



ORIGINAL

## Multimodal Preventive Strategy Against Dementia in Older Adults in Chile

### Estrategia Preventiva Multimodal contra la Demencia en personas mayores en Chile

Catalina Sepúlveda Rivas<sup>1</sup>  , Edith Rivas-Riveros<sup>2</sup>  , Damaritt Aguilera Henríquez<sup>3</sup>  , Editha Riffo Muñoz<sup>3</sup>  , Ghislaine Sabugal Poblete<sup>3</sup>  

<sup>1</sup>Doctor Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Temuco, Chile.

<sup>2</sup>Doctor Enfermería, Departamento Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

<sup>3</sup>Estudiante de Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Temuco, Chile.

**Citar como:** Sepúlveda Rivas C, Rivas-Riveros E, Aguilera Henríquez D, Riffo Muñoz E, Sabugal Poblete G. Multimodal Preventive Strategy Against Dementia in Older Adults in Chile. Salud, Ciencia y Tecnología. 2025;5:1045. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20251045>

Enviado: 10-03-2024

Revisado: 16-07-2024

Aceptado: 29-10-2024

Publicado: 01-01-2025

Editor: Prof. Dr. William Castillo González 

Autor para la correspondencia: Edith Rivas Riveros 

#### ABSTRACT

**Introduction:** dementia is a growing problem throughout the world, and Chile is no exception. With a greater impact among elderly people.

**Objective:** discover how a multimodal intervention can benefit older people in preventing dementia.

**Method:** study with pre-diagnosis and post-evaluation. Strategies are combined to address the problem comprehensively: cognitive therapies, adapted physical exercise, emotional and social support, among others. Participants 20 older people with no history of cognitive impairment from a commune in the Araucanía region.

**Results:** limited knowledge about dementia prevention and concern about future cognitive decline. The most frequently expressed risk factors for dementia are alcohol abuse, not playing mind games, having depression, and not doing physical exercise. Categories emerge from the qualitative phase; Knowledge of dementia, Knowledge of dementia prevention, Community culture of dementia care, Experience in the intervention and Satisfaction of the experience.

**Conclusions:** highlights the urgent need for specific preventive and educational interventions and implement programs. These programs must be adapted to the specific needs and characteristics of the population, considering cultural, socioeconomic and access to health care factors. It is important to provide the community with practical tools and resources to maintain cognitive health and reduce the risk of developing the disease.

**Keywords:** Dementia; Tailored Interventions; Cognitive Impairment; Multidomain Interventions.

#### RESUMEN

**Introducción:** la demencia es un problema creciente en todo el mundo, y Chile no es una excepción. Con un mayor impacto entre las personas de edad avanzada.

**Objetivo;** descubrir cómo una intervención multimodal puede beneficiar a las personas mayores en la prevención de la demencia.

**Método:** estudio con diagnóstico pre y evaluación post. Se combinan estrategias para abordar el problema de manera integral: terapias cognitivas, ejercicio físico adaptado, apoyo emocional y social, entre otros. Participantes 20 personas mayores sin antecedentes de deterioro cognitivo de una comuna de la región de la Araucanía.

**Resultados:** conocimiento limitado sobre prevención de demencia y preocupación por el deterioro cognitivo futuro. Los factores de riesgo de demencia que expresan con mayor frecuencia son el abuso de alcohol, no hacer juegos mentales, tener depresión y no realizar ejercicios físicos. De la fase cualitativa emergen las categorías; Conocimiento de la demencia, Conocimiento sobre prevención de la demencia, Cultura comunitaria de cuidado en demencia, Experiencia en la intervención y Satisfacción de la experiencia.

**Conclusiones:** resalta la necesidad urgente de intervenciones preventivas específicas y educativas e implementar programas. Estos programas deben adaptarse a las necesidades y características específicas de la población, considerando los factores culturales, socioeconómicos y de acceso a la atención sanitaria. Es importante brindar a la comunidad herramientas prácticas y recursos para mantener la salud cognitiva y reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad.

**Palabras clave:** Demencia; Intervenciones Adaptadas; Deterioro Cognitivo; Intervenciones Multidominio.

## INTRODUCCIÓN

Se estima que para 2050 la población mundial mayor de 60 años alcanzará los 2 mil millones, con un notable aumento en países de ingresos bajos y medianos. Este rápido envejecimiento conlleva un incremento en los casos de demencia, que afecta principalmente a las personas mayores.<sup>(1)</sup> Entre el 2 % y el 10 % de los casos inician antes de los 65 años, y la prevalencia se duplica cada cinco años después de esta edad. En 2011, 35.6 millones de personas vivían con demencia, cifra que se espera se duplique cada 20 años, alcanzando 115.4 millones en 2050, especialmente en países de ingresos bajos y medianos.<sup>(2)</sup>

La demencia es una de las principales causas de discapacidad en la vejez, representando el 11.9% de los años vividos con discapacidad por enfermedades no transmisibles.<sup>(2)</sup> En 2010, el costo global estimado de la demencia fue de 604 mil millones de dólares, y se prevé que para 2030, estos costos se eleven a 2 billones de dólares, poniendo en riesgo los servicios de atención sanitaria y social.<sup>(2,3,4)</sup> La falta de conciencia sobre la demencia contribuye al estigma y al aislamiento, dificultando diagnósticos oportunos y acceso a atención continua.<sup>(2)</sup>

En Chile, el 1 % de la población tiene algún tipo de demencia, siendo el 10,4 % en personas mayores, con un aumento notable en aquellos mayores de 80 años. La prevalencia es mayor entre mujeres y personas con menor nivel educativo.<sup>(5)</sup> En la región de la Araucanía, la situación es crítica debido a la vulnerabilidad social y pobreza multidimensional.

