

ORIGINAL CUANTITATIVO**PREVALENCIA DE TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR Y MODELO DE SALUD FAMILIAR: ESTUDIO COMUNAL EN LLAY-LLAY, CHILE.****PREVALENCE OF DEMENTIA AND INTEGRATION OF THE FAMILY HEALTH MODEL IN PRIMARY CARE: A COMMUNITY-BASED STUDY IN LLAY-LLAY, CHILE.**

Sebastián Ibáñez Villalobos,¹ Scarlett Venegas Salas,² Cristina Osorio Gallegos,³ Gabriela Collado Lagos.⁴

¹ Médico Cirujano. Centro de Atención de Salud Familiar Llay Llay. Llay Llay. Chile. Correo electrónico: dribanezv@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5214-9401>

² Interna de Medicina. Universidad de Valparaíso. San Felipe. Chile. Correo electrónico: scarlett.venegas@estudiantes.uv.cl. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2446-6748>

³ Interna de Medicina. Universidad de Valparaíso. San Felipe. Chile. Correo electrónico: cristina.osorio@estudiantes.uv.cl. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7893-4382>

⁴ Interna de Medicina. Universidad de Valparaíso. San Felipe. Chile. Correo electrónico: gabriela.collado@estudiantes.uv.cl. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9462-2298>

Recibido: 11-11-2025

Aceptado: 20-11-2025

Publicado: 26-12-2025

Autor(a) para correspondencia: Scarlett Venegas Salas. Universidad de Valparaíso. Alicia Villagras Ahumada 370, San Esteban. 2120000.+56965332872. scarlett.venegas@estudiantes.uv.cl

RESUMEN

Introducción: el trastorno neurocognitivo mayor es una de las principales causas de dependencia en la vejez. En Chile, su abordaje se integra al Régimen de Garantías Explícitas en Salud y al Plan Nacional de Demencia y reconoce a la Atención Primaria de Salud como eje fundamental para la detección y el seguimiento. **Objetivos:** estimar la prevalencia del trastorno neurocognitivo mayor en personas ≥ 60 años y describir las características clínicas y de seguimiento de los casos confirmados en el programa de Garantías Explícitas en Salud de trastorno neurocognitivo mayor del Centro de Salud Familiar de la comuna de Llay Llay durante el 2024. **Método:** estudio descriptivo y transversal, basado en el programa de Garantías Explícitas en Salud. Se incluyeron 101 pacientes con diagnóstico confirmado según la escala de deterioro clínico (*Global Deterioration Scale*). Se calcularon frecuencias absolutas y relativas de la enfermedad, y se estimó la prevalencia comunal. **Resultados:** se identificó una prevalencia comunal del 2,0% en personas ≥ 60 años. El 52,5% correspondió a hombres y el 47,5% a mujeres. El grupo etario más frecuente fue el de 80–89 años. Las etapas clínicas predominantes fueron GDS 5 y 6. El 98% de los casos tuvo un seguimiento interdisciplinario activo, sustentado en el Modelo de Salud Familiar. **Conclusiones:** la prevalencia comunal de la enfermedad está acorde con lo descrito para la Atención Primaria de Salud chilena. Los hallazgos refuerzan la importancia de fortalecer la pesquisa precoz, el diagnóstico oportuno y la atención integral interdisciplinaria en el nivel primario.

Palabras clave: trastorno neurocognitivo mayor, Atención Primaria de Salud, Prevalencia, Adulto Mayor, Programas de Salud.

ABSTRACT

Introduction: major neurocognitive disorder is one of the leading causes of dependency in old age. In Chile, its management is integrated into the Regime of Explicit Health Guarantees and the National Dementia Plan, recognizing Primary Health Care as the fundamental axis for detection and follow-up. **Objectives:** to estimate the prevalence of major neurocognitive disorder in individuals ≥ 60 years of age and to describe the clinical and follow-up characteristics of confirmed cases within the Explicit Health Guarantees program for major neurocognitive disorder at the Family Health Center in the commune of Llay Llay during 2024. **Method:** a descriptive and cross-sectional study based on the Explicit Health Guarantees program. 101 patients with a confirmed diagnosis according to the Global Deterioration Scale were included. Absolute and relative frequencies of the disease were calculated, and the communal prevalence was estimated. **Results:** a communal prevalence of 2.0% was identified in individuals ≥ 60 years of age. 52.5% were men and 47.5% were women. The most frequent age group was 80–89 years. The predominant clinical stages were GDS 5 and 6. 98% of cases had active interdisciplinary follow-up, supported by the Family Health Model. **Conclusions:** the communal prevalence of the disease is consistent with what has been described for Chilean Primary Health Care. The findings reinforce the importance of strengthening early screening, timely diagnosis, and comprehensive interdisciplinary care at the primary level.

