

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FARMACIA



Título:

“Análisis de estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad de Alzheimer: Un enfoque en cuidadores de pacientes apoyados por la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias Asociadas (ASCADA), durante el periodo comprendido entre enero-agosto 2024.”

Nombre de la sustentante:

Diana Carolina Castrillo Díaz.

Tutor(a):

Dra. Clemencia Cruz Dyachkov.

Año 2024

Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Farmacia.

I. Resumen

La Enfermedad de Alzheimer (EA) consiste en una enfermedad neurodegenerativa que ha cobrado gran relevancia a nivel mundial dado al aumento considerable de casos cada año. Esta patología se caracteriza por ser de curso crónico con afectación en sistema nervioso central, que da lugar a incapacidad en el paciente tras síntomas neurodegenerativos como deterioro en las capacidades cognitivas, lo cual repercute directamente en la calidad de vida del paciente.

Esta patología por su origen neuronal es asociada a la afectación de funciones mentales en donde a pesar de que en la actualidad no se conoce su origen en concreto, su principal sintomatología es la pérdida de memoria. Según su patogenia, se caracteriza por que su afectación se da principalmente en pacientes mayores de 65 años, sin embargo, de acuerdo con investigaciones, las manifestaciones clínicas pueden presentarse años después; un diagnóstico y tratamiento oportuno juegan un papel de importancia en el progreso de la enfermedad y en la calidad de vida del paciente y sus involucrados.

Los cuidadores tienen una importante participación en el mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, en cuanto a tratamiento, la adherencia terapéutica generalmente es complejo a causa del desafío que representa el proceso de cuidado. Al tomar en cuenta dichas características, la presente investigación tiene como objetivo principal analizar las estrategias para la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con EA, ofreciendo un enfoque en cuidadores apoyados por la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras demencias (ASCADA), durante el periodo comprendido entre enero-agosto 2024.

Dicha investigación tiene un enfoque cualitativo y de carácter descriptivo; de forma que para un mejor abordaje, se pretende, mediante una recopilación de evidencia científica y la aplicación de entrevistas a cuidadores que son apoyados por la Asociación así como a profesionales relacionados, con el fin de identificar las principales barreras a las que se enfrentan, así como la percepción que tienen acerca de las estrategias implementadas por

parte de la misma. Con esta información, se pretende determinar una serie de intervenciones enfocadas a la adherencia terapéutica como apoyo a los cuidadores.

Tras la investigación realizada, se evidenció que entre las barreras de mayor relevancia a las que se enfrentan los cuidadores en el proceso de cuidado de estos pacientes, destacan las relacionadas al factor económico y educativo, las que así mismo se convierten en los factores externos más influyentes en el progreso de la enfermedad por tratarse de limitantes al acceso de recursos que permiten proporcionar un mejor cuidado al paciente.

Adicionalmente, se señala la percepción que tienen los entrevistados acerca de las estrategias proporcionadas por parte de la Asociación, en referencia, destaca la importancia y utilidad principalmente de aquellas enfocadas en el apoyo psicológico y educativo, estas estrategias recalcan la importancia de un trabajo multidisciplinario y la necesidad de un mayor acompañamiento por parte de los profesionales involucrados.

Finalmente, se recalca que las intervenciones de mayor utilidad como fuente de apoyo a cuidadores de pacientes con EA, son aquellas enfocadas en el campo psicosocial y educativo; gracias a la intervención de profesionales en farmacia, dentro del abordaje multidisciplinario, juega un papel de relevancia en la proporción de una atención integral y a su vez, herramientas educativas como instrumentos de apoyo al cuidador; además de esto, resalta su papel en cuanto a resultados óptimos en la terapia de los pacientes y su calidad de vida gracias a la intervención con otros profesionales sanitarios.

II. Agradecimientos

En primera instancia quiero agradecer a Dios, a la virgen de los Ángeles y de Guadalupe; por permitirme llegar hasta acá, por todas esas promesas que les he pedido a lo largo de mi carrera universitaria así como de mi vida, por brindarme salud y la sabiduría día con día; infinitas gracias por eso.

A mi mamá, Alba Díaz Díaz, gracias mami por darme todo desde el primer día de vida, por protegerme, aconsejarme, por su días de esfuerzo y trabajo durante muchos años para que nada me faltara; por ponerme en sus oraciones y por siempre querer darme lo mejor a pesar de sus múltiples sacrificios, le agradezco infinitamente. A mi papá, Fernando Castrillo Vásquez por su amor, su protección y apoyo, gracias por siempre cuidarme. No tengo como agradecerle a los dos, han hecho un buen trabajo. A mi hermano Deivy Castrillo Díaz, simplemente no tengo palabras, gracias por ese amor incondicional, por interponer sus sueños durante algunos años para poder cumplir los míos, por apoyarme, aconsejarme y ser mi incondicional de toda la vida; nunca voy a terminar de agradecerle todos esos sacrificios que hizo por muchos años. De verdad que sin ellos esto no sería posible.

A mis primas; Kimberly Mena y Sirsen Bonilla, por ser las hermanas que no tuve, por los consejos y compañía que me han brindado así como su apoyo a lo largo de mi vida. De igual manera a una hermana que me dio la universidad; Daniela Ramos Alcázar, por ser esa compañera que literalmente está desde el día uno y que a lo largo de los años se convirtió en una amiga, a pesar de que por diferentes circunstancias nos separamos en este camino; gracias por su apoyo, compañía y risas durante todos estos años; sin ella este proceso no hubiera sido lo mismo. ¡Sos super carga amiga!