Para enfrentar este desafío, es fundamental implementar estrategias integrales que incluyan diagnóstico, tratamiento, prevención y apoyo a los afectados y sus familias. Esto abarca programas de educación sobre demencia y promoción de estilos de vida saludables. A pesar de los esfuerzos, existe un déficit en la integralidad de las intervenciones preventivas, que deben incluir control de factores de riesgo vascular y estimulación cognitiva.<sup>(6)</sup>

La intervención multimodal preventiva se presenta como una solución viable, enfocándose en factores protectores de la salud cognitiva como el control de enfermedades crónicas, nutrición óptima y actividad física regular. El autocuidado se ha identificado como crucial para mantener el bienestar, especialmente en personas con enfermedades crónicas.<sup>(7)</sup>

La investigación de acción participativa (PAR) se sugiere como un enfoque efectivo para abordar la demencia, involucrando a los participantes en la creación de conocimiento relevante.<sup>(8,9)</sup> Las actividades educativas deben adaptarse a las necesidades de la población, considerando su contexto sociocultural y económico, y asegurando la participación de organizaciones locales para garantizar el acceso a servicios de apoyo.

Este enfoque se apoya en la Teoría de Prevención de Salud de Nola Pender, con el objetivo de descubrir cómo una intervención multimodal puede beneficiar a las personas mayores en la prevención de la demencia.

## MÉTODO

El presente estudio utilizó un enfoque de Investigación Acción Participativa (PAR), que busca involucrar activamente a los participantes en la investigación y en la identificación de soluciones a problemas específicos. Este enfoque es participativo y orientado hacia la acción, siguiendo un proceso cíclico.<sup>(10)</sup>

La población de estudio estuvo compuesta por 20 personas mayores de dos agrupaciones, que no presentaban diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo, certificado por un médico geriatra. Los participantes fueron invitados a participar de forma voluntaria.

Se utilizó un muestreo no probabilístico, invitando a personas mayores de 65 años que desearan participar voluntariamente. La intervención se realizó durante un período de tres meses, desde septiembre a diciembre de 2023 (tabla 1). Las sesiones de intervención se llevaron a cabo en la Casa de la Familia y cada intervención tuvo una duración de 2 horas 30 min. Los criterios de inclusión fueron; personas mayores de 65 años que aceptaron

participar voluntariamente. Respeto a los aspectos éticos, la investigación cuenta con la aprobación del Comité ético científico. Se brindó información verbal y escrita a los participantes a través de un consentimiento informado, destacando la posibilidad de regresar para las reuniones de intervención programadas.

Para la medición, se aplicaron entrevistas semiestructuradas antes y después de la intervención, además de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM) <sup>(11)</sup>, un instrumento validado de 23 ítems. Se evaluaron conocimientos sobre demencia, prevención de esta y factores de riesgo asociados, conforme a la OMS (2019). <sup>(12)</sup>

El análisis descriptivo de los datos se realizó con el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas de las respuestas en cada categoría, permitiendo observar la distribución de la alimentación y los conocimientos sobre la etiología de la demencia, así como la identificación de factores de riesgo.

Para el análisis cualitativo, las entrevistas se transcribieron palabra por palabra y se realizó un análisis cualitativo mediante codificación inductiva. Los codificadores (DA, ER, GS, y CS) analizaron las transcripciones, identificando unidades de significado y agrupando códigos en subtemas, que luego fueron resumidos en categorías generales hasta alcanzar un consenso.

Este estudio se enmarca en la necesidad de intervenciones multidominio que aborden la prevención de la demencia, enfocándose en la educación y la promoción de estilos de vida saludables entre las personas mayores.

**Tabla 1.** Estructura y procesos de la intervención multimodal para la prevención de la demencia

Sesión	Temática	Procesos utilizados
1	Módulo I. Cuida tu dieta consume alimentos sanos.	Presentación y discusión facilitada. (preguntas orientadoras, preocupaciones y problemas).
2	Módulo II. Cuida tu cuerpo: se físicamente activo.	
3	Módulo III. Cuida sus controles de salud: controle la presión arterial.	Sesión creativa con los participantes pidiéndoles que aborden el tema.
4	Módulo IV. Cuida sus controles de salud: controle el azúcar en sangre y el peso.	Reflexionar sobre el aprendizaje y las implicaciones para la vida diaria.
5	Módulo V. Cuida tu cerebro: mantén tu cerebro activo.	Desarrollo de un plan de autogestión en el diario vivir para prevenir la demencia.
6	Módulo VI. Cuida tu vida social: participa en actividades sociales.	Ejercicio creativo para determinar cómo se sintieron todos acerca de participar y también para ver los cambios en la práctica.

## RESULTADOS

Descripción de la población; se trabaja con una agrupación formada por 12 integrantes, donde 12,75% son mujeres, mientras que el 25% son hombres, la edad promedio es de 74 años. Se realiza la caracterización biopsicosocial destacándose la proporción de enfermos crónicos (hipertensión), el uso de fármacos, la administración de bebidas azucaradas y el desarrollo de actividad física (tabla 2).