Keywords: major neurocognitive disorder, Primary Health Care, Prevalence, Older adult, Health Programs.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más relevantes del siglo XXI, con profundas implicaciones sanitarias, sociales y económicas. En Chile, las personas de 60 años y más representan el 20,1% de la población total, y se proyecta que en 2050 este grupo alcanzará el 32%, situando al país entre los más envejecidos de América Latina.⁽¹⁾

Este proceso, reflejo de la transición demográfica y epidemiológica, conlleva un aumento sostenido de enfermedades crónicas no transmisibles y neurodegenerativas, donde destaca el trastorno neurocognitivo mayor como una de las principales causas de dependencia y discapacidad en la vejez.^(2,3)

Las demencias, actualmente denominadas Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM), se definen como una condición adquirida y crónica, caracterizada por un deterioro de diversas funciones que se manifiesta a través de síntomas cognitivos, psicológicos y/o conductuales.⁽⁴⁾ A nivel global, más de 55 millones de personas viven con esta enfermedad y se proyecta que esta cifra alcanzará 139 millones en 2050.^(2,5) En América Latina, la prevalencia promedio es de 7–8 % en mayores de 65 años.⁽⁶⁾

Esta enfermedad genera una carga humana y económica sustancial. En 2019, los costos globales superaron US \$1,3 billones, y se estima que se duplicarán hacia el 2030.⁽⁷⁾ A nivel familiar, el TNM repercute en la calidad de vida de los cuidadores, sobre todo en entornos donde los recursos formales son escasos.⁽⁸⁾ En concordancia, revisiones recientes destacan la alta prevalencia de sobrecarga del cuidador y de factores asociados, tales como la edad del

cuidador, la gravedad clínica del paciente y la presencia de síntomas neuropsiquiátricos.

Al respecto, investigaciones nacionales han reportado que en Chile hasta el 63% de los cuidadores informales presenta una sobrecarga severa, y se identifica que la morbilidad psiquiátrica del cuidador y los trastornos del comportamiento del paciente son los principales determinantes de este impacto, hallazgos que refuerzan la necesidad urgente de implementar estrategias psicoeducativas y de apoyo sistémico desde la Atención Primaria de Salud (APS), dado que las intervenciones no farmacológicas no solo benefician el manejo clínico del paciente, sino que logran una reducción significativa en el estrés y la ansiedad de quienes asumen el cuidado.^(8,9,10,11)

En Chile, la Encuesta Nacional de Salud 2016–2017 estimó una prevalencia de TNM del 7,0% en personas mayores de 60 años, lo que equivale a más de 200.000 personas.⁽³⁾ No obstante, la prevalencia registrada en la APS se estima considerablemente menor. Sin embargo, no existen cifras publicadas sobre la prevalencia de TNM registrada en APS, y el Plan Nacional reconoce el subdiagnóstico y el diagnóstico tardío como problemáticas relevantes, en concordancia con la evidencia internacional.^(12,13)

La evidencia internacional demuestra que la prevalencia registrada en APS es inferior a la prevalencia real estimada en estudios poblacionales, lo que evidencia un importante subdiagnóstico en este nivel de atención. En el Reino Unido, la prevalencia registrada en APS en personas de 65 años y más fue cercana al 3%, lo que es equivalente a un 45% de los casos esperados según estimaciones poblacionales,⁽¹⁴⁾ y estudios basados en registros electrónicos de atención primaria en España muestran resultados

concordantes, con prevalencias registradas inferiores a las poblacionales,⁽¹⁵⁾ y en países de altos ingresos, solo entre un 20% y un 50% de las personas con TNM cuentan con diagnóstico formal, concentrándose el subdiagnóstico en APS.⁽¹⁶⁾

El país ha desarrollado estrategias específicas para enfrentar esta problemática, entre las cuales destaca el Plan Nacional de Demencia (PND), que se centra en la detección precoz y el manejo integral de las personas con TNM, en especial en etapas leves a moderadas; lo que incluye tamizaje y evaluación cognitiva, diagnóstico inicial, seguimiento clínico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, y coordinación de derivaciones según complejidad.