Asimismo, agradezco a todas aquellas personas que estuvieron durante todo este proceso y que me brindaron su apoyo, así como a los profesores por brindarme sus conocimientos los cuales me permiten formarme como profesional en un futuro. Finalmente, a mi tutora Clemencia Cruz Dyachkov; por su experiencia y confianza brindada en este proyecto.

III. Dedicatoria

Dedico este trabajo de graduación primero a Dios, gracias a él por permitirme estar aquí y por su infinita misericordia día con día; sin él no sería nada. ¡Gracias Dios!.

Y en definitiva, dedico todos mis logros a mis padres Alba Díaz Díaz y Fernando Castrillo Vásquez, así como a mi hermano Deivy Castrillo Díaz; han sido mi refugio y apoyo, han guiado mis pasos durante toda mi vida y han sido mi compañía incondicional, gracias a ustedes han forjado la mujer que soy hoy en día; esto es por y para ustedes.

Finalmente a mi “Gordita”, por todos sus años de amor y compañía incondicional desde el primer hasta el último de sus días, ¡te voy amar infinitamente!.

IV. Tabla de contenidos

I.	Resumen.....	II
II.	Agradecimientos	IV
III.	Dedicatoria.....	V
IV.	Tabla de contenidos	VI
V.	Lista de figuras.....	IX
VI.	Lista de tablas.....	X
VII.	Lista de abreviaturas.....	XII
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....		12
1.1.	Introducción.....	13
1.2.	Planteamiento del problema	14
1.3.	Objetivos.....	16
1.3.1.	Objetivo general.....	16
1.3.2.	Objetivos Específicos:	16
1.4.	Justificación.....	17
1.5.	Antecedentes.....	20
1.5.1.	Antecedentes Históricos	20
1.5.2.	Antecedentes Internacionales	23
1.5.3.	Antecedentes Nacionales.....	31
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....		35
2.1.	Aspectos generales demencias.....	36
2.1.1.	Demencia	36
2.1.2.	Epidemiología de la demencia	36
2.1.2.	Tipos de demencias.....	37
2.1.3.	Características diferenciales entre demencias.....	38
2.2.	Enfermedad de Alzheimer.....	40
2.2.1.	Etiología y factores de riesgo.....	41
2.2.2.	Epidemiología.....	42
		VI

2.2.3.	Fisiopatología.....	43
2.2.4.	Síntomas y manifestaciones clínicas.....	46
2.2.5.	Criterios de diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer.....	48
2.2.6.	Diagnóstico diferencial.....	51
2.2.7.	Etapas de Enfermedad de Alzheimer.....	52
2.2.8.	Tratamiento.....	55
2.3.	Adherencia terapéutica.....	59
2.3.1.	Definición de adherencia terapéutica.....	60
2.3.2.	Factores que afectan la adherencia terapéutica.....	61
2.3.3.	Tipos de no adherencia.....	63
2.3.4.	Estrategias implementadas para aumentar la adherencia terapéutica.....	63
2.4.	Figura del cuidador.....	68
2.4.1.	Definición de cuidador.....	68
2.4.2.	Relación cuidador-paciente.....	69
2.4.3.	Papel del cuidador en el tratamiento del paciente con EA.....	70
2.4.4.	Calidad de vida de familiares y cuidadores de pacientes con EA.....	71
2.5.	Atención farmacéutica integral.....	73
2.5.1.	Definición de Atención farmacéutica integral.....	73
2.5.2.	Ventajas de atención farmacéutica.....	76
2.5.3.	Intervención farmacéutica en Enfermedad de Alzheimer.....	77
2.5.4.	Abordaje terapéutico en Enfermedad de Alzheimer.....	79
2.5.5.	Papel del farmacéutico en Enfermedad de Alzheimer.....	83
2.5.6.	Estrategias implementadas por profesionales farmacéuticos en pacientes con EA.....	85
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....		87
3.3.	Fuentes de información.....	91
3.1.1.	Fuentes primarias.....	92
3.1.2.	Fuentes secundarias.....	93
3.1.3.	Fuentes terciarias.....	93
3.2.	Técnicas de recolección de datos.....	93
3.2.1.	Revisión documental.....	94
3.5.2.	Entrevista a profundidad.....	95
3.3.	Tratamiento de la información.....	97
3.4.	Categorías de análisis.....	98
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....		101

4.1. Identificar las principales barreras que enfrentan los cuidadores de pacientes con Alzheimer en el proceso de adherencia terapéutica durante el periodo de estudio.	102
4.2. Describir las estrategias de apoyo proporcionadas por la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias (ASCADA) y su percepción por parte de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer en relación a la adherencia terapéutica.	119
4.3. Determinar intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, centrándose en el apoyo brindado a los cuidadores.	133
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	149
5.1. Conclusiones.....	150
5.2. Recomendaciones	152
CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
6.1 Referencias bibliográficas.	156
CAPÍTULO VII. ANEXOS.....	175

V. Lista de figuras.

Figura 1. Comparación de procesos celulares en paciente sano con respecto paciente con EA	45
Figura 2. Evolución de la fase preclínica.....	53
Figura 3. Etapas de la Enfermedad de Alzheimer	55
Figura 4. Etapas de intervención del farmacéutico en adherencia terapéutica	68
Figura 5. Principales funciones en Atención Farmacéutica.....	74
Figura 6. Aspectos a considerar en apoyo a familiares y cuidadores.	80
Figura 7. Tratamientos farmacológicos para tratar sintomatología en EA.	82
Figura 8. Etapas del proceso de investigación.....	¡Error! Marcador no definido.