**Tabla 2.** Caracterización biopsicosocial de la población en estudio

Patologías de base	Hipertensión (n= 8) 67% Diabetes tipo II (n= 4) 33 % Dislipidemia (n= 3) 25%
Fármacos en uso	Losartan (n=7) 58 % Atorvastatina (n=7) 58 % Metformina (n=2) 17% Paracetamol (n=3) 25 %
Consumo de lácteos	1 porción al día (n=8)
Desayuno	Todos los días desayuna (n=11)
Consumo de frutas	Consume frutas 1 vez al día (n=7)
Consumo de verduras	Consume 2 porciones (n=5)
Consumo de pescado	1 porción por semana (n=6)
Consumo de leguminosas	1 porción por semana (n=5)
Consumo de avena o panes integrales	No consume (n=6)
Consume comida del hogar (casera)	Tres porciones por semana (n=8)
Consume cena (comida + fruta y/o ensalada)	No consume (n=7)
Consume agua o líquidos	4 o más vasos al día (n=7)

Consume alimentos como carne o aves	3 veces por semana (n=5)
Consume huevos	1 vez cada 15 días (n=4)
Cuántas comidas consume al día	3 comidas (n=8)
Consume sopa años dorados	No consume (n=6)
Consume bebida láctea	No consume (n=6)
Toma bebidas azucaradas o jugo	No consume (n=5)
Consume bebidas alcohólicas (1 porción/ vaso)	Menos de 1 vaso/día u ocasionalmente (n=7)
Consume frituras	Ocasionalmente (n=9)
Evaluación dental	Al día (n=7) Uso de prótesis (n=7)
Suplementación	Colágeno, vitamina C y D (n=5)
Actividad física	Si realiza (n=9)
Consumo de Tabaco	No consume (n=12)

De la aplicación de la entrevista semiestructurada previa a la intervención, se expresó con mayor frecuencia el Abuso de alcohol, No hacer juegos mentales, Tener depresión y no realizar ejercicios físicos como factores de riesgo para presentar demencia (tabla 3).

**Tabla 3.** Conocimientos respecto de la etiología de la demencia

	Respuestas (+) afirmativas %	Respuestas (-) negativas %
Perdida de la audición	50	50
Fumar	67	33
Abuso de alcohol	92	8
Comer pocos alimentos sanos y variados (diferentes tipos)	75	17
Tener presión alta	67	25
Tener diabetes	75	17
Tener colesterol alto	75	17
Tener sobrepeso u obesidad	67	33
No realizar ejercicio físico	83	17
No hacer juegos mentales	100	0
Tener depresión	100	0
No tener o tener poco contacto o comunicación con otras personas	100	0

### FASE CUALITATIVA: ANÁLISIS DE CONTENIDO

Las categorías identificadas, posterior a la aplicación de la intervención multidominio sugieren áreas claves de preocupación y desafíos en relación con la demencia y su manejo. Desprendiéndose las categorías: Conocimiento de la demencia, Conocimiento sobre prevención de la demencia, Cultura comunitaria de cuidado en demencia, Experiencia en la intervención y Satisfacción de la experiencia. Las categorías resaltan la importancia de abordar los aspectos médicos, emocionales, sociales y de estilo de vida que pueden influir en la experiencia y el manejo de la enfermedad.

#### Categoría I. Conocimiento de la demencia

Los participantes reflejan como conocimiento de la demencia; síntomas observables como el olvido y detalles como la pérdida de habilidades cognitivas y emocionales. Y como consecuencias, la pérdida de autonomía, relacionada con la incapacidad de realizar actividades de la vida diaria de manera independiente, lo que afecta negativamente la calidad de vida (figura 1).

#### Categorías y subcategorías sobre el conocimiento de la enfermedad

[La memoria se va, se pierde, no me acuerdo de lo del día, las cosas que hay que hacer, hasta de ir al baño, es la pérdida de la memoria. Es como se va el conocimiento, se nos va muriendo parte de algo, como que algo se está terminando, no sé a qué se deberá, es como si se estuviera apagando algo cerebral] I2

[Es que la memoria se va, se pierde, no se acuerdan de lo de hoy día, de las cosas que hay que hacer, hasta de ir al baño, es la pérdida de memoria] I4

[Cuando ya no tienes tus ideas claras, estás errando en tus conversaciones, en su día diario no puedes hacer

las cosas que hacía antes porque no estás bien mentalmente] I6

[Por ejemplo olvidarse como se llama, donde vive, sus familiares, que se le olviden las calles, no sé si habrá otras cosas, pero eso es lo que yo entiendo] I1

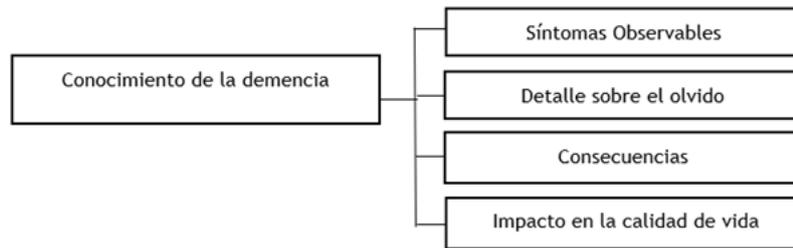


Figura 1. Conocimiento de la demencia

**Categoría II. Conocimiento sobre la prevención de la demencia**

En esta categoría, se describen las subcategorías: Factores de estilo de vida para la prevención de la demencia evidenciado a través de la estimulación social y cognitiva; reconocen que la falta de estimulación social y cognitiva puede aumentar el riesgo de demencia. Coinciden que la soledad y el aislamiento son situaciones que ellos quieren evitar, por ello les motiva asistir a talleres, leer, aprender cosas nuevas y mantenerse acompañado, las cuales son actividades del diario vivir que los integrantes destacan para prevenir el riesgo de demencia. Respecto de la pérdida de conexión social y dificultades para mantener relaciones sociales, manifiestan falta de comprensión familiar y empatía por parte de la familia.

