivo leve, la demencia, la fragilidad cognitiva, la enfermería, la persona mayor, las intervenciones no farmacológicas, la educación para la salud, la promoción del bienestar y la comunidad. La combinación de términos permitió recuperar estudios observacionales, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y propuestas de intervención con implicación directa para la práctica enfermera. Se evitó restringir la búsqueda a un único diseño, porque el objeto de estudio exige contemplar tanto la eficacia de intervenciones concretas como los marcos teóricos y asistenciales en los que dichas intervenciones se insertan.

Se incluyeron trabajos centrados en población de edad avanzada que aportaran resultados sobre dimensiones cognitivas, funcionales, emocionales, relacionales o de calidad de vida, siempre que su contenido permitiera extraer implicaciones para la práctica clínica, la atención primaria, los cuidados de larga duración o la intervención comunitaria. Se descartaron los estudios sin conexión clara con la enfermería o con la temática del declive cognitivo, así como aquellos cuya escasa precisión metodológica impedía una interpretación prudente de sus hallazgos.

La lectura crítica de los textos se realizó atendiendo a la coherencia interna de cada estudio, la correspondencia entre objetivos, diseño y resultados, la consistencia de los hallazgos y su posible transferibilidad al contexto asistencial. No se persiguió una síntesis cuantitativa, dado el carácter narrativo de la revisión y la heterogeneidad de los diseños incluidos. En su lugar, se optó por una síntesis temática organizada en tres núcleos: epidemiología y factores de riesgo, intervención enfermera ante el declive cognitivo y estrategias de promoción del bienestar en el ámbito comunitario.

Este procedimiento metodológico permitió articular una revisión rigurosa, coherente con los objetivos del artículo y con la naturaleza del problema estudiado. Al mismo tiempo, favoreció una lectura integradora de la evidencia, sin forzar una homogeneidad artificial entre estudios distintos, y reforzó la conexión entre la atención clínica y la dimensión comunitaria del cuidado enfermero en la tercera edad.

Resultados

Epidemiología y predictores de declive cognitivo en la vejez

- Prevalencia en residencias y comunidad

La prevalencia global de deterioro cognitivo leve en centros de larga estancia fue estimada como elevada por una revisión sistemática y un metaanálisis que integraron 53 estudios y más de 370 000 residentes. No se trató de una cifra uniforme: hubo variabilidad entre países, y la estimación se relacionó con variables como la edad, el sexo y el nivel de dependencia funcional. En población comunitaria asiática, además, los estudios recientes han mostrado prevalencias cercanas al 50% de deterioro cognitivo subjetivo en mayores de 60 años. Son más altas en mujeres, y también en los grupos de edad más avanzada³.

En los entornos hispanohablantes, las investigaciones transversales sobre deterioro cognitivo han puesto de manifiesto tanto prevalencias relevantes como su estrecha vinculación con caídas, desempeño de la función física, bienestar y factores de riesgo cardiovasculares. Cuando este conocimiento se traslada a la práctica de la atención primaria urbana, los resultados son especialmente llamativos: en un estudio de cribado poblacional con 161 personas mayores de 65 años sin diagnóstico previo, una evaluación interdisciplinar identificó deterioro cognitivo leve o demencia en el 10% de los participantes, lo que subraya hasta qué punto el problema permanece infradiagnosticado en las consultas habituales⁴.

- Factores de riesgo y fragilidad cognitiva

La fragilidad cognitiva, en términos estrictos, alude a la coexistencia de fragilidad física y deterioro cognitivo sin demencia. Se ha propuesto, por ello, como un constructo clínico útil para detectar a mayores con un riesgo alto de dependencia y de eventos adversos. Y no es un matiz menor: una revisión sistemática y metaanálisis situó la depresión y los problemas de sueño entre los factores modificables asociados, con una asociación que indica un incremento cercano a tres veces en la probabilidad del evento respecto de los mayores sin esas condiciones.

En población mayor, la fragilidad física no aparece aislada ya suele estar asociada con peor desempeño lingüístico y con menor capacidad para las actividades instrumentales de la vida diaria, lo que refuerza la interdependencia entre función física, lenguaje y cognición⁵. Asimismo, Moreno-Noguez et al.⁶ han mostrado que el tabaquismo crónico y la enfermedad vascular se relacionan con mayor probabilidad de deterioro cognitivo grave en personas mayores; lo que refuerza la necesidad de un control sostenido de los factores de riesgo cardiovascular a lo largo del curso vital.

En personas de 65 años o más, un estudio transversal puso de manifiesto que diversos factores demográficos y clínicos se asocian al deterioro cognitivo, confirmando el impacto de la edad avanzada, el bajo nivel educativo, la presencia de comorbilidades y ciertos estilos de vida sobre el rendimiento cognitivo. A ello se suman revisiones sobre predictores de declive cognitivo en recursos de larga duración, que destacan el papel de comorbilidades, polifarmacia, depresión y baja participación en actividades significativas como componentes clave en la evolución cognitiva de los residentes⁶.

- Apoyo social, bienestar y relaciones intergeneracionales

Pensar la vejez únicamente desde el deterioro o la enfermedad deja fuera una parte esencial del cuadro; como la red de apoyos y los vínculos entre generaciones. Es en ese tejido quién acompaña, cómo se habla, qué tipo de soporte circula en la familia donde el apoyo social y las relaciones intergeneracionales se vuelven determinantes de la salud cognitiva y del bienestar percibido. Una revisión sistemática desarrollada en países del este asiático según Sharifi et al.⁷, mostró que las relaciones de apoyo emocional entre padres e hijos adultos, junto a una comunicación bidireccional viva, se asociaban con mejor rendimiento cognitivo en las personas mayores, lo que sugiere un posible efecto protector del soporte familiar frente al declive.

En otro escenario sociocultural, la investigación con población mayor ha ido dibujando un mapa en el que bienestar, estrategias de afrontamiento, nivel de actividad física y deterioro cognitivo leve aparecen estrechamente relacionados⁸. Estos estudios indican que la combinación de menor actividad física y determinadas formas de afrontamiento desadaptativas se vincula a un peor bienestar en mayores con deterioro; paralelamente, describen patrones diferenciales de regulación emocional en personas mayores con

y sin deterioro cognitivo, abriendo explícitamente la posibilidad de intervenciones personalizadas dirigidas a reforzar estrategias cognitivas y emocionales más adaptativas.

Desde esta perspectiva, el mensaje que se desprende para la práctica enfermera no resulta simplemente relevante, sino claramente exigente por lo que la valoración integral de la persona mayor con riesgo o presencia de declive cognitivo no puede limitarse, por tanto, a registrar variables clínicas o funcionales, ya que esa aproximación, aunque necesaria, resulta insuficiente para comprender su situación. Por el contrario, ha de integrar de forma deliberada y sistemática dimensiones biomédicas, funcionales, emocionales y sociales, de modo que sea posible captar la complejidad real de su experiencia de salud y, en consecuencia, orientar intervenciones que reconozcan el importante papel del apoyo social, el bienestar subjetivo y las relaciones intergeneracionales.