VI. Lista de tablas.

Tabla 1. Clasificación etiológica de las demencias con mayor relevancia.....	37
Tabla 2. Características diferenciales de las demencias	39
Tabla 3. Factores de riesgo involucrados en la aparición de la EA.	41
Tabla 4. Manifestaciones clínicas en fase pre demencial de EA.....	47
Tabla 5. Manifestaciones clínicas en fase demencial de EA	48
Tabla 6. Comparación de los criterios diagnósticos IGW-2 y NIA-AA.....	50
Tabla 7. Fases de la etapa Preclínica de la EA.	52
Tabla 8. Tipos de demencia de acuerdo su evolución.	54
Tabla 9. Fármacos aprobados en la actualidad para el tratamiento de la EA.	57
Tabla 10. Características de los fármacos utilizados en la EA.	58
Tabla 11. Factores que influyen en la adherencia terapéutica.	61
Tabla 12. Criterios de inclusión y exclusión para delimitación de participantes.	89
Tabla 13. Participantes del estudio.	90
Tabla 14. Participantes que colaboraron en la validación del instrumento.	96
Tabla 15. Categoría de análisis.	99
Tabla 16. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 1.....	103
Tabla 17. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 2.....	106
Tabla 18. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 3.....	110
Tabla 19. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 4.....	113
Tabla 20. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 5.....	116
Tabla 21. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 6.....	120
Tabla 22. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 7.....	122
Tabla 23. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 8.....	124
Tabla 24. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 9.....	126
Tabla 25. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 10.....	128
Tabla 26. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 11.....	134
Tabla 27. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 12.....	136
Tabla 28. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 13.....	139
Tabla 29. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 14.....	140

Tabla 30. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 15.....	142
Tabla 31. Guía de preguntas elaborada para aplicar entrevista.	176

VII. Lista de abreviaturas

EA: Enfermedad de Alzheimer.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ADI: Alzheimer Disease International

ASCADA: Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

PSEN1: prensenilina 1 proteína precursora amiloide (APP).

PSEN2: prensenilina 2.

APP: proteína precursora amiloide.

APOE: Apolipoproteína E.

GABA: Ácido gamma-aminobutírico

A β : proteína beta amiloide.

NMDA: N-metil-D- aspartato.

AChE: Acetilcolinesterasa

SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.

DCL: deterioro cognitivo leve.

LCR: líquido cefalorraquídeo.

FDA: Food and Drug administration.

NMDA: N-metil-D-aspartato.

IgG1: Inmunoglobulina G1.

VO: vía oral.

IV: vía intravenosa.

SPD: sistema de dosificación personalizado.

AF: atención farmacéutica.

Ach: acetilcolina.

SRH: Sistema de recordatorio de horarios.

CONAPAM: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción.

La EA ha sido relevante en los últimos años debido al gran impacto que genera en los sistemas de salud, en los pacientes, sus familiares y cuidadores. Su progreso puede verse influenciado por diferentes factores, tal como un diagnóstico temprano, lo cual permite una intervención oportuna.

La adherencia a los tratamientos puede ser definido como el grado en que una persona sigue las prescripciones farmacológicas según lo indicado por el médico. Es decir, que el paciente tiene la capacidad de cumplir a cabalidad las indicaciones establecidas y de forma adecuada.

Se puede destacar la influencia de muchos factores a nivel de paciente crónico (como es el caso de EA) que repercuten negativamente a largo plazo, tal como el progreso acelerado de la enfermedad, deterioro en la calidad de vida del mismo así como de sus familiares y cuidadores principalmente por pérdida en el grado de independencia para realizar sus actividades diarias y en el peor de los casos, un aumento en la mortalidad, en donde diversos estudios establecen que a largo plazo es un problema a nivel económico en los sistemas de salud.

Esta investigación pretende proporcionar estrategias enfocadas en el apoyo a los cuidadores y familiares de pacientes con EA, considerando aquellos principales factores que afectan la adherencia terapéutica y como resultado, proporcionar herramientas que sean de apoyo para el cuidador.

Para considerar dicho cometido, el objetivo de este proyecto de final de graduación consiste en realizar un análisis de las estrategias que pueden ser implementadas por parte de los cuidadores con el fin de mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes con la Enfermedad de Alzheimer, en función de mejorar y mantener un seguimiento integral que ofrezca una mejor calidad de vida en esta población.

1.2.Planteamiento del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la EA consiste en una de las demencias más comunes a nivel mundial, la cual tiene repercusiones a nivel de memoria y comportamiento del paciente como consecuencia de un proceso neurodegenerativo. Se trata de una patología crónica y progresiva, lo cual significa que empeora con el tiempo; en un estado avanzado se da interferencia de las actividades diarias del paciente, así como disminución de la autonomía del mismo, lo que lo vuelve dependiente de una atención diaria¹.

A nivel mundial de acuerdo con datos de la OMS, representa aproximadamente entre un 60% o 70% de los casos de demencia actualmente¹. De acuerdo con Alzheimer Disease International (ADI), la mayoría de pacientes afectados ronda aproximadamente una edad de 65 años y sobreviven en promedio de cuatro a ocho años después de su diagnóstico con un tratamiento adecuado; sin embargo, en algunas ocasiones podrían vivir hasta 20 años con la EA, debido a factores que favorecen dicho panorama².