Respecto del aprendizaje post intervención, a los cuatro meses de participación habían aumentado los conocimientos sobre prevención. Lograron incorporar en su vida diaria una alimentación adecuada preventiva para la demencia, y la adopción de hábitos alimenticios saludables, para fortalecer su capacidad cerebral óptima. A su vez incorporaron en su vida diaria el control adecuado de la hipertensión y la diabetes tipo II a través de la adherencia a la terapia farmacológica, destacando la estrategia realizada para la organización y almacenamiento de los fármacos (figura 2).

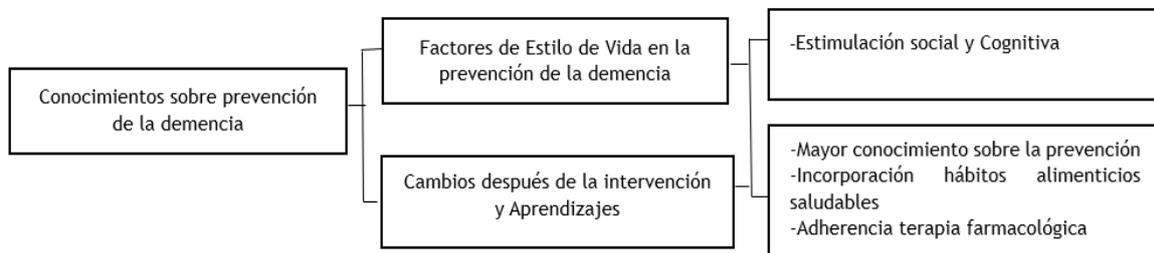


Figura 2. Conocimiento sobre la prevención de la demencia

[Yo pienso que es por la soledad. Yo tengo dos hijas y vivo sola con mi viejo, pero él no habla, siempre está metido en sus cosas, viendo tele, y si uno le pregunta algo se molesta, por eso yo intento participar en talleres para no sentirme sola. Yo digo que el descuido puede llevar a la demencia] I8

[Activar la mente, haciendo, no sé. Por ejemplo, yo hago manualidades, como tejer, hacer cosas manuales, entonces mi mente está activa, aunque sean cosas sencillas, pero uno está trabajando la mente. Esa sería una, trabajar la mente. Otra actividad, mantenerse activa, por ejemplo, estar acompañada en grupos. Eso te ayuda a no estar sola, evitar la soledad y mantenerse ocupada en algo] I6

[No pueden hacer casi vida social ya que entran como en soledad. Me imagino que solamente tienen contacto con su familia. Me da la impresión que se aíslan, no tienen comunicación, no creo que tengan vida social. Hay poca comunicación con su familia. Se comienzan a hacer muy dependientes de su familia, porque una persona así, enferma, no la va a dejar que cocine o que salga a comprar, o que vaya a hacer un trámite, o sea, solo no puede. Tiene que depender de alguien] I2

[Afecta al entorno, tanto al núcleo familiar y social. Tiene que depender de otros de muchas cosas, desaparece el ámbito social, tienen dependencia total del entorno] I8

[Ahora sabemos que debemos comer frutos secos, frutas y verduras, en mi casa se come en un plato chico, entonces con lo que nos enseñaron acá le coloco al plato mayor cantidad de ensalada y un poquitito de carne o pollo] I8

[Las verduras el pescado con su omega 3, las carnes blancas, pollo y pavo los humus de garbanzo las

croquetas de lenteja a mí no me gustaban, pero aquí aprendí a comerlas porque si sobra lentejas las paso por la juguera y hago una tortilla] I5

[También aprendimos que debemos tomarnos los medicamentos como corresponde seguir los horarios, ir a nuestros contrales y almacenar los remedios con las cajas organizadoras que nos dieron acá porque el medicamento tiene un tiempo de acción por eso uno debe tomárselo a la hora] I2

[Yo me inyecto insulina cuatro veces al día, antes del desayuno, antes del almuerzo y cena y en la noche me coloco la lenta. Pero a veces antes de almuerzo se me olvida si me la coloco así que ahora he implementado la pizarra que me dieron para ir colocándole un tic si me la administre] I7

[Yo también utilizo la pizarra para colocar las horas médicas y los días de retiro de medicamentos] I8

[Ya no es necesario tener una trotadora en la casa ni una máquina de ejercicios de repente la misma mesa o una silla y una banda elástica, con esto uno puede hacer una multiplicidad de ejercicios] I1

### Categoría III. Cultura comunitaria de cuidado en demencia

En esta categoría se describen las subcategorías Percepción Inicial de los Participantes, a través del desconocimiento sobre prevención demencia, Escasa información en Centros de Salud, Estigma social asociado y Falta de diálogo sobre el tema. Y en cambios posterior a la intervención, se describe; Intervenciones como apoyo, se visualizan líderes, solicitan continuación de proyectos, y expresan disposición a compartir experiencias.

Los participantes sienten que la demencia es desconocida y existe escasa información sobre el diagnóstico, tratamiento y apoyo profesional disponible en su Centro de Salud Familiar (CESFAM). Describen un estigma social asociado con la demencia, por ello evitan hablar abiertamente sobre el tema.

Crean que es fundamental que los profesionales de la salud brinden información clara y comprensible sobre la demencia, incluyendo su diagnóstico, tratamiento y opciones de apoyo disponibles. Ellos refieren que no han sido informados en los centros comunitarios y desconocen si sistemáticamente se les está realizando pruebas cognitivas para la pesquisa.

Posterior a la intervención refieren que las intervenciones son un apoyo en sus vidas en la prevención de la demencia y ellos se visualizan como líderes en la difusión de este conocimiento con otras personas mayores de la comuna.