Rol de la enfermería en la detección y el abordaje clínico del declive cognitivo

- Cribado precoz y estratificación del riesgo en atención primaria

La puerta de entrada es clara: la atención primaria constituye el punto privilegiado para captar de forma temprana el deterioro cognitivo. Esto resulta especialmente cierto en aquellas personas que, sin verbalizar quejas ni mostrar síntomas evidentes, acuden a consulta por motivos aparentemente ajenos a la esfera cognitiva, y es precisamente ahí donde experiencias recientes de cribado poblacional, articuladas mediante la colaboración entre enfermería de atención primaria y unidades hospitalarias de trastornos cognitivos, han demostrado que la aplicación sistemática de instrumentos breves como el MoCA o el test del dibujo del reloj, junto con escalas de riesgo vascular, permite identificar una proporción significativa de casos que hasta entonces permanecían sin diagnóstico formal⁹.

Para la enfermería, el cribado no se agota en el momento en que se administra un test cognitivo sino que más bien, se integra en una evaluación amplia que considera de forma simultánea las comorbilidades presentes, la medicación con potencial iatrogénico, el estado de ánimo, la calidad del sueño, la actividad física, el soporte social disponible y el grado de capacidad funcional, de modo que esta lectura conjunta del cuadro clínico facilita la estratificación del riesgo y abre la posibilidad de planificar, en concertación con medicina de familia y trabajo social, intervenciones adaptadas al contexto concreto de cada persona y a las exigencias de su entorno cuidador¹⁰.

En aquellos contextos donde el riesgo es elevado, el escenario cambia de escala y la práctica enfermera se sitúa en un entorno tecnológicamente más denso. Se están ensayando modelos que combinan tecnologías portátiles, biomarcadores y técnicas de imagen para alcanzar un diagnóstico precoz de fibrilación auricular, ictus silente y deterioro cognitivo en población de alto riesgo atendida en primaria, y esta integración de recursos, lejos de ser un añadido accesorio, pone en evidencia la transformación del rol de enfermería hacia una función crecientemente compleja en términos tecnológicos dentro de la atención primaria¹¹.

- Enfermería y cuidados de larga duración

Para Reyes et al.¹², en residencias y centros de larga estancia, las enfermeras asumen una función nuclear ya que detectan y siguen los cambios cognitivos, conductuales y funcionales; previenen, además, complicaciones tan frecuentes como las caídas, el delirio, la malnutrición o el síndrome de inmovilidad. Cuando el deterioro cognitivo aumenta, también lo hace el riesgo de caídas en adultos mayores institucionalizados. Por eso resulta imprescindible diseñar planes de cuidados que, sin fragmentar la intervención, integren la valoración del equilibrio, la marcha y el entorno físico con estrategias educativas para residentes y cuidadores.

Las revisiones sobre resultados hospitalarios en personas mayores con deterioro cognitivo dibujan un patrón muy consistente: estancias más largas, mayor incidencia de delirium, peor recuperación funcional y más institucionalización tras el alta. A partir de ahí, la implicación clínica es clara; por lo que se necesitan cuidados de enfermería específicos durante la hospitalización, con prevención del delirio, orientación espaciotemporal, movilización precoz y participación del cuidador principal¹³.

- Ampliación de roles y cuidados centrados en la persona con deterioro cognitivo

La tendencia internacional es clara ya que se orienta hacia una ampliación de los roles de enfermería con la finalidad de proporcionar cuidados centrados en la persona a individuos con deterioro cognitivo, sobre todo en entornos de alta complejidad, como los hospitales de agudos. Y no se trata solo de una declaración general sino de un protocolo reciente describe una intervención compleja, liderada por personal de enfermería de práctica avanzada en unidades de hospitalización médica, diseñada para promover la atención centrada en la persona, reforzar la comunicación con pacientes con deterioro cognitivo y con sus familiares, y disminuir los eventos adversos asociados a la hospitalización.

La base de estas intervenciones está en competencias avanzadas de valoración geriátrica integral, gestión de casos, liderazgo clínico y trabajo interdisciplinar¹³. Y, por eso mismo, también consolidan el papel de la enfermería como agente de cambio organizativo en la mejora de la atención a personas con deterioro cognitivo. Pero no basta con ampliar funciones; por lo que es necesario formar a las enfermeras en geriatría, demencias, comunicación y ética del cuidado, y asegurar además el soporte institucional que permita la sostenibilidad de estos modelos.

Intervenciones no farmacológicas lideradas o colideradas por enfermería

- Ejercicio físico, marcha y programas multicomponente

La evidencia de los últimos años es clara ya que el ejercicio físico contribuye a mejorar la función cognitiva y, además, a ralentizar el declive en las personas mayores. En una revisión sistemática y metaanálisis de intervenciones de marcha en mayores de 55 años mostró que los programas de caminata estructurada tienen efectos positivos sobre múltiples dominios cognitivos como la cognición global, la atención, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas, con tamaños de efecto pequeños a moderados¹⁴.

En mayores con DCL, un metaanálisis en red comparó diferentes modalidades de ejercicio aeróbico, mente-cuerpo y multicomponente y mostró que los programas de ejercicio mente-cuerpo, como el tai chi o el yoga, se asocian a una notable reducción de síntomas depresivos, seguidos por el ejercicio aeróbico y el multicomponente, lo que subraya la necesidad de integrar dimensiones físicas y psicoemocionales en las intervenciones. Sobre esta base, nueva evidencia refuerza el papel central de las prácticas mente-cuerpo. Una red de metaanálisis según Li et al.¹⁵, que incluyó 128 ensayos en mayores con deterioro cognitivo halló que el ejercicio mente-cuerpo y las intervenciones multicomponentes se sitúan entre las modalidades con mejor equilibrio entre mejora de la cognición global y adherencia, superando a algunos programas exclusivamente aeróbicos o de resistencia cuando se consideran conjuntamente eficacia y sostenibilidad a medio plazo.

En el ámbito de la fragilidad cognitiva, la evidencia sintetizada mediante revisión y metaanálisis señala que las intervenciones combinadas como entrenamiento físico, estimulación cognitiva y soporte psicosocial permiten mejorar simultáneamente el rendimiento cognitivo y la función física en personas mayores con esta condición, aunque el impacto sobre la fragilidad física aislada resulta más limitado¹⁶. Estos programas, por lo general, se desarrollan en el marco de equipos multidisciplinares; en ellos, enfermería asume un papel activo que abarca la captación, la valoración, la educación, la monitorización y el ajuste de los planes de ejercicio según el riesgo individual.

De manera complementaria, un ensayo aleatorizado reciente se centró en un programa comunitario multidominio de diez meses de duración destinado a personas mayores con declive cognitivo leve a moderado. El programa combinaba ejercicio en doble tarea con actividades sociales, articulando un dispositivo que no solo promovía la actividad física, sino que también generaba espacios de interacción¹⁶. Los resultados fueron claros: se observaron mejoras modestas pero significativas en la memoria lógica, en la capacidad de marcha de seis minutos y en los niveles de actividad física habitual, junto con una elevada adhesión a las sesiones semanales. En este entramado, la estructura grupal, la calidad de la interacción social y la supervisión profesional se configuraron como elementos clave del éxito, y en todos ellos la enfermería ocupa una posición central.