En el PND también se consideran acciones para los cuidadores, que incluyen psicoeducación, orientación, evaluación de la sobrecarga, apoyo psicosocial, promoción de la continuidad del cuidado y articulación con la red comunitaria.⁽¹²⁾ Además, se incorpora la patología al Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES N° 85)⁽⁴⁾ y al Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores.⁽¹³⁾

En general, se reconoce el papel estratégico de la APS para garantizar la detección precoz, la atención integral y el apoyo comunitario en esta materia,⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ rol se enmarca en los principios del Modelo de Salud Familiar, como la continuidad del cuidado y el enfoque centrado en la persona, que orientan la atención desde una perspectiva integral y relacional a lo largo del curso de vida.

La relevancia del Modelo de Salud Familiar en el abordaje de los trastornos neurocognitivos se sustenta en que estos no afectan únicamente al individuo, sino que desencadenan una crisis en el sistema familiar que cuestiona su funcionamiento

habitual.⁽⁹⁾ Esta situación obliga a una renegociación de roles y expectativas mutuas ante la pérdida progresiva de autonomía del paciente. La evidencia internacional, mediante metaanálisis de alta calidad, demuestra que las intervenciones no farmacológicas impartidas por cuidadores familiares en la comunidad son efectivas para reducir la frecuencia y la gravedad de los síntomas neuropsiquiátricos. Estos efectos son, al menos, comparables a los de la farmacoterapia con antipsicóticos, pero con la ventaja crítica de no presentar efectos adversos graves.⁽¹⁰⁾

Tales hallazgos subrayan que el manejo centrado en la mutualidad y en el fortalecimiento de la red de apoyo no solo mejora la calidad de vida del binomio paciente-cuidador, sino que también es un factor determinante para mitigar la reacción de estrés del cuidador y retrasar la institucionalización. Por tanto, la intervención desde la APS, mediante programas que fomenten el reconocimiento de la labor del cuidador y el acompañamiento multidisciplinario, resulta clave para abordar la complejidad de los cuidados de larga duración en el entorno familiar.

Desde otra perspectiva, algunas investigaciones nacionales evidencian barreras persistentes en la APS, como el escaso tiempo clínico, la capacitación limitada en evaluación cognitiva y el estigma asociado al envejecimiento.^(20,21) Estas dificultades se intensifican en zonas rurales, donde la dispersión geográfica, el menor nivel de escolaridad y las limitaciones de transporte dificultan el acceso a una evaluación oportuna, lo que se traduce en datos de prevalencia registrados que suelen ser más escasos y tardíos que en zonas urbanas.

De acuerdo con lo anterior, un estudio cualitativo reciente en Chile identificó necesidades formativas

concretas en equipos de APS, como la revelación diagnóstica, el manejo de síntomas conductuales y psicológicos, y las habilidades interpersonales, junto con brechas en la coordinación del cuidado y énfasis en el apoyo a los cuidadores.⁽²²⁾ En comunas con un componente rural significativo como Llay Llay, estas barreras estructurales podrían explicar la discrepancia entre la población estimada y los casos efectivos bajo control en el programa GES.

A pesar de la existencia del GES N° 85 para la enfermedad de Alzheimer y otras demencias y del PND del 2017, la evidencia comunal sobre la prevalencia registrada en APS sigue siendo escasa, lo que limita la evaluación territorial de las estrategias nacionales.

En este sentido, el presente estudio tiene por objetivo estimar la prevalencia del TNM en personas mayores de 60 años y describir las características clínicas y de seguimiento de los casos confirmados en el programa GES del Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Llay Llay durante el 2024.

Dicha información permitirá contrastar la población en seguimiento con la población susceptible de requerir un esquema integral y multidisciplinario de cuidados para TNM.

MÉTODOS

Diseño del estudio

El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se realizó entre enero y diciembre de 2024 en el CESFAM Llay Llay, perteneciente al Servicio de Salud Aconcagua, de la Región de Valparaíso, Chile.