A través de diversos estudios, se estima que en 2023 alrededor de 6.7 millones de estadounidenses con edades entre 65 años padecen de la Enfermedad de Alzheimer actualmente y que posiblemente esta cifra podría aumentar a 13.8 millones en el 2060; sin embargo, estas cifras pueden disminuirse gracias al desarrollo de medidas dirigidas a la prevención o retraso de la enfermedad, con una consecuente disminución en las tasas de mortalidad, pues la EA representa la quinta causa de muerte a nivel mundial; siendo esto un reto para la salud pública³.

En Costa Rica, de acuerdo con datos estadísticos, el Ministerio de Salud indica que aproximadamente 35 mil personas sufren de la Enfermedad de Alzheimer en la actualidad; de acuerdo a la Alzheimer's Disease International (ADI) en el país en el año 2010 alrededor de 30.000 personas vivían con demencia, pero este número se incrementará significativamente en un 433%, llegando a afectar a 160.000 personas en el año 2050. Es por esto que representa relevancia para la salud pública, donde se deben considerar medidas con el fin de reducir la progresión de esta patología³.

En la EA, un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado juegan un papel de vital importancia en su evolución; es por esto que a nivel farmacológico la adherencia terapéutica es uno de los principales factores influyentes en el progreso de la enfermedad.

De acuerdo con la OMS, la falta de adherencia terapéutica es definida como “El grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el cumplimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”⁴.

En la actualidad, la falta de adherencia a la terapéutica es una problemática de gran relevancia, porque representa altos costos para los sistemas de salud. Se da principalmente en patologías crónicas, donde muestra la influencia de diversos factores tales como pacientes polimedificados por pluripatologías, personas adultas mayores, así como deterioros en su capacidad a nivel cognitivo para realizar actividades regulares de forma independiente.

La falta de adherencia a los regímenes terapéuticos acarrea una serie de consecuencias económicas y a nivel clínico por el aumento de la morbimortalidad en los pacientes, dado al progreso acelerado de la enfermedad, derivado del incumplimiento de los regímenes indicados por el personal de salud.

Existen diversos factores que serán detallados en la investigación, sin embargo, entre los que más se destacan se encuentran el tipo de fármaco que se prescribe y la vía de administración, así como la edad del paciente y el grado de independencia que el paciente tenga; Uno de los factores principales y de mayor problemática es la educación que se le brinde; el farmacéutico juega un papel de vital importancia desde un seguimiento cercano tanto con el paciente así con sus familiares y cuidadores cuando surge la necesidad de brindarles herramientas con el fin de que conozcan acerca de la terapia indicada y los temas concernientes a la misma.

Es aquí donde se muestra la necesidad de una intervención oportuna y cercana del profesional en salud, en la disminución la progresión de patologías que con una adecuada

terapia y una adherencia idónea se pueden reducir las cifras de mortalidad en etapas tempranas. A pesar de gran variedad de estudios referentes a la EA y de diversas fuentes de consulta, existe poca información que los familiares y cuidadores conocen acerca del tratamiento de estos pacientes y de la importancia en la progresión de la patología que representa una adecuada adherencia. Bajo este criterio, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar aquellos principales factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con la EA, con el fin de proporcionar estrategias dirigidas a cuidadores que facilite este proceso, centrándose en su apoyo. Con dicha premisa, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las estrategias más efectivas para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, centrado en el apoyo proporcionado a los cuidadores, en colaboración con la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias Asociadas (ASCADA), durante el periodo comprendido entre enero y agosto de 2024?

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Analizar las estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con Enfermedad de Alzheimer con enfoque en los cuidadores de pacientes apoyados por la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras demencias (ASCADA), durante el periodo comprendido entre enero-agosto 2024.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las principales barreras que enfrentan los cuidadores de pacientes con Enfermedad de Alzheimer en el proceso de adherencia terapéutica durante el periodo de estudio.
- Describir las estrategias de apoyo proporcionadas por la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias (ASCADA) y la percepción por parte de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer en relación a la adherencia terapéutica.

- Determinar intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, centrándose en el apoyo brindado a los cuidadores.

1.4. Justificación

La demencia es un término que abarca diversas enfermedades que provocan deterioro a nivel neurológico, afectando la memoria y la capacidad de realizar diversas actividades cotidianas por la pérdida de autonomía a través de la progresión de la enfermedad¹.

En la actualidad de acuerdo con datos de la OMS, se estima que más de 55 millones de personas a nivel mundial sufren de demencia; sin embargo, entre la más común y en donde hay más casos es la EA que reporta aproximadamente diez millones de casos nuevos cada año, lo que la convierte en una cifra significativa y alarmante para los sistemas de salud, aunado a que se trata de la séptima causa de muerte a nivel mundial y una de las principales causas de discapacidad en el mundo¹.

Actualmente, para la EA no existe un tratamiento curativo, sin embargo, si existen alternativas terapéuticas que permiten retrasar la progresión de la enfermedad y una expectativa mayor de calidad de vida tanto para el paciente como a sus familiares y cuidadores en los diferentes estadios de la enfermedad¹.

Las causas que originan la EA son desconocidas a ciencia cierta, sin embargo, es influenciada por diversos factores predisponentes; en cuanto a su diagnóstico en la mayoría de casos se hace tarde, debido a la ausencia de síntomas tempranos, por lo que la prevención en muchos de los casos resulta imposible⁵.