Cabe añadir también que un metaanálisis con análisis dosis-respuesta sobre ejercicios tradicionales chinos (TCEs) en personas con DCL mostró mejoras significativas y de gran magnitud en las puntuaciones de MoCA

y MMSE, especialmente con protocolos de 16 a 24 semanas de duración y una frecuencia de 3 a 5 sesiones semanales, lo que permite orientar decisiones sobre la “dosis” óptima de intervención. Estos hallazgos son coherentes con revisiones previas que situaban al ejercicio mente-cuerpo por delante del ejercicio aeróbico y de resistencia en varios dominios cognitivos en adultos mayores sanos, reforzando su inclusión prioritaria en las carteras de servicios lideradas por enfermería¹⁷. Desde esta perspectiva, la enfermería no solo facilita la derivación a programas de tai chi, yoga o Baduanjin, sino que también puede diseñar, adaptar y supervisar intervenciones de mente-cuerpo en entornos comunitarios, utilizando estrategias de educación para la salud y entrevista motivacional para favorecer la adherencia.

- Estimulación cognitiva, música y reminiscencia

Las intervenciones de estimulación cognitiva desde programas informatizados hasta talleres presenciales se han consolidado como herramientas útiles para mantener o mejorar determinados dominios cognitivos en mayores con deterioro leve o subjetivo. Un ensayo controlado aleatorizado en mayores con deterioro cognitivo leve en la comunidad mostró que un programa de entrenamiento cognitivo adaptativo, centrado en funciones ejecutivas mediante tareas multitarea, obtuvo mejoras significativas en ejecución frontal y en dominios no específicamente entrenados, sostenidas en el seguimiento a corto plazo, lo que refuerza la idea de diseñar intervenciones que activen simultáneamente varios procesos cognitivos relevantes¹⁸; por otra parte, los ensayos que combinan estimulación cognitiva con ejercicio físico estructurado apuntan a un beneficio adicional sobre la capacidad funcional y la cognición en general.

Las intervenciones basadas en la música han adquirido un protagonismo creciente como estrategias de estimulación cognitiva y emocional en mayores con DCL o demencia, tanto en contextos comunitarios como institucionales. Cabe resaltar que el metaanálisis muestra que tanto las intervenciones activas (canto, instrumentos, música con movimiento) como las receptivas (escucha musical) se asocian a mejoras pequeñas o moderadas en cribado cognitivo global, pruebas de memoria verbal y baterías frontales, con beneficios observables en participantes con DCL y con demencia. De forma relevante para la práctica clínica, estos efectos se han documentado en programas conducidos por musicoterapeutas acreditados y también en intervenciones musicalizadas implementadas por otros profesionales de la salud o del ámbito comunitario, lo que abre la puerta a modelos cooperativos donde la enfermería pueda co-diseñar y co-facilitar sesiones musicalmente estructuradas. Asimismo, se ha observado que las intervenciones musicales grupales pueden reducir síntomas depresivos y mejorar el bienestar subjetivo en mayores institucionalizados.

La terapia de reminiscencia, concebida como un proceso de evocación y reconstrucción significativa del pasado personal, ha mostrado beneficios consistentes sobre la calidad de vida, la sintomatología depresiva y la recuperación de recuerdos específicos positivos en personas mayores con envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. Además, han proliferado formatos combinados como la reminiscencia con historias digitales, la reminiscencia entre pares de distintas generaciones o la reminiscencia asistida por música que, según estudios piloto y controlados¹⁹, se asocian con un descenso de la soledad emocional, un aumento del afecto positivo y una mayor participación social en mayores con compromiso cognitivo por lo que este conjunto de evidencias respalda el papel de la reminiscencia positiva como intervención complementaria, útil no solo en el declive cognitivo, sino también en la preservación del bienestar existencial.

Dentro de este marco de intervenciones psicosociales, el personal de enfermería suelen asumir un rol articulador; como encargarse del diseño de las sesiones, de la selección de materiales biográficos y culturales relevantes, de la conducción de los grupos y de la evaluación del impacto sobre el estado cognitivo y afectivo de los participantes, integrando en estas tareas tanto sus competencias clínicas como sus capacidades relacionales.

- Tecnologías asistivas y programas domiciliarios supervisados por enfermería

Las tecnologías de neuromodulación no invasiva y telemedicina empiezan a perfilarse como aliados clave para prevenir y tratar el deterioro cognitivo en personas mayores, si bien su uso rutinario en la enfermería comunitaria aún cojea por falta de protocolos estandarizados. Destaca aquí la estimulación transcraneal de corriente alterna (tACS), que altera selectivamente los ritmos cerebrales implicados en memoria operativa, atención sostenida y funciones ejecutivas; la base de datos se nutre de ensayos preliminares y pilotos que, pese a su modestia, insinúan beneficios tangibles. Una revisión sistemática dedicada a adultos sanos y con

fragilidad cognitiva confirma que la tACS genera variaciones en múltiples dominios cognitivos, pero tropieza con limitaciones recurrentes: grupos pequeños, esquemas de aplicación dispares desde frecuencias variables hasta posicionamientos electrodo-específicos y medidas de resultado inconmensurables que complican cualquier síntesis firme²⁰.

En el espectro del deterioro cognitivo leve y la demencia, los trabajos disponibles son predominantemente estudios piloto que combinan tACS con entrenamiento cognitivo digital o con ejercicios guiados, describiendo mejoras puntuales en memoria episódica, habilidades visuoespaciales o control inhibitorio, junto con una buena tolerabilidad y ausencia de eventos adversos graves. Especial interés para la enfermería comunitaria tienen los ensayos de tACS domiciliaria tele-supervisada en personas con enfermedad de Alzheimer o deterioro cognitivo leve, donde se han demostrado la factibilidad y seguridad de administrar sesiones repetidas en el hogar con apoyo de un cuidador y monitorización remota, así como mejoras preliminares en memoria y estado cognitivo global. Estos hallazgos refuerzan la idea de la tACS como tecnología asistiva potencialmente integrable en programas comunitarios, siempre que exista una supervisión clínica estructurada²⁰. Desde la perspectiva enfermera, estas intervenciones obligan a replantear los circuitos de selección de candidatos, la evaluación de riesgos (comorbilidad cardiovascular, fragilidad, presencia de delirium), la educación a pacientes y cuidadores y el seguimiento de adherencia y efectos secundarios, funciones que los propios protocolos de neuromodulación no invasiva reconocen como críticas para garantizar la seguridad.

Tomando con referencia a Lee²¹, se ha consolidado un cuerpo creciente de investigaciones sobre programas domiciliarios basados en tecnologías de la información y la comunicación exergames, telerehabilitación, plataformas de eSalud dirigidos a personas mayores con fragilidad incipiente o enfermedades crónicas, con el objetivo de preservar la función física y el bienestar psicosocial en el entorno comunitario. Un ensayo aleatorizado en mayores comunitarios de 75 años o más mostró que un programa de exergames en el domicilio, centrado en ejercicios de equilibrio y fuerza de extremidades inferiores durante ocho semanas, supervisado mediante videoconferencia y acompañado de educación online en salud musculoesquelética, produjo mejoras significativas en varias pruebas de función física (equilibrio estático y dinámico, movilidad, levantarse de la silla), en la autoeficacia frente a las caídas, en los síntomas depresivos y en determinados dominios de calidad de vida relacionados con el rol físico, la percepción de salud general y la energía.