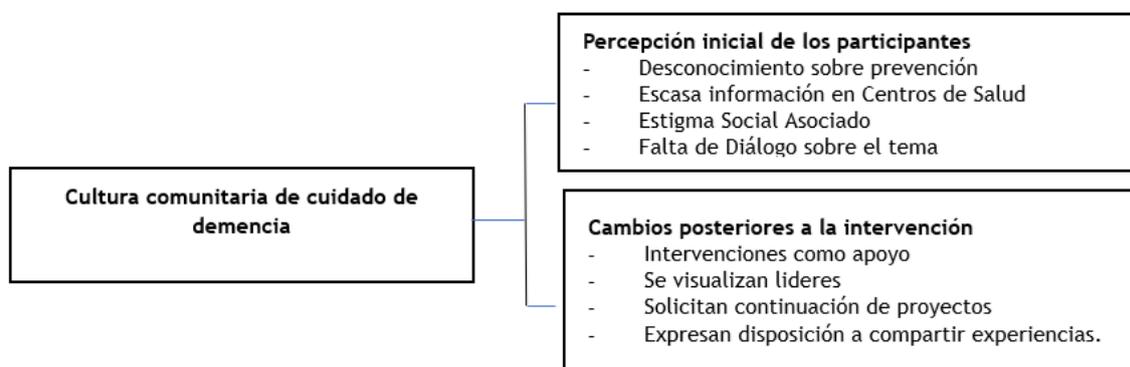


Figura 3. Cultura comunitaria de cuidado en demencia

#### Sobre desconocimiento en prevención de demencia

[Memorizar cosas, ir a talleres, porque ahí uno constantemente haciendo cosas, aprendiendo, estar activa, hablar con más personas, porque realmente cuando uno está en la casa sola no tiene con quien conversar, leer] I3.

[Activar la mente, haciendo no sé, por ejemplo, yo hago manualidades, como tejer, hacer cosas manuales, entonces mi mente está activa, aunque sean cosas sencillas, pero uno está trabajando la mente, eso sería una, trabajar la mente. Otra actividad, mantenerse activa, por ejemplo, estar acompañada en grupos, eso te ayuda a no estar sola, evitar la soledad y mantenerse ocupada en algo] I5.

[Yo creo que la preocupación un poquito de la familia y la dedicación] I6

#### Escasa información en centros de salud

[La verdad es que nunca hemos tocado esos temas con nadie, ni de la muerte, no se hablan] I9

[Nunca lo he conversado con ningún profesional. De los vecinos tampoco he escuchado] I10

[No sé, supongo que debe haber alguien, pero me da la impresión de que acá en el cesfam no hay un especialista en salud mental, no creo] I11

[No sé, se me ocurre que el doctor, porque ellos lo ven a uno por la depresión o problemas psicológicos] I12

*Falta del dialogo del tema*

[Yo en otros talleres soy una emisora les cuento todo lo que vivimos acá que el curso es muy ameno y que se hacen actividades muy educativas y me preguntan si hay cupos si esta actividad se va a realizar de nuevo] I1

**Categoría IV. Experiencia en la intervención**

En esta categoría, se describen las subcategorías: Motivación para participar, Compromiso y afecto por familiares, y Deseo de aprender para cuidarse y cuidar a la familia. En la subcategoría Experiencia durante la intervención, se incluyen, Interacciones positivas con el equipo del estudio, Agradecimiento por ser escuchados y apreciados y Percepción positiva del material proporcionado (Cuaderno de prevención de la demencia).

En motivación, describieron de forma positivas las interacciones con el equipo del estudio, y agradecieron el ser escuchado en sus sentimientos ya que esto permitió la construcción de una relación de confianza.

Posterior a la intervención refieren que tomaron la decisión de participar en el estudio por sí mismo, y por el compromiso y afecto hacia ellos y sus familias ya que el aprender a cuidarse es para ellos un beneficio en sus familias. Para mejorar la comprensión de las intervenciones durante la fase final del estudio, los participantes recibieron información escrita a través de un cuaderno de prevención de la demencia. Esta información escrita fue percibida de forma positiva por las participantes y necesaria, ya que les permite revisar de forma sistemática lo aprendido:

[Queremos que la Universidad siga con estos proyectos porque queremos ser viejos presentes y le pedimos a la Universidad que siga con este proyecto porque nosotros somos pocos comparados con la gente que hay acá en la comuna y hay gente que necesita el apoyo de la universidad y nosotros tenemos que seguir formando más líderes] I12

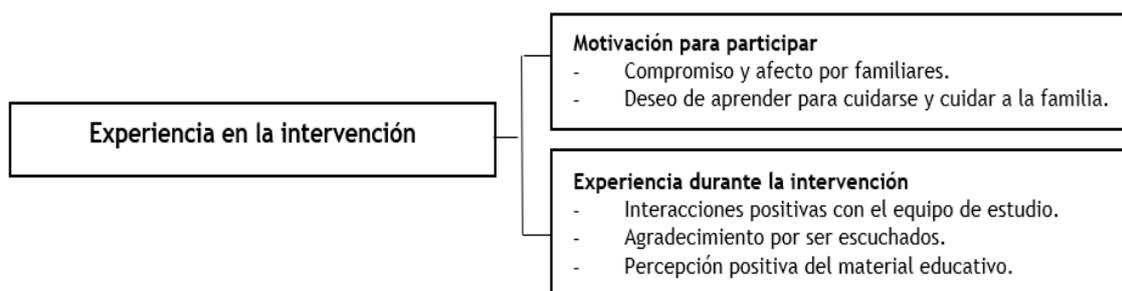


Figura 4. Experiencia en la intervención

**Subcategoría IV. Motivación para participar**

[A nosotros nos gusta seguir aprendiendo porque tenemos nietos, por nuestra responsabilidad y contarle a nuestra familia que debemos comer sano y hacer ejercicio y cuidarnos] A1