Encontrar una solución a las demencias, específicamente en este caso a la de mayor prevalencia (EA) resulta imposible de primera mano en la actualidad, el deterioro progresivo que sufre el paciente durante muchos hace que requiera el apoyo de familiares y personas cuidadoras principalmente en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando requieren de cuidado permanente a causa de su falta de autonomía⁵.

En los últimos años, a nivel mundial ha surgido la necesidad de la búsqueda de una solución o estrategias que permitan enfrentar el reto sanitario, social y económico que conlleva la enfermedad en los sistemas de salud. A pesar del gran auge e impacto que genera esta enfermedad, las herramientas no son suficientes para brindar un manejo adecuado; de esta forma, se destaca la importancia de la investigación con el fin de ampliar el conocimiento que permita retrasar o enlentecer la aparición de síntomas a partir de un diagnóstico y tratamiento oportuno⁵.

Según investigaciones, se considera que la demencia, entre sus más importantes la EA es uno de los problemas de salud que no tiene respuesta en un 75% de los países, se estima que solo una cuarta parte de los países cuentan con planes de atención para los pacientes y sus familias; sin embargo, estos planes en algunos países, ya están por caducar o bien ya lo culminaron ⁵.

A nivel económico, según la ONU a través de datos proporcionados por la OMS, el costo de esta enfermedad para los sistemas de salud en 2019 era de 1,3 billones de dólares y se estima que por las proyecciones de aumento en la EA para el 2030 puede alcanzar 2,8 billones de dólares, representando altos costos económicos para los sistemas de salud; lo cual resulta una principal problemática para aquellos países con bajos o medios ingresos económicos. Estas cifras destacan la importancia de reforzar los servicios de atención y la intervención de diversos profesionales de la salud en pacientes con demencia, principalmente en EA, que puede enlentecer su progreso, disminuyendo costos económicos en los sistemas de salud y ofreciendo una mejor calidad de vida en el paciente, en sus familiares y cuidadores⁵.

Los sistemas sanitarios de los países deben preparar estrategias para realizar adaptaciones que tomen en cuenta lo que conlleva tanto económico como socialmente la EA, a pesar de que actualmente se dispone de tratamientos, es necesario mejorar la oportunidad, adecuación y accesibilidad a los mismos; considerando factores como el estadio en que se encuentre el paciente y el hecho de contar con un cuidador que verifique su administración⁶.

Las alternativas farmacológicas para la EA, a pesar de que no curan la enfermedad, si tienen un impacto en la mejora sintomatológica con respecto a la pérdida de memoria y problemas de pensamiento, rezagando un poco su progreso. A nivel molecular, se encargan de aumentar el rendimiento de sustancias químicas neuronales, lo cual permite el transporte de información a través de las neuronas; a pesar de que no poseen carácter curativo, si detienen el deterioro y la muerte acelerada de las neuronas cerebrales⁷.

A pesar de la disponibilidad de tratamientos para pacientes con EA, la adherencia es un reto importante, especialmente en aquellos adultos mayores con un deterioro cognitivo muy avanzado que generalmente son polimedicados por otras patologías y dependen de cuidadores capacitados para su correcta administración, los cuales a su vez requieren intervenciones a nivel de atención primaria con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento⁸.

En la falta de adherencia al tratamiento se ven involucrados diversos factores, sin embargo, entre los más destacados está la disponibilidad limitada del apoyo médico, que sin un seguimiento cercano y educación a los cuidadores repercute en el resultado, provocando así en la mayoría de los casos un fracaso terapéutico con sus consecuencias en función del deterioro cognitivo acelerado, menor autonomía y menor calidad de vida, se observa también un efecto negativo en el curso de otras patologías ya presentes⁹.

De acuerdo con un estudio realizado por el Departamento de Farmacoeconomía de Pfizer, se dice que la falta de adherencia a los tratamientos a representan aproximadamente 2,5 millones de ingresos a servicios de urgencias y aproximadamente 125.000 fallecimientos en Estados Unidos, cifras muy altas de mortalidad¹¹.

En Costa Rica, el incumplimiento terapéutico es un problema significativo y poco enfatizado. Se estima que aproximadamente un 50% de los pacientes con patologías crónicas no cumplen a cabalidad con los tratamientos prescritos. Entre las patologías que más se presenta esta problemática según datos estadísticos se encuentran las enfermedades psiquiátricas en donde un 75% tienen este problema, seguidamente, de enfermedades

respiratorias como el asma en un 70% y, finalmente, las patologías cardio metabólicas en un 50%¹².

Estas cifras representan un desafío importante para el sistema de salud costarricense, en donde es crucial el abordaje mediante un enfoque multidisciplinario en donde involucre tanto los profesionales de la salud, así como los familiares y cuidadores. Para esto se destaca el rol que desempeña el profesional en farmacia esto por su posición y conocimiento tanto respecto al paciente, así como la detección de falta de adherencia con el fin de obtener resultados positivos en la terapia y con esto una mejor calidad de vida en el paciente¹².

1.5. Antecedentes

A continuación, se destacan publicaciones relevantes que se han realizado a través de los años, esto con el fin de destacar la importancia del desarrollo de nuevos estudios y estrategias encaminadas a la mejora en la adhesión terapéutica en una población susceptible a causa de las características de la enfermedad. Todo esto con el fin de conocer el contexto del objeto de estudio a nivel histórico, internacional y nacional.