Población y contexto

La comuna de Llay Llay cuenta con una población de 25.484 habitantes, de los cuales 4.957 (19,5%)

corresponden a personas de 60 años o más, según los datos censales comunales 2024 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)⁽²³⁾ y confirmados por algunas publicaciones de la Biblioteca del Congreso Nacional (BCN).⁽²⁴⁾

El CESFAM Llay Llay posee una cobertura superior al 95% de la población comunal adscrita a FONASA. De acuerdo con lo anterior, se incluyeron todos los pacientes inscritos en el Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) de Demencias con diagnóstico confirmado, según los criterios ministeriales vigentes al 31 de diciembre de 2024.⁽²⁵⁾

Fuentes de información

Se utilizó como fuente principal el registro oficial del Programa GES Demencias del CESFAM Llay Llay, correspondiente al año 2024. La información demográfica de la población total se complementó con los datos censales del INE y BCN 2024.^(23,24)

Variables y procedimientos

Las variables analizadas incluyeron:

- Edad: se calculó a partir de la fecha de nacimiento consignada en la planilla, considerando como punto de corte el 31 de diciembre de 2024. Posteriormente, se agruparon las edades en intervalos decenales: 60-69, 70-79, 80-89 y ≥90 años.
- Sexo: hombres y mujeres.
- Etapa clínica de deterioro cognitivo: basado en la escala *Global Deterioration Scale* (GDS), la cual describe la progresión del deterioro cognitivo en 7 etapas, desde funcionamiento normal y quejas subjetivas de memoria (GDS 1-2), pasando por deterioro cognitivo leve (GDS 3), hasta demencia leve, moderada, severa y muy severa con pérdida progresiva de la autonomía funcional y del lenguaje (GDS 4-7); se basa en juicio clínico mediante entrevista y observación, y se utiliza para

estadificar severidad y orientar el manejo, no como herramienta diagnóstica. ⁽²⁶⁾

- Participación en controles interdisciplinarios
- Estado de seguimiento.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico confirmado de trastorno neurocognitivo mayor (registrado como "demencia" para fines administrativos en el sistema GES).
- Estar inscrito y vigente en el programa "GES 85" del CESFAM Llay Llay durante el año 2024.
- Contar con la confirmación diagnóstica explícita en el registro de "evaluación médica" de la planilla oficial.

Criterios de exclusión

- Registros con datos sociodemográficos incompletos o inconsistentes (específicamente sexo o fecha de nacimiento) que impedían el análisis estadístico.
- En el presente estudio, se excluyeron 2 registros (2,0%) por inconsistencias en las variables mencionadas. Nota metodológica: estos casos se omitieron para la caracterización clínica y etaria (n=99), pero se mantuvieron en el denominador total (N=101) para el cálculo de la prevalencia comunal, a fin de no subestimar la carga administrativa oficial.

Análisis de los datos

Los datos fueron depurados, verificados y analizados mediante los programas matemático-estadísticos Microsoft Excel 2021 y Python (pandas). Se calcularon frecuencias absolutas y relativas (n, %), así como medidas de tendencia central y de dispersión. Para las variables cuantitativas (como la edad), se evaluó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk. La prevalencia comunal registrada se estimó utilizando la fórmula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Casos confirmados} \geq 60}{\text{Población total} \geq 60 \text{ años}} \times 100$$

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos de barras, diferenciando por grupo etario y sexo. No se aplicaron pruebas inferenciales, dado que el objetivo fue exclusivamente descriptivo.

Aspectos éticos

El estudio se basó en fuentes secundarias del registro oficial del Programa GES Demencias del CESFAM Llay Llay. No se incluyeron datos personales identificables ni se estableció contacto directo con los pacientes. Se respetaron los principios éticos establecidos en la Norma General Técnica N° 151 sobre estándares de acreditación de los Comités Ético-Científicos de 2013. ⁽²⁷⁾ Acorde con esta normativa, la investigación contó con la aprobación de la Dirección del CESFAM.

RESULTADOS

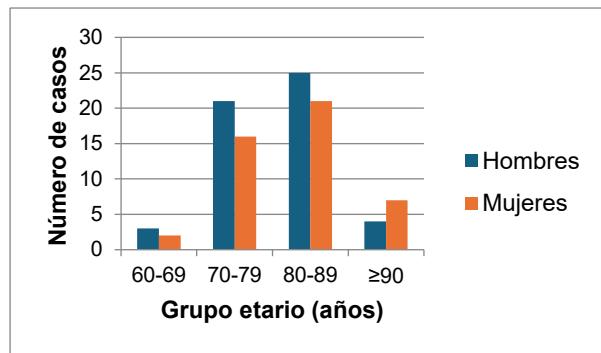
Se registraron 101 pacientes con diagnóstico confirmado de demencia en el Programa GES Demencias del CESFAM Llay Llay durante el año 2024. De ellos, 99 (98,0%) contaron con información completa sobre edad y sexo y dos casos (2,0%) fueron excluidos del análisis de distribución etaria por datos incompletos.