“[Nosotros alcanzamos a comer cosas sanas, pero a la edad de mis hijas y nietos están comiendo mucha chatarra porque para ellos es más rápido eso, la alimentación también provoca todo esto y llevar esta información a casa es importante] A5

**Subcategoría Experiencia durante la intervención**

[Sabemos que como adulto mayor uno tiene que poner atención, ya que uno aprovecha el 70 % de lo que explica el profesor y el otro 30 % lo olvidamos, entonces para esto el cuaderno es un aporte] A2

[El cuaderno es educativo y los familiares me lo han pedido para fotocopiarlo y revisar la información] A10

[ El cuaderno sirve para los diabéticos porque el otro día me descompense y me tome la presión y estaba buena y sentí una sensación rara y fui al cuaderno y leí que debía comer algo para que me subiera la glicemia como una cucharadita de azúcar o una pastilla] A1

[Por los tiempos acá nos explicaban mostraban diapositivas uno se le quedo entendió todo, pero paso el tiempo y a uno se le olvida entonces recurre al cuaderno que nos dieron entonces igual es una herramienta que necesitamos día a día, si quiero ver que me está pasando con mi hipertensión reviso el cuaderno] A9

**Satisfacción de la experiencia**

Posterior a la intervención multimodal se solicitó la opinión sobre la intervención. La mayoría mostro una respuesta positiva respecto de las personas mayores y de la intervención realizada.

La totalidad estuvieron de acuerdo con la pertinencia de la intervención de acuerdo con sus necesidades, lo que sugiere que se abordó adecuadamente las áreas de interés y preocupación de los participantes. En relación

con la planificación y ejecución, los participantes describen una satisfacción general por la planificación, incluyendo fechas, acciones, responsables y recursos, indicando que la intervención fue organizada de manera efectiva y eficiente, lo que permitió su implementación exitosa. También refieren impacto positivo en la organización y/o ámbito personal, ya que la actividad les permitió mejorar aspectos en su organización personal, emprendimiento y/o ámbito personal, lo que sugiere impacto positivo y significativo en su vida diaria.

También manifestaron sugerencias para mejoras y actividades futuras, como la realización de un mayor número de capacitaciones sobre enfermedades crónicas, actividades recreativas adicionales y talleres sobre temas específicos como apoyo digital, apoyo psicológico y procedimientos básicos de enfermería, son valiosas para guiar futuras intervenciones y adaptarlas a las necesidades cambiantes de la comunidad. En resumen, la retroalimentación positiva y constructiva recibida en la encuesta de satisfacción sugiere que la intervención fue bien recibida y beneficiosa para los participantes. Continuar recopilando y respondiendo a esta retroalimentación ayudará a garantizar que las futuras intervenciones sigan siendo relevantes, efectivas y satisfactorias para la comunidad atendida.

[Espero que continúen estas actividades por ser muy educativas y de mucha importancia para la comunidad] I2

[Sugiero que estas actividades se hagan más seguido para nuestro aprendizaje y bienestar tanto físico como psicológico] I4

[Ha sido muy provechoso, hemos disfrutado mucho de la variedad de temas, la calidad humana de los docentes y/o estudiantes es magnífica, gracias por considerarnos] I10

[Me gustaría que repitieran más las actividades recreativas, como karaokes, ejercicios de memoria] I12

[Otros talleres podrían ser de apoyo en lo digital, apoyo psicológico, procedimientos básicos de enfermería (curaciones y primeros auxilios)] I2

## DISCUSIÓN

Esta investigación de participación acción es pionera en la región, enfocándose en empoderar a las personas mayores en la prevención de la demencia a través de una intervención multidominio de cuatro meses. Se inscribe en un contexto más amplio de estudios europeos que han abordado el deterioro cognitivo mediante intervenciones de estilo de vida.

Un ejemplo destacado es el ensayo FINGER en Finlandia, que involucró a 1,260 adultos mayores en riesgo de demencia durante dos años. Esta intervención integral incluyó asesoramiento en dieta, ejercicio, entrenamiento cognitivo y gestión de factores de riesgo vascular, logrando mejoras significativas en el rendimiento cognitivo, con un 25% más de avance en comparación con el grupo control.<sup>(13,14)</sup>

Por otro lado, el ensayo MAPT, que se desarrolló durante tres años con 1,680 mayores de 70 años con problemas de memoria, combinó intervenciones de estilo de vida con suplementos de omega-3. Aunque no alcanzó su objetivo primario de mejora cognitiva, identificó efectos positivos en subgrupos específicos, lo que sugiere que algunas poblaciones pueden beneficiarse de estrategias particulares.<sup>(13)</sup>

Estos estudios resaltan la necesidad de intervenciones multidominio que no solo aborden la cognición, sino también los factores de riesgo asociados, como la salud cardiovascular.<sup>(13)</sup>

Al dar voz a las personas mayores en nuestro estudio, buscamos complementar estos enfoques, adaptándolos a las necesidades y experiencias reales de esta población, lo que podría potenciar la efectividad de las intervenciones y facilitar la autogestión en la prevención de la demencia.