1.5.1. Antecedentes Históricos

Según Dilla et al.¹³, en su artículo “Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora” publicado en España en 2008; pretende realizar una descripción de las principales consecuencias tanto a nivel clínico y económico que implica el incumplimiento terapéutico, así como sus principales agentes causales. Para esto, se realizó una búsqueda bibliográfica, en donde se cómo resultado se muestran algunas de las principales razones que se ven involucradas en el incumplimiento terapéutico en donde se muestran factores como la edad, entorno cultural y social del paciente, factores emocionales o bien la presencia de diferentes trastornos cognitivos como la EA¹³.

Como destaca la investigación, existen múltiples variables que pueden verse involucradas en la falta de adherencia; las mismas en ocasiones no son factores relevantes a considerar al momento de generar recomendaciones médicas respecto a un tratamiento, por lo cual se muestra la importancia de incluir todo este origen multifactorial con el fin de

brindar una actuación concreta y dirigida siempre en bienestar del paciente y del cuidador en caso de que este lo requiera.

Crespillo et al.¹⁴, en el artículo “Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa” publicado en 2013, pretende evaluar los conocimientos y percepciones acerca de la adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años los cuales son polimedicados que son dados de alta en el servicio de medicina interna.

Dicha investigación tiene un carácter cualitativo mediante la realización de grupos focales y entrevistas dirigidas a aquellos pacientes que tuvieran más de cuatro medicamentos como parte de su prescripción médica. Parte de los resultados obtenidos muestran que entre los principales causantes se encuentra el desconocimiento que tiene el paciente acerca de su tratamiento, teniendo así como consecuencia un abandono del mismo¹⁴.

De tal forma, con respecto a lo anterior se observa en el estudio realizado la necesidad de estrategias dirigidas a la educación de los personajes involucrados en el proceso de la enfermedad, con el fin de promover la adherencia terapéutica en los pacientes y con esto retrasar el progreso de patologías crónicas especialmente en adultos mayores.

Molinuevo et al.¹⁵, en el artículo “Evaluación de la información suministrada por el médico especialista sobre la enfermedad de Alzheimer y de la retención lograda por los cuidadores del enfermo” desarrollado en función de la EA, con el fin de contrastar la información proporcionada por los médicos y la percibida por los cuidadores con el fin de realizar una evaluación acerca de los factores asociados a las diferencias en cuanto a percepción se refiere.

Para el desarrollo de dicha investigación, se empleó un estudio observacional multicéntrico y nacional en donde se aplicaron cuestionarios en 679 pacientes con el fin de evaluar los factores asociados a la diferencia de percepción de la información recibida. En

cual se logra demostrar la percepción entre la relación médico-cuidador, se observa la necesidad de mejorar el proceso comunicativo con el fin de optimizar su calidad¹⁵.

Con base en esto, destaca la necesidad de una comunicación asertiva y una relación médico-cuidador con el fin de brindarle un seguimiento adecuado; ya que el cuidador en patologías degenerativas juega un papel importante en la adherencia al tratamiento en pacientes que tiene una dependencia, su influencia puede modificar la progresión de la enfermedad.

De acuerdo con Faus M¹⁶, en su artículo “Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social”, describe acerca de cómo el uso adecuado de los medicamentos gracias al apego de las prescripciones del médico puede mejorar la esperanza de vida de un paciente generalmente en patologías de curso crónico y para los cuales dentro de su terapia existe gran cantidad de fármacos; recalcando esto la importancia de la adherencia a los tratamientos.

En este, se destaca la problemática en cuanto al mal uso de los medicamentos se refiere, esto ya que a nivel mundial se registran a lo largo de los últimos años que a pesar de la gran disponibilidad en cuanto a tratamientos para las diversas patologías, prevalece una gran cantidad de fallos terapéuticos en donde se destacan diversos factores que pueden verse involucrados en esto; en donde como consecuencia de esto se obtiene un crecimiento en la mortalidad de los pacientes principalmente con patologías crónicas y degenerativas, en donde la falta de adherencia conlleva al progreso acelerado de la patología¹⁶.

En este el autor menciona la importancia de una atención farmacéutica integral de la mano con el paciente con el fin de tener una respuesta positiva en la farmacoterapia, el principal objetivo sería obtener el máximo beneficio de los medicamentos para disminuir la evolución de la enfermedad. Destaca la importancia de una intervención cercana del farmacéutico con el paciente por la notable necesidad de un acompañamiento en la terapia a través de la educación, el seguimiento y las herramientas necesarias adaptándolo a las necesidades individuales de cada paciente y especialmente su cuidador en el caso de la Enfermedad de Alzheimer.

1.5.2. Antecedentes Internacionales

En el presente apartado se muestra la recolección de información de diversas publicaciones científicas a nivel mundial en los últimos años donde incluyen la importancia de la adherencia a la terapia, así como algunos de los principales factores influyentes en la medicación de pacientes con Enfermedad de Alzheimer; dichas publicaciones fueron consultadas en diversas bases de datos como PubMed, Scielo, Elsevier, así como repositorios en línea; dichas publicaciones abarcan un periodo desde 2018 hasta 2023. A continuación, se muestra la información de mayor relevancia en la problemática planteada.

Ortega et al ⁹, en su artículo “Adherencia terapéutica: un problema de atención médica” publicado en México en el 2018, plantea el gran impacto que conlleva la falta de adherencia al tratamiento a nivel mundial como una de las principales causas de fracaso terapéutico con la consecuencia de que los pacientes no obtengan los beneficios necesarios, comportamiento que se observa principalmente en pacientes con patologías de curso crónico.

En dicho artículo de revisión bibliográfica, se expone que la falta de adherencia a la terapia es causada principalmente por cuatro factores de mayor relevancia, se trata de: factores socioeconómicos, los relacionados a los medicamentos prescritos, los que se encuentran relacionados a la enfermedad del paciente y finalmente los relacionados con el equipo sanitario⁹.