Del total de casos confirmados, 53 correspondieron a hombres (52,5%) y 46 a mujeres (45,5%). La edad promedio fue de 82,3 años, con un rango de 61 a 98 años.

El grupo más frecuente fue el de 80 a 89 años, con 46 casos (45,5 %), seguido del grupo de 70 a 79 años, con 37 casos (36,6%), de 90 años y más, con 11 casos (10,9%), y de 60 a 69 años, con 5 casos (5,0%). En conjunto, las personas de 80 años y

más representaron el 56,4% del total. La distribución por grupo etario y sexo se presenta en el Gráfico N° 1.

Gráfico N° 1. Distribución por grupo etario y sexo de los casos con diagnóstico de demencia confirmada. CESFAM Llay Llay, 2024 (n = 99).



Fuente: elaboración propia con datos del Programa GES TNM, CESFAM Llay Llay, 2024.

Etapa clínica y control interdisciplinario

De los casos confirmados, la mayoría se encontraba en la etapa GDS 5 (demencia moderada), con 41 pacientes (40,6%), seguida de GDS 6 (demencia moderadamente grave), con 35 casos (34,6%), y de GDS 4 (demencia leve), con 16 casos (15,8%). Los estadios avanzados (GDS 6-7) representaron el 40 % del total.

En relación con la atención interdisciplinaria, el 98% contaba con seguimiento activo en el equipo GES, con participación de médico, enfermería, terapeuta ocupacional y psicólogo, mientras que el 2% restante se encontraba en proceso de reevaluación o con control suspendido por razones administrativas. Los datos completos se muestran en la Tabla N° 1.

Tabla N° 1. Distribución numérica y porcentual de los casos confirmados de TNM según la etapa clínica (GDS=Global Deterioration Scale) y la condición de seguimiento interdisciplinario, CESFAM Llay Llay, 2024.

Etapa clínica (GDS)	Casos (n)	Porcentaje (%)	Seguimiento interdisciplinario activo (n / %)	En proceso o suspendido (n / %)
GDS 4 - Demencia leve	16	15,8	16 / 15,8 %	0 / 0 %
GDS 5 - Demencia moderada	41	40,6	40 / 39,6 %	1 / 1,0 %
GDS 6 - Demencia moderadamente grave	35	34,6	34 / 33,7 %	1 / 1,0 %
GDS 7 - Demencia grave	9	8,9	9 / 8,9 %	0 / 0 %
Total	101	100	99 / 98,0 %	2 / 2,0 %

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Programa GES Demencias, CESFAM Llay Llay, 2024.

La prevalencia comunal de trastorno neurocognitivo mayor para el año 2024 se calculó en 2,0%, considerando los 101 casos confirmados sobre una población de 4.957 personas de 60 años o más registradas en el censo comunal.

DISCUSIÓN

La prevalencia comunal calculada de TNM en la población mayor de 60 años del CESFAM Llay Llay (2,0%) se sitúa bajo los rangos descritos para la APS en Chile y Latinoamérica, donde las estimaciones varían entre un 1,5% y 3,0% en población general, y alcanzan valores superiores al 7% en mayores de 60 años.^(2,5-7) A diferencia de estudios poblacionales que reportan prevalencias más elevadas cuando se utilizan metodologías de pesquisa activa, estos resultados reflejan a la población efectiva diagnosticada y en control en APS,⁽²⁸⁾ contraste que sugiere que la menor prevalencia observada no necesariamente implica

menor carga real de enfermedad, sino posibles brechas en detección y acceso al diagnóstico, reforzando la necesidad de fortalecer estrategias de pesquisa sistemática en el primer nivel.^(2,5-7,28) La distribución etaria observada, con predominio en los grupos de 80 a 89 años y una mayor proporción femenina en las edades avanzadas, coincide con la tendencia descrita en la literatura, que reconoce la edad como principal factor de riesgo para el TNM y la mayor supervivencia femenina como un determinante demográfico relevante.^(2,4,5,12) Sin embargo, mientras estudios internacionales describen una detección más temprana en grupos etarios más jóvenes, en esta investigación los casos se concentran en edades avanzadas, lo que podría reflejar un diagnóstico más tardío en el contexto local, lo que plantea desafíos adicionales para la APS, dado que los pacientes diagnosticados en edades más avanzadas presentan mayor dependencia y complejidad clínica.⁽²⁸⁾