En nuestra investigación, el conocimiento sobre la demencia fue inicialmente limitado, con un enfoque predominante en síntomas observables, como la pérdida de memoria y la disminución de la autonomía en actividades diarias. Los participantes mostraron desconocimiento acerca de factores de riesgo como el estilo de vida y el control de enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo diabetes tipo II e hipertensión.

Un estudio cualitativo sobre la percepción y actitudes de personas mayores hacia la demencia identificó la edad y la genética como factores de riesgo no modificables. Además, la falta de compromiso cognitivo emergió como el factor modificable más relevante, sugiriendo que la promoción de la estimulación mental podría ser clave en la prevención de la demencia. Otros factores de riesgo identificados incluyeron diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, una dieta deficiente, tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad y falta de actividad física.<sup>(15)</sup>

En la investigación de Low y Anstey, aunque los participantes mostraron un buen reconocimiento de la demencia, muchos no identificaron adecuadamente los factores de riesgo. Esto subraya la necesidad de campañas de concienciación que informen sobre el alto riesgo de demencia en mayores y promuevan estilos de vida activos y la salud cardiovascular.<sup>(16)</sup>

La respuesta más común sobre cómo reducir el riesgo fue aumentar la estimulación mental, a través de actividades como completar crucigramas, Sudokus y aprender cosas nuevas.<sup>(15)</sup> Este hallazgo coincide con el estudio donde los participantes asociaron la prevención de la demencia con la estimulación social y cognitiva, reconociendo que la soledad y el aislamiento son situaciones indeseadas que los motivan a asistir a talleres,

leer y aprender nuevas habilidades.

Estos resultados destacan la importancia de desarrollar intervenciones educativas y programas de apoyo que fomenten un estilo de vida activo y comprometido, no solo para aumentar el conocimiento sobre la demencia, sino también para crear un entorno social que reduzca el riesgo asociado con el aislamiento.

Los hallazgos post-intervención indican que, a los cuatro meses de participación en el estudio, los participantes habían incrementado significativamente su conocimiento sobre la prevención de la demencia. Se evidenció la incorporación de hábitos alimenticios saludables en su vida diaria, orientados a fortalecer su capacidad cognitiva. Además, mostraron mayor adherencia al control adecuado de la hipertensión y la diabetes tipo II, incluyendo el seguimiento de controles médicos y la adherencia a la terapia farmacológica.

Respecto a la fuente de información sobre la demencia, el estudio de Low y Anstey sugiere que gran parte proviene de los medios de comunicación. Algunos participantes expresaron una falta de comprensión específica sobre la demencia, como lo ejemplifica el comentario de uno de ellos: “¿Puedo hacer una pregunta tonta? ¿Qué es la demencia?”<sup>(16)</sup> Este fenómeno se repite en nuestro estudio, donde los participantes señalaron que la demencia es un tema desconocido y que la información sobre diagnóstico, tratamiento y apoyo profesional en su Centro de Salud Familiar (CESFAM) es escasa. También describieron un estigma social asociado a la demencia, lo que los llevó a evitar conversaciones abiertas sobre el tema.

Como se señala en el estudio de Low y Anstey, la educación y la disponibilidad de información en los medios pueden aumentar la conciencia y comprensión sobre la demencia, motivando a las personas a cambiar sus estilos de vida.<sup>(16)</sup>

El estudio BRAIN BOOTCAMP™ busca reducir el riesgo de demencia y mejorar la alfabetización sobre la enfermedad en adultos mayores. A través de una encuesta abierta, se utilizó la escala MCLHB-DRR para medir actitudes hacia el cambio de comportamiento y el índice LIBRA para evaluar el riesgo de demencia. Los participantes mostraron mayor autoeficacia para modificar su comportamiento, pero enfrentaron barreras persistentes, siendo la falta de conocimiento sobre la reducción del riesgo la más común. Este hallazgo evidencia que la escasa información puede limitar la confianza y la toma de decisiones en este grupo.<sup>(17)</sup>

Low y Anstey también destacan el papel del apoyo laboral y familiar como motivadores claves para modificar comportamientos de salud y estilos de vida. En nuestro estudio, la motivación para participar en las intervenciones surgió del compromiso y afecto hacia sus seres queridos, ya que aprender a cuidarse se percibe como un beneficio para la familia. Es importante señalar que la intervención incluyó la entrega de un cuaderno preventivo sobre la demencia, diseñado específicamente para personas mayores, con texto en una fuente grande y contenido fácil de entender.

Finalmente, diversos estudios han mostrado que las intervenciones multidominio han consistido en 43 sesiones centradas en cognición, actividad física y nutrición, dirigidas a adultos mayores en riesgo de deterioro cognitivo.<sup>(18)</sup> Los resultados sugieren que la dosis óptima es de 12 a 14 sesiones para el entrenamiento cognitivo y de 15 a 20 para las intervenciones multidominio, evidenciando una función dosis-respuesta no lineal en la cognición.<sup>(18)</sup> En nuestro estudio, implementamos 6 intervenciones y consideraremos estos hallazgos para futuras actividades.

Estos hallazgos no solo destacan la necesidad de implementar intervenciones multidominio adaptadas a las experiencias de las personas mayores, sino que también abren la puerta a futuras investigaciones que exploren estrategias innovadoras para mejorar la alfabetización sobre la demencia y fomentar la participación en la salud, contribuyendo así a una mayor prevención y mejor calidad de vida en esta población vulnerable.