Programas comunitarios que combinan educación sanitaria con seguimiento y orientación vía plataformas digitales sean apps web, paneles interactivos, wearables de telemonitorización o diarios de síntomas autodeclarados se erigen como opciones viables y con visos de éxito para alargar la autonomía, fortalecer lazos sociales y potenciar el autocuidado en ancianos polimedicados. Ensayos con herramientas de eSalud en pacientes con pluripatología han captado ganancias en bienestar emocional, sensación de respaldo relacional y puntuaciones depresivas, sobre todo en quienes acumulan más morbilidad y visitas frecuentes al médico de cabecera; estos perfiles de alto consumo sanitario parecen extraer mayor provecho de intervenciones virtuales calibradas a sus necesidades. Paralelamente, iniciativas de eHealth co-creadas con la comunidad elevan la comprensión sanitaria, la seguridad en el manejo de dolencias crónicas y la destreza para transitar el laberinto asistencial, blindando así contra ingresos hospitalarios prevenibles que tanto lastran la vejez²².

Promoción del bienestar en la tercera edad a través de la educación y la comunidad

- Educación para la salud y empoderamiento de las personas mayores

Más allá de la consulta clínica y del seguimiento farmacológico, los programas comunitarios de alfabetización en salud orientados a personas mayores han demostrado capacidad para modificar conductas clave desde la actividad física, la alimentación, la adherencia terapéutica hasta el uso pertinente de servicios sanitarios.

Así mismo, la implementación de intervenciones grupales de doce sesiones semanales, desarrolladas en centros de salud y recursos comunitarios, han logrado mejorar de forma significativa la autopercepción de salud mental, la autoeficacia para el autocuidado y la alfabetización en salud, al tiempo que incrementan la participación social y el sentimiento de seguridad y confianza en el vecindario; por lo que estos hallazgos refuerzan la pertinencia de modelos de atención que combinan contenidos educativos estructurados con dinámicas de apoyo mutuo y actividades fuera del entorno clínico, como visitas guiadas por el barrio o uso de

equipamientos comunitarios, no obstante es recomendable la aplicación de estrategias de educación para la salud que sitúen a las personas mayores como agentes activos y no como meros receptores de cuidados²³.

Por otro lado, la incorporación de contenidos relacionados con la llamada "literacia física" es decir, el conocimiento, la motivación y la confianza necesarios para ser físicamente activos se ha mostrado eficaz para incrementar la actividad física de las personas mayores e impactar en su condición funcional.

Ensayos clínicos que combinan ejercicio estructurado con componentes lúdicos e interactivos, como los exergames, han demostrado mejoras en la movilidad, la confianza para hacer ejercicio y el conocimiento sobre la actividad física frente a programas convencionales, lo que respalda la integración de la promoción de actividad física dentro de los programas de alfabetización en salud liderados por la enfermería; por lo que este énfasis en la conducta motora resulta especialmente relevante en el contexto del declive cognitivo²⁴, dado el papel protector que se ha atribuido al ejercicio regular sobre la reserva cognitiva y la progresión de los síndromes neurocognitivos. Resaltar que la idea de empoderamiento en la vejez trasciende, por definición, la simple acumulación de información por lo que saber no equivale, por sí solo, a poder decidir, actuar y sostener decisiones en contextos cotidianos complejos.

En las personas mayores, especialmente cuando conviven con fragilidad, enfermedad crónica o declive cognitivo, el empoderamiento solo adquiere sentido si fortalece la autonomía práctica, la capacidad de agencia y el sentimiento de pertenencia a una red comunitaria que respalda, acompaña y reconoce; por lo que, sin ese anclaje social, el conocimiento queda muchas veces en un plano abstracto, insuficiente para transformar conductas o para sostener cambios duraderos.

Esa perspectiva se entiende mejor en el marco de la digitalización sanitaria; por lo que el avance de la eSalud ha abierto oportunidades reales para el seguimiento clínico, la educación terapéutica y el apoyo continuado, pero también ha desplazado una parte de la responsabilidad hacia la capacidad de cada persona para moverse con soltura en entornos digitales. Ahí la alfabetización digital deja de ser un complemento técnico y pasa a constituir una condición de acceso²⁵. En otras palabras, -no basta- con disponer de dispositivos o plataformas; hace falta poder interpretarlas, confiar en ellas y utilizarlas con sentido para el autocuidado.

En esa línea, la alfabetización digital en salud se relaciona con estilos de vida más saludables y con mejor calidad de vida en las personas mayores que viven en la comunidad.

El mecanismo es comprensible; quien comprende mejor la información sanitaria, busca con mayor criterio, participa más en su proceso asistencial y tiende a adoptar conductas preventivas más consistentes. De este modo, los hábitos saludables funcionan, así, como un puente entre las competencias digitales y el bienestar percibido; no se trata únicamente de saber usar una aplicación, sino de convertir ese uso en decisiones concretas sobre alimentación, actividad física, adherencia terapéutica o seguimiento de recomendaciones preventivas.

Sin embargo, el desarrollo de estas competencias no es homogéneo ya que las encuestas disponibles muestran que solo una parte reducida de las personas mayores alcanza niveles altos de eHealth literacy, y la distribución de esas capacidades responde a desigualdades muy marcadas.

La edad avanzada, un nivel educativo más bajo, menores ingresos y una menor familiaridad previa con internet o con redes sociales se asocian con peores resultados; lo cual introduce una fractura clara: la digitalización, si no se acompaña de mediación humana y de diseño inclusivo, puede ampliar las distancias en lugar de reducirlas.

Por eso, en la vejez, empoderar no es digitalizar sin más sino ofrecer apoyos comprensibles, accesibles y relacionales; lo cual traduce la tecnología a términos útiles para la vida diaria; preservando la capacidad de decidir sin expulsar a nadie por razones de edad o competencia tecnológica.

- Intervenciones comunitarias para promover salud, funcionalidad y bienestar

Los programas comunitarios multicomponente; los cuales están concebidos para integrar de manera coordinada la actividad física, la educación sanitaria y el apoyo conductual, continúan mostrando beneficios consistentes en personas mayores con riesgo de fractura, fragilidad o enfermedades crónicas. La evidencia disponible hasta 2026 respalda que este tipo de intervenciones no se limita a mejorar parámetros funcionales, sino que también puede favorecer la calidad de vida relacionada con la salud, el conocimiento sobre la enfermedad y determinadas creencias vinculadas al autocuidado y a la prevención. En esta línea, los

programas comunitarios de ejercicio combinados con educación específica sobre osteoporosis han evidenciado mejoras en la calidad de vida y en el nivel de conocimiento sobre la enfermedad entre las personas adherentes²⁶, lo que sugiere que la articulación entre entrenamiento físico estructurado y contenido educativo dirigido incrementa la relevancia percibida y la eficacia global de la intervención.

La evidencia acumulada en los últimos años apunta a que el componente físico de estos programas no solo mejora parámetros funcionales, sino que también repercute de manera evidente en la calidad de vida en su conjunto.

En este contexto, la enfermería comunitaria se sitúa en una posición estratégica para liderar la identificación de mayores en riesgo (osteopenia, caídas previas, fragilidad incipiente), realizar el cribado funcional y cognitivo, adaptar los contenidos educativos al nivel de alfabetización en salud y coordinar con fisioterapia, medicina de familia y servicios municipales de deporte la implementación de programas multicomponente en centros de barrio o asociaciones locales. El seguimiento en enfermería permite, además, monitorizar la adherencia, detectar barreras (dolor, miedo a caerse, sobrecarga de cuidados) y ajustar de forma iterativa el plan de cuidados, integrando indicadores clínicos como caídas, dolor y funcionalidad con resultados percibidos por la persona mayor y su entorno²⁶.