Con base en esto, se exponen los factores que influyen en la falta de adherencia terapéutica, destaca el factor relacionado al profesional de salud, debido al papel que desempeña en la educación referente al tratamiento y hábitos que debe adoptar el paciente, el seguimiento que le ofrezca al paciente y la comunicación que tenga con los familiares o cuidadores en caso de que este no presente una autonomía para comunicar la situación actual de salud, tal como ocurre en la EA; tal escenario muestra la necesidad de crear una estrategia que sea eficaz para ambas partes y permita ofrecer una mejor atención al paciente con el fin de disminuir la progresión de la patología.

De acuerdo con Llibre et al. ¹⁷, en su artículo público en 2022 en la Habana Cuba, titulado “Enfermedad de Alzheimer: actualización en su prevención, diagnóstico y

tratamiento”, tiene como principal objetivo realizar una evaluación acerca de los principales cambios en la epidemiología, diagnóstico y tratamiento con respecto a la EA.

Dicha investigación se basó en una revisión bibliográfica desde el año 2010 hasta el 2021, en fuentes de consulta de revistas científicas, los resultados arrojaron la importancia de una intervención oportuna por parte de los sistemas de salud en la detección de EA en personas mayores de 55 años, con el fin de promover estrategias de reducción de riesgos principalmente en aquellos pacientes con factores de riesgo de EA¹⁷.

De acuerdo con Contreras ¹⁸; en su trabajo final de graduación titulado “Adherencia terapéutica al tratamiento e interacciones farmacológicas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias” desarrollada en España, busca evaluar el grado de adherencia terapéutica a través de los cuidadores principales y del análisis de las principales interacciones farmacológicas que presenta el paciente con la influencia que produce en la adherencia.

En dicha investigación basada en una metodología observacional, descriptiva y transversal, se observó un alto porcentaje de pacientes con adecuada adherencia al tratamiento gracias a la influencia del cuidador, muestra una alta prevalencia de problemas relacionados a medicamentos y la necesidad de un manejo multidisciplinario para su reducción.¹⁸

Recalca el papel importante del cuidador y su influencia en la terapia del paciente, así como la necesidad de intervención del farmacéutico en la educación y seguimiento del tratamiento con el fin de obtener una mejor adherencia, este estudio aporta a la investigación la importancia de una atención integral por parte de este profesional en la EA con el fin de una mejor adherencia terapéutica.

Klassen et al.¹⁹, en su artículo publicado en Chile en el año 2018 titulado “Calidad de vida en demencia Alzheimer: un nuevo desafío”, tiene como principal objetivo mostrar la importancia de la inclusión de la calidad de vida del paciente y su influencia en el tratamiento de pacientes con Enfermedad de Alzheimer a nivel mundial.

A través de una revisión bibliográfica, dichos autores destacan la importancia de la calidad de vida que tiene el paciente con este tipo de demencia y su influencia sobre la terapéutica en función del manejo y seguimiento con el fin de disminuir la progresión de la patología, mediante la creación de programas o estrategias que permitan tener una herramienta de fácil acceso para el control y/o seguimiento de la terapia, considerando todos estos factores influyentes¹⁹.

Tal como lo exponen dichos autores, es de vital importancia considerar la calidad de vida del paciente como un elemento relevante para medir la adherencia a la terapia y de la influencia de este conforme avanza la enfermedad, considerando factores tanto directos como indirectos. Es por esto que contar con estrategias de apoyo que faciliten la relación paciente-profesional-cuidador con el fin de garantizar una mejor calidad de vida en el paciente y como parte de un apoyo dirigido hacia el cuidador esto por su influencia en el progreso de la enfermedad.

En el artículo publicado por Alvarado et al.²⁰; en su artículo “Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o Alzheimer: una revisión integrativa”. Publicado en Colombia en el 2019, busca identificar la evidencia científica que se encuentra relacionada con las necesidades de cuidado en pacientes con EA a nivel latinoamericano.

Dicha revisión integrativa de la evidencia científica a través de una metodología propuesta por Ganong, incluyó una búsqueda en las bases de datos de revistas científicas publicadas desde el 2012 hasta el 2019. En este se concluye el vacío existente acerca de las investigaciones enfocadas en pacientes con EA, en donde se muestra la importancia de conocer las necesidades de cuidado de los pacientes con demencia y el papel que juegan en la intervención del personal de salud para brindar una mediación adecuada con el fin de promover la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador²⁰.

Esta investigación muestra el papel importante que juega el cuidador en la terapia del paciente, ya que este mantiene contacto de primera línea en aquellos pacientes que han

perdido en gran mayoría su autonomía, el hecho de crear estrategias de apoyo dirigidas a ellos, puede generar un impacto en la calidad de vida en pacientes con EA.

Fernández et al.²¹, en 2023 en España, en su artículo “Prevalencia de la prescripción de fármacos en la enfermedad de Alzheimer y uso de terapia combinada” como principal enfoque tienen medir la prevalencia de prescripción de fármacos para la Enfermedad de Alzheimer en un área de gestión sanitaria y a partir de este analizar la utilidad que tiene la bi-terapia como potencial para su retiro.