La predominancia de las etapas GDS 5 y 6 indica un ingreso tardío al programa. Este hallazgo contrasta con otras experiencias en las que la APS logra identificar un mayor porcentaje de casos en etapas leves, lo cual se asocia a protocolos sistemáticos y a la capacitación específica del equipo.^(28,29) En concordancia con revisiones sobre calidad de atención en APS, la detección tardía observada en nuestro estudio podría vincularse a limitaciones estructurales y organizacionales del nivel primario.⁽²⁹⁾

El alto porcentaje de seguimiento interdisciplinario (98%) constituye uno de los principales hallazgos positivos del estudio. Este resultado es concordante con modelos internacionales de APS de calidad, donde la continuidad del cuidado y el trabajo interdisciplinario se asocian a mejores

resultados clínicos y mayor satisfacción de usuarios y familias.^(28,29) A diferencia de otros contextos descritos en la literatura, donde se reporta fragmentación del cuidado en APS, el programa GES Demencias muestra en esta comuna una implementación efectiva del modelo integral.

En cuanto a la severidad clínica, la predominancia de las etapas GDS 5 y 6 indica que una parte importante de los pacientes ingresa al programa en fases moderadas o avanzadas, lo que podría asociarse a un retraso en el diagnóstico o en la derivación desde la atención primaria. Este patrón ha sido descrito previamente en estudios realizados en otros centros de salud familiar y dispositivos de atención primaria, donde la detección temprana continúa siendo un desafío vinculado a limitaciones de tiempo en consulta, capacitación insuficiente del personal y estigma social asociado al deterioro cognitivo.^(6-12,20,21)

El seguimiento interdisciplinario se alcanzó en el 98% de los casos, en los que los pacientes y sus familias contaban con un esquema de cuidados construido de forma transdisciplinaria que consideraba la atención médica, la terapia ocupacional, la enfermería y las atenciones psicológicas. Aquello demuestra la consolidación del modelo de atención integral implementado en el programa GES de TNM.

Este nivel de cobertura se alinea con las recomendaciones de los modelos de atención centrados en la persona y la familia, que enfatizan la importancia del abordaje biopsicosocial del TNM en el nivel primario.^(17-19,22) Este funcionamiento refleja en la práctica el principio de continuidad del cuidado, al asegurar que las personas con TNM reciban acompañamiento sostenido, seguimiento clínico regular y apoyo familiar desde la APS.

Respecto del cuidador, la literatura ha evidenciado una alta prevalencia de sobrecarga y de factores asociados —como la gravedad clínica, el deterioro funcional y la presencia de síntomas depresivos del paciente, así como características del propio cuidador—, con impacto en la salud física y mental de este último.⁽⁸⁾

Lo anterior refuerza la necesidad de incorporar estrategias de intervención psicoeducativa, espacios de contención emocional y programas de respiro familiar como parte del seguimiento rutinario en el nivel primario de atención,⁽⁸⁾ lo que se refuerza por literatura reciente literatura que amplía el análisis más allá del cuidador principal, evidenciando impactos en toda la dinámica familiar, ámbito que no pudo ser explorado en profundidad en este estudio.⁽³⁰⁾

En comunas con recursos limitados, como Llay Llay, estas medidas adquieren especial relevancia para la sostenibilidad del cuidado a largo plazo, lo que constituye una oportunidad de mejora para futuras investigaciones y para el fortalecimiento del abordaje familiar en APS.

Entre las principales limitaciones del estudio se reconocen el uso de una muestra intencionada y una base de datos secundaria, con posibles omisiones o errores de registro, y la ausencia de variables sociofamiliares o funcionales que podrían aportar información más completa sobre el contexto de las personas con TNM, lo cual deriva en una falta de información respecto a la situación de los cuidadores. Asimismo, al tratarse de un estudio descriptivo transversal, no es posible establecer relaciones causales ni evaluar la progresión temporal de la enfermedad.