Los programas comunitarios inspirados en el modelo salutogénico, orientados a potenciar recursos y activos de salud más que a centrarse en déficits, han mostrado ser viables y aceptables para promover la autoeficacia, los recursos de afrontamiento y el bienestar en mayores que viven solos o únicamente con su pareja.

Según Seah et al.²², el programa SHAPE (Salutogenic Healthy Ageing Programme Embrace); diseñado específicamente para personas mayores que residían solas o con su cónyuge, es un ejemplo de intervención upstream que combina sesiones grupales con llamadas de seguimiento telefónicas, información estructurada sobre recursos comunitarios y ejercicios para reforzar la convicción personal de poder afrontar los retos del envejecimiento. En su ensayo piloto aleatorizado se demostró la factibilidad del programa, y se observaron tendencias favorables en sentido de coherencia, autoeficacia de afrontamiento y utilización de recursos comunitarios, lo cual apoya la idea de que un enfoque basado en activos de salud puede fortalecer la capacidad de las personas mayores para mantenerse independientes.

El marco salutogénico ha sido retomado también desde la enfermería gerontológica como guía para reorganizar la atención residencial y comunitaria hacia la identificación y movilización de recursos generales y específicos de resistencia, así como para fortalecer el sentido de coherencia -destacando la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad- en la vida cotidiana de las personas mayores²². Esta perspectiva invita a la enfermería comunitaria reoriente las intervenciones desde una lógica centrada en el riesgo hacia otra que combine prevención con promoción activa de salud, mediante la cartografía de activos comunitarios, la co-creación de programas con los propios mayores y la articulación de redes de apoyo formales e informales que amplíen el repertorio de recursos disponibles para afrontar pérdidas, enfermedades crónicas y declive funcional o cognitivo.

Intervenciones destinadas a fomentar el respeto y la inclusión social de las personas mayores Las intervenciones orientadas a promover el respeto y la inclusión social de las personas mayores, entre ellas los programas intergeneracionales, las actividades culturales y artísticas, la música, la danza, la mentoría y las iniciativas de voluntariado; se han relacionado de forma consistente con mejoras en el bienestar, la calidad de vida, la salud percibida y la reducción de síntomas depresivos en distintos contextos comunitarios. Seah et al.²² hacen referencia a que sigue apuntando en la misma dirección por lo que estas propuestas no solo favorecen la participación social, sino que también contribuyen a disminuir la soledad, reforzar el sentido de pertenencia y contrarrestar el edadismo cotidiano, especialmente cuando se diseñan desde enfoques participativos y con continuidad suficiente.

La enfermería comunitaria, en coordinación con servicios sociales, asociaciones vecinales y entidades culturales, puede desempeñar un papel decisivo como agente articulador de estas iniciativas, identificando necesidades, facilitando la captación de participantes, adaptando las actividades a las capacidades de cada persona y evaluando sus resultados con indicadores clínicos y psicosociales.

- Tecnología, soledad y bienestar

La soledad subjetiva y el aislamiento social se han consolidado como determinantes independientes de deterioro cognitivo, depresión y fragilidad funcional en la vejez, más allá de otros factores clásicos como la

edad, el nivel educativo o la comorbilidad; a todo esto hay que sumar que diversas revisiones señalan que tanto la soledad como el aislamiento se asocian con peor rendimiento en dominios como memoria episódica, atención o velocidad de procesamiento, y que la depresión y la falta de estimulación social actuarían como mediadores clave de este vínculo. Un ensayo controlado aleatorizado evaluó un programa de reducción de la soledad basado en tecnologías de la información y la comunicación que combinaba sesiones educativas, actividades grupales en línea y apoyo para el uso de dispositivos y observó reducciones significativas de la soledad y la depresión, así como mejoras en indicadores de bienestar como el índice de risa en mayores comunitarios²⁷.

Estas experiencias sugieren que la alfabetización digital y el acompañamiento en el uso de tecnologías pueden ser herramientas valiosas para reducir la brecha digital, favoreciendo la conexión social y creando nuevos espacios de participación para las personas mayores, siempre que se adapten a sus capacidades y preferencias. La enfermería comunitaria se encuentra en una posición idónea para liderar y apoyar estas iniciativas, actuando como mediadora entre los recursos tecnológicos, los servicios de salud y las redes comunitarias.

Junto a estos abordajes centrados en la interacción social mediante las TIC; también se están explorando intervenciones híbridas que combinan estimulación cognitiva, reminiscencia y participación social en entornos digitales. Así mismo, los ensayos y protocolos de terapia de reminiscencia apoyada en plataformas de narración digital, o de estimulación cognitiva grupal mediante tabletas, muestran que es posible la articulación de espacios en línea donde las personas mayores donde quedan incluidas aquellas con deterioro cognitivo leve o demencia compartan historias de vida, ejerciten funciones cognitivas y fortalezcan vínculos intergeneracionales, con efectos potencialmente positivos sobre el bienestar emocional y la calidad de vida²⁸. Aunque estos estudios todavía son preliminares, ilustran un cambio de enfoque: desde tecnologías pensadas solo para “monitorizar” o “supervisar” a tecnologías que habilitan agencia, identidad y participación de las personas mayores.

Finalmente, en líneas de investigación más recientes como los protocolos sobre sistemas conversacionales para cuidados sociales, intervenciones de realidad aumentada colaborativa o apuntan a un horizonte de programas de terapia cognitivo-conductual en línea adaptados a mayores en el que la enfermería comunitaria deberá implicarse también en la evaluación ética, la co-creación y la implementación de nuevas soluciones digitales²⁹. Por lo que la integración de estas tecnologías en estrategias comunitarias centradas en la persona exige sostener algunos principios; como la adaptación de los programas al perfil cognitivo y sensorial, el respeto a las preferencias y ritmos de las personas mayores, asegurar la accesibilidad económica y técnica, y considerar la reducción de la soledad no solo como un fin en sí mismo, sino como una vía para preservar la reserva cognitiva y la calidad de vida en la vejez. Haciendo una ampliación de esta perspectiva, la tecnología deja de ser un mero “canal” de atención para convertirse en un escenario relacional adicional, cuyo diseño, acompañamiento y evaluación constituyen un ámbito de competencia clave para la enfermería en la promoción del bienestar comunitario ante el declive cognitivo.

Discusión: articulación entre el abordaje enfermero del declive cognitivo y la promoción comunitaria del bienestar

La evidencia disponible confirma que el declive cognitivo en la vejez es un proceso heterogéneo, modulable y profundamente atravesado por determinantes biológicos, psicológicos, sociales y ambientales; lo cual obliga a superar miradas lineales centradas en la lesión cerebral o en la edad cronológica como únicos ejes explicativos. En este contexto, la enfermería ocupa una posición estratégica en la detección precoz, en la valoración geriátrica integral y la planificación de cuidados de las personas mayores, tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario y residencial.

Un estudio de cribado poblacional en una zona urbana española ilustra esta contribución. Un programa interdisciplinario liderado desde atención primaria permitió identificar deterioro cognitivo leve o demencia en aproximadamente un 10% de personas mayores inicialmente asintomáticas, apoyando la utilidad del cribado estructurado cuando se acompaña de circuitos claros de derivación y confirmación diagnóstica⁴.