## CONCLUSIÓN

Este estudio ha puesto de relieve un conocimiento limitado sobre la prevención de la demencia entre los participantes y una creciente preocupación por el deterioro cognitivo futuro. Los factores de riesgo más comunes identificados fueron el abuso de alcohol, la falta de juegos mentales y la inactividad física. A través de la fase cualitativa, emergieron categorías clave como el conocimiento de la demencia, la prevención, la cultura comunitaria de cuidado, la experiencia en la intervención y la satisfacción con esta experiencia.

El objetivo de este estudio fue descubrir cómo una intervención multimodal preventiva puede beneficiar a las personas mayores en la prevención de la demencia. Los hallazgos indican una necesidad urgente de implementar intervenciones preventivas y educativas específicas. Estos programas deben adaptarse a las características y necesidades de la población, considerando factores culturales, socioeconómicos y el acceso a la atención sanitaria. Proporcionar herramientas prácticas y recursos a la comunidad será fundamental para mantener la salud cognitiva y reducir el riesgo de desarrollar demencia. La implementación de estas estrategias no solo beneficiará a los individuos, sino que también contribuirá al bienestar general de la comunidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Schröder VE, Skrozic A, Erz D, Kaysen A, Fritz JV, Loureiro JM, et al. Programme dementia prevention (PDP): a nationwide program for personalized prevention in Luxembourg. *J Alzheimer's Dis.* 2024;97(2):791-

804. doi:10.3233/jad-230794.

2. Alzint.org. [citado el 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.alzint.org/u/2020/08/Dementia-A-Public-Health-Priority-Spanish.pdf>

3. Organización Panamericana de la Salud. Introducción. 2020. <https://www.alzint.org/u/2020/08/Dementia-A-Public-Health-Priority-Spanish.pdf>

4. Ejecutivo R. Respuesta de la salud pública a la demencia. World Health Organization [cited 2024 Jun 18]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350993/9789240038707-spa.pdf>

5. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud ENC Chile 2009-2010. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

6. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Demencia. 2017. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>

7. Organización Panamericana de la Salud. Decenio del Envejecimiento Saludable en las Américas: Situación y Desafíos. 2021. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56571/9789275326275\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56571/9789275326275_spa.pdf)

8. Baum F. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(10):854-857. doi:10.1136/jech.2004.028662.

9. Harvey G, Kitson A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implement Sci*. 2016;11(1):33. doi:10.1186/s13012-016-0398-2.

10. McNamara MS, Fealy GM, Casey M, O'Connor T, Patton D, Doyle L, et al. Mentoring, coaching and action learning: interventions in a national clinical leadership development programme. *J Clin Nurs*. 2014;23(17-18):2533-2541. doi:10.1111/jocn.12461.

11. Duran S, Candia P, Pizarro R. Validación de contenido de la encuesta de calidad de alimentación del adulto mayor (ECAAM). *Nutr Hosp*. 2017;34(6):1311-1318. doi:10.20960/nh.1081.

12. World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia. 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf>

13. Rosenberg A, Mangialasche F, Ngandu T, Solomon A, Kivipelto M. Multidomain interventions to prevent cognitive impairment, Alzheimer's disease, and dementia: from finger to World-Wide fingers. *J Prev Alzheimer's Dis*. 2019;1-8. <https://doi.org/10.14283/jpad.2019.4>

14. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälähti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet [Internet]*. 2015;385(9984):2255-63. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615604615>

15. Kim S, Sargent-Cox KA, Anstey KJ. A qualitative study of older and middle-aged adults' perception and attitudes towards dementia and dementia risk reduction. *J Adv Nurs*. 2015;71(7):1694-1703. doi:10.1111/jan.12641.

16. Low L-F, Anstey KJ. Dementia literacy: Recognition and beliefs on dementia of the Australian public. *Alzheimers Dement [Internet]*. 2009;5(1):43-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2008.03.011>

17. Siette J, Dodds L, Deckers K, Köhler S, Armitage CJ. Cross-sectional survey of attitudes and beliefs towards dementia risk reduction among Australian older adults. *BMC Public Health [Internet]*. 2023;23(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-023-15843-0>

18. Belleville S, Cloutier S, Mellah S, Willis S, Vellas B, Andrieu S, et al. Is more always better? Dose effect in a multidomain intervention in older adults at risk of dementia. *Alzheimers Dement*. 2022;18(11):2140-2150.

### **FINANCIAMIENTO**

El estudio se realizó con financiamiento de la Iniciativa de Vinculación con el Medio de la Universidad Santo Tomás, Chile.

### **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

### **CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA**

*Conceptualización:* Catalina Sepúlveda Rivas, Edith Rivas-Riveros, Damaritt Aguilera Henríquez, Editha Riffo Muñoz, Ghislaine Sabugal Poblete.

*Investigación:* Catalina Sepúlveda Rivas, Edith Rivas-Riveros, Damaritt Aguilera Henríquez, Editha Riffo Muñoz, Ghislaine Sabugal Poblete.

*Metodología:* Catalina Sepúlveda Rivas, Edith Rivas-Riveros, Damaritt Aguilera Henríquez, Editha Riffo Muñoz, Ghislaine Sabugal Poblete.

*Administración del proyecto:* Catalina Sepúlveda Rivas, Edith Rivas-Riveros, Damaritt Aguilera Henríquez, Editha Riffo Muñoz, Ghislaine Sabugal Poblete.

*Redacción borrador original:* Catalina Sepúlveda Rivas, Edith Rivas-Riveros, Damaritt Aguilera Henríquez, Editha Riffo Muñoz, Ghislaine Sabugal Poblete.

*Redacción revisión y edición:* Catalina Sepúlveda Rivas, Edith Rivas-Riveros, Damaritt Aguilera Henríquez, Editha Riffo Muñoz, Ghislaine Sabugal Poblete.