A pesar de estas limitaciones, los resultados aportan evidencia local relevante sobre el comportamiento epidemiológico del TNM en la

atención primaria rural y semirrural y destacan la necesidad de fortalecer la pesquisa activa, la capacitación de los equipos y el apoyo comunitario a los cuidadores. En conjunto, los hallazgos refuerzan la pertinencia del programa GES Demencias en la APS chilena y ofrecen una línea de base útil para el monitoreo de la prevalencia y las características clínicas de la enfermedad en contextos comunales comparables.

CONCLUSIONES

El trastorno neurocognitivo mayor constituye una condición de alta relevancia en la población mayor atendida en el CESFAM Llay Llay, con una prevalencia comunal dentro de los rangos esperados según estadísticas internacionales y nacionales sobre la población susceptible. El predominio de casos en personas de edad avanzada y el inicio del seguimiento en etapas clínicas moderadas refuerzan la necesidad de fortalecer las estrategias de detección precoz y de derivación oportuna.

En conjunto, los resultados de la investigación concuerdan con la literatura internacional en cuanto al perfil etario, la carga del cuidador y la relevancia de la APS, pero difieren en la prevalencia observada y en el estadio clínico al diagnóstico, lo que sugiere brechas locales en la detección precoz.

Respecto al plan de cuidado de estos pacientes, se evidencia un seguimiento interdisciplinario activo, lo cual se alinea con los principios del Modelo integral con enfoque familiar y comunitario, destacando el rol de los equipos de salud familiar en la continuidad del cuidado.

Estos resultados aportan información local útil para orientar la planificación de acciones comunitarias y de salud mental en la APS, así como para el

monitoreo y la mejora continua del programa GES Demencias en otras comunas con características sociodemográficas similares.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIAMIENTO

Los autores agradecen al equipo del CESFAM Llay Llay por su colaboración en la recolección y validación de los datos. Este estudio no recibió financiamiento externo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadísticas. Envejecimiento en Chile: Evolución, características de las personas mayores y desafíos demográficos para la población. Santiago: INE; 2022. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl/inicio/documentos-de-trabajo/documento/envejecimiento-en-chile-evolucion%C3%B3n-caracter%C3%ADsticas-de-las-personas-mayores-y-desaf%C3%ADos-demogr%C3%A1ficos-para-la-poblaci%C3%B3n>.
2. World Health Organization. *Global status report on the public health response to dementia*. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/978920033245>.
3. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016–2017: primeros resultados. Santiago: MINSAL; 2017. Disponible en: [extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS-ilovepdf-compressed.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS-ilovepdf-compressed.pdf).
4. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones técnicas para la implementación de GES Nº 85 de Alzheimer y otras demencias. Santiago: MINSAL; 2022. Disponible en: [extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/10/2023.07.21-OOTT-GES-Alzheimer-y-otras-Demencias-RV2.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/10/2023.07.21-OOTT-GES-Alzheimer-y-otras-Demencias-RV2.pdf).
5. Gauthier S, Webster C, Servaes S, Morais JA, Rosa-Neto P. *World Alzheimer Report 2022*. London: ADI; 2022. Disponible en: [extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2022.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2022.pdf).
6. Long S, Benoit C, Weidner W. *World Alzheimer Report 2023*. Londres: ADI; 2023. Disponible en: [extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2023_Spanish.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2023_Spanish.pdf).
7. Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia*. London: ADI; 2024. Disponible en: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2024/>.
8. Madrid López R, et al. Abordaje de la sobrecarga del cuidador principal de pacientes con demencia: prevalencia, factores de protección y de riesgo. *Eur J Health Res*.