Sin embargo, la extrapolación acrítica de estos hallazgos a un modelo de cribado universal y exclusivamente clínico resulta problemática, por lo que la proporción de falsos positivos, la carga de trabajo que genera sobre

recursos ya tensionados y el riesgo de etiquetar prematuramente a personas con variaciones cognitivas aún reversibles obligan a situar el cribado dentro de estrategias más amplias de atención primaria orientadas al riesgo y a la equidad, y no como una respuesta autosuficiente. La visión centrada en el déficit, dominante en muchos dispositivos asistenciales, tiende además a invisibilizar los recursos personales, familiares y comunitarios que modulan la trayectoria del declive cognitivo y condicionan la experiencia subjetiva del envejecimiento.

Los programas comunitarios de promoción del bienestar aportan un contrapeso necesario a esta mirada deficitista, al demostrar que intervenciones no farmacológicas, diseñadas desde la lógica de los activos de salud, pueden mejorar tanto resultados clínicos como psicosociales en personas mayores que viven en la comunidad. Por otro lado, ensayos controlados sobre programas domiciliarios de exergaming indican que la participación en intervenciones estructuradas de actividad física mediada por tecnologías lúdicas mejora la función física, la eficacia frente a las caídas, los síntomas depresivos y distintos dominios de calidad de vida en adultos mayores, incluso cuando el deterioro cognitivo no constituye el criterio principal de inclusión²¹.

De forma complementaria, Lee²¹ muestra que distintas modalidades de intervención musical se asocian con mejoras en la función cognitiva en general, la fluidez verbal y funciones ejecutivas en vida en las personas mayores; incluso cuando el deterioro cognitivo no constituye el criterio principal de inclusión. mayores con deterioro cognitivo leve; si bien la heterogeneidad de las intervenciones y el riesgo de sesgo obligan a interpretar los resultados con cautela.

A pesar de esta diversidad, pueden identificarse claros puntos de convergencia entre el abordaje clínico y las aproximaciones comunitarias ya que ámbitos coinciden en la necesidad de intervenciones multicomponente que integren dimensiones físicas, cognitivas, emocionales y sociales, alejándose de programas monofocales centrados, por ejemplo, únicamente en el entrenamiento cognitivo o en el ejercicio físico. Igualmente, comparten la relevancia del involucramiento activo de las personas mayores, ya sea a través de la toma de decisiones compartida en consulta o mediante metodologías participativas, educación entre iguales y co-diseño de actividades en el espacio comunitario³⁰. Esta participación no constituye un mero requisito ético o retórico, sino un mecanismo clave para adaptar las intervenciones a los significados que las personas atribuyen al envejecimiento, a la enfermedad y al cuidado.

La evidencia subraya también la centralidad del entorno en la configuración de riesgos y oportunidades para la salud cognitiva. Experiencias de programas domiciliarios de ejercicio supervisado a distancia, grupos de actividad física en centros comunitarios y propuestas culturales desarrolladas en residencias evidencian que hogar, barrio e instituciones pueden transformarse en escenarios promotores de salud cuando se articulan de manera coordinada recursos sanitarios, sociales y culturales³¹. En este sentido, la enfermería comunitaria, por su contacto continuado con los hogares y su conocimiento de los recursos de proximidad, se encuentra especialmente bien situada para actuar como bisagra entre los circuitos clínicos formales y los activos comunitarios informales.

No obstante, la integración entre ambos modelos no está exenta de tensiones. El paradigma clínico clásico, el cual está orientado a la identificación de patología y a la prevención de complicaciones, puede derivar en la patologización del envejecimiento y en la subordinación de la experiencia subjetiva a los marcadores biomédicos. Por el contrario, los enfoques comunitarios y salutogénicos enfatizan la capacidad de agencia, la resiliencia y el sentido de coherencia, corriendo el riesgo, si se aplican de forma acrítica, de minimizar situaciones de vulnerabilidad estructural o necesidades de atención especializada³². La construcción de marcos realmente integradores exige que la enfermería sea capaz de transitar entre ambos lenguajes, evitando tanto el reduccionismo biomédico como una exaltación ingenua de los activos comunitarios.

En términos metodológicos, la evidencia disponible presenta limitaciones que conviene reconocer para no sobredimensionar las conclusiones. Muchos ensayos y revisiones se basan en muestras reducidas, reclutadas en contextos urbanos y con personas relativamente motivadas y funcionalmente preservadas, lo que limita la generalización de los resultados a personas mayores con fragilidad avanzada, multimorbilidad o deterioro cognitivo moderado-grave³³. La ausencia de seguimientos prolongados dificulta además valorar la persistencia de los efectos sobre trayectorias de declive cognitivo y sobre resultados duros como institucionalización o mortalidad. Por otro lado, las desigualdades de género, nivel socioeconómico, nivel educativo o pertenencia a minorías culturales rara vez se abordan de manera explícita en los análisis, a pesar de su relevancia para la equidad en salud cognitiva.

Las dificultades prácticas asociadas a la implementación y sostenibilidad de programas comunitarios intensivos constituyen otro elemento de fricción. La puesta en marcha de intervenciones grupales o domiciliarias requiere tiempo profesional, espacios accesibles, equipamiento y financiación estable, recursos que en los sistemas públicos suelen ser limitados y sujetos a proyectos de corta duración. La literatura sobre factibilidad señala problemas de reclutamiento, abandono temprano y baja adherencia, especialmente entre personas con movilidad reducida, polifarmacia o carga de cuidados²¹. A ello se suman barreras específicas para el uso de tecnologías digitales, como la brecha de acceso, la baja alfabetización digital o la desconfianza en herramientas tecnológicas, factores que deben ser considerados cuando se promueven intervenciones basadas en *exergames* u otras plataformas digitales.

A partir de este análisis, se perfila una agenda integradora para la enfermería en, al menos, cuatro líneas de acción complementarias. En primer lugar, consolidar el cribado y la valoración integral del riesgo de declive cognitivo en atención primaria, incorporando de forma rutinaria dimensiones de fragilidad física, estado de ánimo, calidad del sueño, apoyo social y estilo de vida, y articulando esta información con rutas claras de derivación a recursos clínicos especializados o comunitarios según el perfil de riesgo. La experiencia del cribado poblacional en consultas de atención primaria sugiere que los instrumentos breves, combinados de forma adecuada, pueden identificar subgrupos de mayor riesgo, siempre que estén acompañados de seguimiento longitudinal y de estrategias para evitar el sobrediagnóstico⁶.

En segundo lugar, resulta de especial relevancia el fortalecimiento de las competencias de las enfermeras en el diseño, la implementación y evaluación de intervenciones no farmacológicas multicomponente en diversos entornos. La evidencia sobre que el ejercicio, la estimulación cognitiva, las intervenciones musicales, la reminiscencia y las tecnologías asistivas apunta a beneficios potenciales sobre la función cognitiva, el estado de ánimo y la calidad de vida, aunque subraya la necesidad de diseños más robustos y comparaciones entre modalidades³⁴. Todo esto implica incorporar en la formación de grado y posgrado contenidos de metodología de la investigación, ciencias del comportamiento, evaluación de programas y alfabetización digital, así como crear condiciones organizativas que permitan a las enfermeras participar en proyectos de innovación sin sobrecarga asistencial añadida.

En tercer lugar, impulsar el trabajo en red entre la enfermería comunitaria, los servicios sociales, las asociaciones de personas mayores y las entidades culturales, con la finalidad de co-crear programas de promoción del bienestar que respondan a las necesidades y preferencias de las personas mayores de cada territorio, respetando su diversidad cultural y socioeconómica²³.

Cabe resaltar que la enfermería solo podrá responder adecuadamente al reto del declive cognitivo en la tercera edad si abandona la dicotomía entre lo “clínico” y lo “comunitario” y se posiciona como una profesión puente, capaz de integrar la precisión diagnóstica y la gestión del riesgo con la promoción de entornos y relaciones que sostengan la capacidad de las personas mayores para vivir con sentido, dignidad y participación en sus comunidades.

Para finalizar, es imprescindible promover la investigación liderada por enfermería sobre declive cognitivo y envejecimiento saludable, en particular estudios de implementación que evalúen la viabilidad, aceptabilidad, coste-efectividad y equidad de las intervenciones en entornos reales de práctica, así como el impacto sobre resultados centrados en la persona²⁶.

Conclusiones

El declive cognitivo en la tercera edad emerge como un problema de salud pública de primera magnitud; el cual está estrechamente vinculado con la fragilidad, la dependencia, la institucionalización, la discapacidad y el deterioro de la calidad de vida de las personas mayores. Según Xue et al. (2023), la evidencia de estudios longitudinales y metaanálisis sobre fragilidad física, cognitiva y social indica que la combinación de vulnerabilidad física y deterioro cognitivo incrementa de forma significativa el riesgo de discapacidad, demencia, hospitalización y muerte, consolidando el declive cognitivo como un objetivo prioritario de prevención e intervención en la práctica de la enfermería.

Los resultados sintetizados según Tam et al.³⁵ sitúan a la enfermería en una posición estratégica para articular respuestas integrales ante este fenómeno, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el medio sociosanitario. La práctica enfermera se revela clave en el cribado sistemático de la fragilidad y del deterioro

cognitivo, en la valoración geriátrica integral y en el diseño de planes de cuidados individualizados que integren las dimensiones física, cognitiva, emocional y social de la persona mayor. Asimismo, las intervenciones enfermeras multicomponente; las cuales combinan ejercicio físico, estimulación cognitiva, educación para la salud, apoyo psicosocial, entrenamiento en actividades de la vida diaria y uso de tecnologías asistivas han mostrado ser eficaces para mantener la funcionalidad, favorecer la autonomía, retrasar la institucionalización y mejorar la calidad de vida, especialmente cuando se implementan de manera prolongada y coordinada con otros recursos del sistema.

Al contrastar este enfoque clínico con las estrategias de promoción del bienestar en la tercera edad basadas en la educación para la salud y la acción comunitaria, se evidencia que la respuesta enfermera al declive cognitivo no puede circunscribirse al escenario asistencial clásico, sino que debe adoptar una perspectiva salutogénica que ponga el acento en los recursos, en las capacidades y en los activos de salud presentes en la comunidad. Desde esta óptica, la enfermería comunitaria se perfila como agente clave para fomentar la participación social, fortalecer el capital social, reducir el aislamiento y promover entornos que faciliten estilos de vida activos y cognitivamente estimulantes, especialmente en colectivos vulnerables como las personas mayores que viven solas o en barrios desfavorecidos. Las experiencias de programas comunitarios orientados a la promoción del envejecimiento saludable muestran que las intervenciones grupales participativas que integran actividad física, componentes educativos y espacios de encuentro social generan mejoras en la salud percibida, la autoeficacia, la alfabetización en salud y el bienestar, aspectos todos ellos estrechamente relacionados con el mantenimiento de la capacidad funcional y cognitiva. Integrar de forma coherente las perspectivas clínica y comunitaria requiere desarrollar marcos organizativos que reconozcan explícitamente el liderazgo enfermero en el diseño, implementación y evaluación de intervenciones complejas orientadas a prevenir o ralentizar el declive cognitivo²⁶. Esto implica reforzar la formación avanzada en enfermería gerontológica, comunitaria y de salud pública; consolidar equipos interprofesionales y redes intersectoriales que vinculen servicios sanitarios, recursos sociales y organizaciones comunitarias; y dotar a las enfermeras de competencias para el uso crítico de tecnologías emergentes telemonitorización, aplicaciones digitales, plataformas de apoyo al autocuidado al servicio de la autonomía de las personas mayores.

Desde una perspectiva de salud pública, avanzar hacia una atención enfermera verdaderamente centrada en la persona exige incorporar de manera sistemática la voz y las preferencias de las personas mayores en la planificación, ejecución y evaluación de los programas, garantizando que las intervenciones sean culturalmente pertinentes, equitativas y sensibles a la diversidad de trayectorias de envejecimiento (Von Der Lühe et al., 2023). Solo a través de este enfoque integrado clínico, comunitario y participativo la enfermería podrá responder con calidad, rigor científico y justicia social al desafío del declive cognitivo en la tercera edad, contribuyendo de forma sustantiva a la sostenibilidad de los sistemas de cuidados y a la promoción de un envejecimiento verdaderamente saludable.

Financiación

El autor no ha recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Xue C, Li J, Hao M, Chen L, Chen Z, Tang Z, et al. High prevalence of subjective cognitive decline in older Chinese adults: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1277995. doi:10.3389/fpubh.2023.1277995
2. Cáceres IJ, Muñoz EG, Palma MV. Relación entre el bienestar, deterioro cognitivo, afrontamiento al estrés y actividad física durante la pandemia por COVID-19 en personas mayores de una ciudad del norte de Chile. *Salud Uninorte*. 2023;39(2):535-550. doi:10.14482/sun.39.02.813.625