- 2023;9(1):1–18. DOI:
<https://doi.org/10.32457/ejhr.v9i1.2232>.
9. Rodríguez Rodríguez, C. Las familias y los cuidados a las personas mayores dependientes: entre la reciprocidad y la ambivalencia. Cuadernos de Trabajo Social. (2013); 26(2): 349-358. DOI:
https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.42291.
10. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychiatry. 2012 Sep;169(9):946-53. DOI:
[10.1176/appi.ajp.2012.11101529](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101529).
11. Slachevsky A, et al. The CUIDEME Study: determinants of burden in chilean primary caregivers of patients with dementia. J Alzheimers Dis. 2013;35(2):297-306. DOI:
[10.3233/JAD-122086](https://doi.org/10.3233/JAD-122086).
12. Ministerio de Salud de Chile. *Plan Nacional de Demencia*. Santiago: MINSAL; 2017. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcgkclefindmkaj/https://www.alzint.org/u/Chilie-PLAN-DEMENCIA.pdf](https://www.alzint.org/u/Chilie-PLAN-DEMENCIA.pdf).
13. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su plan de acción 2020–2030. Santiago: MINSAL; 2021. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcgkclefindmkaj/https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf).
14. Connolly A, Gaehl E, Martin H, Morris J, Purandare N. Underdiagnosis of dementia in primary care: Variations in the observed prevalence and comparisons to the expected prevalence. Aging & Mental Health. 2011 Nov;15(8):978–84. DOI:
[10.1080/13607863.2011.596805](https://doi.org/10.1080/13607863.2011.596805).
15. Ponjoan A, Garre-Olmo J, Blanch J, Fages E, Alves-Cabrataosa L, Martí-Lluch R, et al. Epidemiology of dementia: prevalence and incidence estimates using validated electronic health records from primary care. Clinical Epidemiology. 2019;11:217–28. DOI:
[10.2147/CLEP.S186590](https://doi.org/10.2147/CLEP.S186590). DOI:
[10.2147/CLEP.S186590](https://doi.org/10.2147/CLEP.S186590).
16. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2016 Improving healthcare for people living with dementia. London, 2016. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcgkclefindmkaj/https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2016.pdf](https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2016.pdf).
17. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: WHO; 2017. Disponible en:
<https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>.
18. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores. Washington (DC): OPS; 2015. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd54>

- r11-estrategia-plan-accion-sobre-demencias-personas-mayores-resolucion-2015.
19. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance on person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726>.
20. Slachevsky A, Olavarría L, Ramos T, et al. Políticas públicas para las demencias en Chile: perspectiva histórica y desafíos. Cuad Méd Soc (Chile). 2025;65(2):11–25. DOI:10.56116/cms.v65.n.2.2025.221.
21. Slachevsky A. Percepción de conocimiento sobre las demencias en profesionales de la salud de Chile. Rev Med Chile. 2016;144(11):1365–8. Disponible en: <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/5051>.
22. León T, Troncoso D, Barría S, Kaczmarska M, Lawlor B, Slachevsky A. Dementia-related primary care training needs: a qualitative study. Arq Neuropsiquiatr. 2025;83(7). DOI:10.1055/s-0045-1809544.
23. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2024: resultados comunales preliminares. Santiago: INE; 2025. Disponible en: <https://censo2024.ine.gob.cl/resultados/>.
24. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Llal Llal Reporte Comunal. Santiago: BCN; 2025. Disponible en: https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?anno=2025&idcom=5703.
25. Ministerio de Salud de Chile. Resumen ejecutivo: Guía de práctica clínica de demencia tipo Alzheimer. Santiago: MINSAL; 2021. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj /<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Resumen-Ejecutivo-GPC-Demencia-tipo-Alzheimer2021-12-09-V2.pdf>.
26. Reisberg B, Ferris S, de Leon M, Crook T. The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. American Journal of Psychiatry. 1982 Sep;139(9):1136–9. DOI: 10.1176/ajp.139.9.1136
27. Ministerio de Salud de Chile. Norma General Técnica N.º 151 sobre estándares de acreditación de los Comités Ético-Científicos. Resolución Exenta Nº 403. Santiago: MINSAL; 2013. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj /https://www.ispch.cl/sites/default/files/normativa_anamed/ensayos_clinicos/Resoluci%C3%B3n%20Exenta%20403.pdf.
28. Pais R, Ruano L, P. Carvalho O, Barros H. Global Cognitive Impairment Prevalence and Incidence in Community Dwelling Older Adults—A Systematic Review. Geriatrics. 2020 Oct;27;5(4):84. DOI: 10.3390/geriatrics5040084.
29. Saraiva Aguiar R, Salmazo da Silva H. Qualidade da atenção à saúde do idoso atenção primária: uma revisão integrativa. Enfermería Global. 2022 Jan 1;21(1):545–89. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.444591>.

30. Silva M, Sá L, Marques G. Impacto do Transtorno Neurocognitivo na Família: Scoping Review. Revista Paulista de Enfermagem. 2018;30(1):1–15.
DOI:10.33159/25959484.