3. Chen P, Hong C, Bai W, Su Z, Tang YL, Ungvari GS, et al. Global prevalence of mild cognitive impairment among older adults living in nursing homes: a meta-analysis and systematic review of epidemiological surveys. *Nature*. 2023. doi:10.1038/s41398-023-02361-1
4. Molins C, Piñol G, Sol J, Plana A. Utilidad del cribado poblacional del deterioro cognitivo en una población urbana: póster. *REV Clin Med Fam-SEmFYC* [Internet]. Fecha desconocida. Disponible en: <https://www.revclinmedfam.com/article/utilidad-del-cribado-poblacional-del-deterioro-cognitivo-en-una-poblacion-urbana-poster>
5. Yuan C, Zhang Y. Modifiable risk factors of cognitive frailty in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2023;35(2):177-185. doi:10.1111/2047-3095.12437
6. Moreno-Noguez M, Castillo-Cruz J, García-Cortés LR, Gómez-Hernández HR. Risk factors associated with cognitive impairment in aged: cross-sectional study. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2023;61(Supl 3):S395-S406. doi:10.5281/zenodo.8319815
7. Sharifi S, Khorzoughi KB, Khaledi-Paveh B, Rahmati M. Association of intergenerational relationship and supports with cognitive performance in older adults: a systematic review. *Geriatric Nursing*. 2023;52:146-151. doi:10.1016/j.gerinurse.2023.05.014
8. Parra-Rizo MA, Agustí A, Guillem-Saiz J, González-Moreno J, Cantero-García M. Patrones y estrategias de regulación emocional empleadas en personas mayores de 60 años con deterioro cognitivo. *Revista de Psicología de la Salud*. 2023;11(1). doi:10.21134/pssa.v11i1.309
9. Schade N, Medina F, Ramírez-Vielma R, Sanchez-Cabaco A, De la Torre L. Detección temprana de deterioro cognitivo leve en personas mayores durante la pandemia: protocolo cribado online. *SciELO Chile* [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v60n4/0717-9227-rchnp-60-04-0403.pdf>
10. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Dintrans PV. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2022;46:e34. doi:10.26633/rpsp.2022.34
11. Hernández A, Clúa JL, Satué EM, Martín F, Lucas J, Moltó P. Proyecto PREFATE: diagnóstico precoz de fibrilación auricular, ictus silente y deterioro cognitivo en personas de alto riesgo: póster. *REV Clin Med Fam-SEmFYC* [Internet]. Fecha desconocida. Disponible en: <https://revclinmedfam.com/article/proyecto-prefate-diagnostico-precoz-de-fibrilacion-auricular-ictus-silente-y-deterioro-cognitivo-en-personas-de-alto-riesgo-poster>
12. Reyes RJT, Maytorena RS, Núñez JRG, Ríos MIA, Zazueta AGA, Herrera GO. Deterioro cognitivo y riesgo de caídas en adultos mayores en Culiacán, Sinaloa, México. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 2023. doi:10.46377/dilemas.v10i3.3632
13. Von Der Lühe V, Roos M, Löbberding M, Scholten N, Müller W, Hellmich M, et al. Expanded nursing roles to promote person-centred care for people with cognitive impairment in acute care (ENROLE-acute): study protocol for a controlled clinical trial, process and economic evaluation. *BMC Geriatrics*. 2023;23(1):858. doi:10.1186/s12877-023-04560-3
14. Gradone AM, Dotson VM, Verhaeghen P. Walking for cognitive function in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2023;29(S1):323. doi:10.1017/S1355617723004459
15. Li G, Teng G, Zhang W, Song T, Li Y, Wang Z, et al. Comparative effects of different physical exercises on cognitive function and intervention adherence in older adults with cognitive impairment: a systematic review and network meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2025;120:102604. doi:10.1016/j.cpr.2025.102604
16. Lee S, Harada K, Bae S, Harada K, Makino K, Anan Y, et al. A non-pharmacological multidomain intervention of dual-task exercise and social activity affects the cognitive function in community-dwelling older adults with mild to moderate cognitive decline: a randomized controlled trial. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2023;15:1005410. doi:10.3389/fnagi.2023.1005410
17. Wen Q, Luo Q, Liu Y, Li L, Bialas M, Wilezyska D. Optimal exercise temporal parameters of traditional Chinese exercises for cognitive function of older adults with mild cognitive impairment: a systematic review and dose response meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Medicine*. 2025;12:1568835. doi:10.3389/fmed.2025.1568835
18. Mohanty M, Kumar P. Multi-component interventions in older adults having subjective cognitive decline (SCD): a review article. *Geriatrics*. 2022;8(1):4. doi:10.3390/geriatrics8010004
19. Rueda AV, Cabaco AS, Mejía-Ramírez M, Castillo-Riedel E, Alvelais-Alarcón M. Enhancement of quality of life in older people through positive reminiscence intervention: a pilot study. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2023;31(1):197-215. doi:10.51668/bp.8323112n
20. Kraft JD, Hampstead BM. A systematic review on the effects of tACS on cognitive function within older adults. *Alzheimer's & Dementia*. 2023;19(S5). doi:10.1002/alz.067744
21. Lee K. Home-based exergame program to improve physical function, fall efficacy, depression and quality of life in community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *Healthcare*. 2023;11(8):1109. doi:10.3390/healthcare11081109
22. Seah B, Espnes GA, Hong WT, Wang W. Salutogenic Healthy Ageing Programme Embrace (SHAPE): an upstream health resource intervention for older adults living alone and with their spouses only: complex

- intervention development and pilot randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2022;22(1):932. doi:10.1186/s12877-022-03605-3
23. Ribas BB, Llobera-Cànaves J, García-Ortiz L, Bellón J, Ramos R, García-Campayo J, et al. La Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (redIAPP): una red de referencia e impulsora de la investigación en atención primaria. *Atención Primaria*. 2023;55(11):102694. doi:10.1016/j.aprim.2023.102694
24. Campelo AM, Weisberg A, Sheehan DP, Schneider K, Cossich VR, Katz L. Physical and affective physical literacy domains improved after a six-week exergame exercise program in older adults: a randomized controlled clinical trial. *Games For Health Journal*. 2023;12(5):366-376. doi:10.1089/g4h.2022.0212
25. Belmonte IA, Collado RS, Yuguero O, Oliva JA, Martínez-Millana A, Pérez CS. La alfabetización digital como elemento clave en la transformación digital de las organizaciones en salud. *Atención Primaria*. 2024;56(6):102880. doi:10.1016/j.aprim.2024.102880
26. Talevski J, Gianoudis J, Bailey CA, Ebeling PR, Nowson CA, Hill KD, et al. Effects of an 18-month community-based, multifaceted exercise program on patient-reported outcomes in older adults at risk of fracture: secondary analysis of a randomised controlled trial. *Osteoporosis International*. 2023;34(5):891-900. doi:10.1007/s00198-023-06693-y
27. Ae-Ri J, Kowoon L, Eun-A P. Development and evaluation of the information and communication technology-based Loneliness Alleviation Program for community-dwelling older adults: a pilot study and randomized controlled trial. *Geriatric Nursing*. 2023;53:204-211. doi:10.1016/j.gerinurse.2023.07.011
28. Xu L, Fields NL, Daniel KM, Cipher DJ, Troutman BA. Reminiscence and digital storytelling to improve the social and emotional well-being of older adults with Alzheimer's disease and related dementias: protocol for a mixed methods study design and a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*. 2023;12:e49752. doi:10.2196/49752
29. Oken BS, Kaplan J, Klee D, Gallegos AM. Contributions of loneliness to cognitive impairment and dementia in older adults are independent of other risk factors and Alzheimer's pathology: a narrative review. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2024;18:1380002. doi:10.3389/fnhum.2024.1380002
30. Rahaei Z, Ghavami M, Rastjoo S. Innovative approaches to health promotion for older adults. *Journal of Education and Health Promotion*. 2025;14(1):132. doi:10.4103/jehp.jehp_1265_24
31. Vrancken D, Tambour J, De Keyser E, De Smedt E, Belpaire M, De Cauwer S, et al. ACTIVE-AGE@home: a home-based functional exercise program for community dwelling frail older adults: mixed method study. *European Journal of Public Health*. 2023;33(Suppl 1). doi:10.1093/eurpub/ckad133.088
32. Ronzi S, Orton L, Pope D, Valtorta NK, Bruce NG. What is the impact on health and wellbeing of interventions that foster respect and social inclusion in community-residing older adults? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Systematic Reviews*. 2018;7(1):26. doi:10.1186/s13643-018-0680-2
33. Hill A, Starling T, Xin W, Naseri C, Xu D, O'Brien G, et al. Promoting healthy aging for older people living with chronic disease by implementing community health programs: a randomized controlled feasibility study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2024;21(12):1667. doi:10.3390/ijerph21121667
34. Kim J, Cuevas H, Wood ST. Effect of music interventions on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment: a systematic review. *Research in Gerontological Nursing*. 2023;16(5):259-268. doi:10.3928/19404921-20230609-01
35. Tam ACY, Chan AWY, Cheung DSK, Ho LYW, Tang ASK, Christensen M, et al. The effects of interventions to enhance cognitive and physical functions in older people with cognitive frailty: a systematic review and meta-analysis. *European Review of Aging and Physical Activity*. 2022;19(1):19. doi:10.1186/s11556-022-00299-9