Para esto, se realizó una metodología retrospectiva desarrollada por un servicio de farmacia que abarcó un porcentaje de pacientes con esta patología y analizó la utilidad de la bi-terapia con el fin de determinar su utilidad en pacientes con prescripción activa. La investigación arrojó resultados que mostraron que para aquellos pacientes que tenían prescritos uno o más fármacos indicados en esta patología sufrieron un deterioro cognitivo significativo a través del tiempo, sin embargo, los fármacos no fueron retirados por el médico²¹.

Dicho resultado podría darse a causa de una falta de seguimiento en las pautas de prescripción del medicamento y seguimiento del paciente en sí, debido a que el deterioro puede estar ligado a un factor de adherencia al tratamiento; en este aspecto influye la información que recibe el paciente acerca de los posibles efectos que causa el medicamento, un deterioro cognitivo que provoque dependencia de un cuidador y que este no tenga un conocimiento de los medicamentos prescritos, por lo cual se muestra la necesidad de planes o estrategias que se enfoquen en adherencia a la terapia.

Según Coma et al.⁸, en su artículo “Adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad de Alzheimer en estadios iniciales”, publicado en España en 2021 pretende en dicha investigación recolectar evidencia que respalde las intervenciones sobre pacientes con EA en estadios iniciales, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento en esta población.

En esta investigación se realizó una revisión bibliográfica mediante consulta de diversas bases de datos, esta investigación arrojó suficiente evidencia de la existencia de complicaciones en referencia a la adherencia al tratamiento ya sea por modificaciones en el

tratamiento y un seguimiento en donde se incluya educación e información adaptada con el fin de ofrecer intervenciones oportunas y adecuadas a la condición del paciente.⁸

Tal como lo concluyen las autoras, al existir por evidencia la progresión de la enfermedad y las limitaciones que presenta la enfermedad conforme a su evolución, dificulta una adecuada adherencia en el paciente y gracias a diversas herramientas se puede facilitar este proceso tanto para el cuidador como para el paciente.

Faus M¹⁶, en su artículo titulado “Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora” describe los principales factores que pueden influir en la adherencia de los tratamientos y aquellas intervenciones que pueden ser desarrolladas para su mejora, su propósito es identificar los esos factores que causan mayor influencia en el proceso de la adherencia en los tratamientos y las intervenciones que han sido desarrolladas para la mejora de esto.

Para esto se realizó una búsqueda de artículos de investigación con mayor relevancia los cuales han sido publicados sobre el tema principalmente en bases de datos tal como PubMed. De acuerdo con esta búsqueda se encontró que la adherencia terapéutica consiste en un comportamiento influenciado por diferentes factores y con base en esto se debe enfocar en el diseño de estrategias individualizadas a la condición de cada paciente¹⁰.

Tal como lo resalta la autora, la importancia de un seguimiento personalizado como parte de las estrategias diseñadas con base en diversos factores y de la influencia de estos en el estilo de vida del paciente, con el fin de ofrecer una atención más oportuna e integral en el paciente con EA.

Vicente et al.²², en el artículo “Adherencia al tratamiento en pacientes mayores a 65 años que experimentan reingresos tempranos” analizan la frecuencia con la que se da el incumplimiento terapéutico en pacientes que sufren reingresos hospitalarios tempranos, con el fin de identificar los factores que están asociados a este tema.

Para dicho análisis se utilizó una metodología tipo observacional descriptivo por un periodo de 3 meses en el año 2014, en donde la población fue de pacientes mayores de 65 años que reingresaron al hospital, se midieron diversas variables con el fin de medir el cumplimiento de la terapia en esta población. Se concluyó que entre los factores que más influyen resalta la polimedicación, la presencia de patologías crónicas y la dificultad en la administración de los medicamentos en pacientes mayores de 65 años ²².

Powell et al. ²³, en el artículo “Intervenciones para la autogestión de medicamentos para personas con demencia y deterioro cognitivo leve que viven en la comunidad y sus cuidadores familiares: una revisión sistemática”, publicado en 2022, exponen la realidad que viven los pacientes con EA por su deterioro cognitivo y como sus cuidadores enfrentan diversos retos en la gestión de los medicamentos.

Con el fin de conocer cuáles son aquellos principales desafíos, se realizó una búsqueda en bases de datos para la recolección de información hasta diciembre de 2021. Dicho análisis muestra una necesidad de ejecutar intervenciones y medidas para abordar al paciente con el fin de satisfacer las principales necesidades durante un deterioro cognitivo como ocurre en EA, evidenció que uno de los problemas más relevantes es la escasa educación que reciben acerca de lo que conlleva el tratamiento²³.

Las deficiencias cognitivas aumentan la complejidad en pacientes polimedicados, debido al amplio desafío que representa la gestión de la prescripción diaria, en cuanto a su relación con la presente investigación se destaca la importancia de enfatizar la brecha de comunicación existente y la importancia de la intervención del profesional en farmacia para abordar todo aquello relacionado al manejo de la terapia con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y de brindar estrategias para mejorar la adherencia terapéutica.

En 2021, Pastuña R²⁴, en su artículo “Calidad de vida de los cuidadores de personas con Enfermedad de Alzheimer: revisión integrativa” publicado en Ecuador, tiene como objetivo analizar la calidad de vida de los cuidadores de personas con la Enfermedad de Alzheimer y la repercusión que esta tiene en el progreso de la enfermedad.

Para realizar este análisis, se efectuó una revisión de tipo integrativa de literatura científica en diferentes bases de datos, se seleccionaron 7 artículos aplicando los criterios de inclusión y exclusión; dicha revisión mostró la influencia que tiene la calidad de vida de los cuidadores de personas con EA y de cómo este influye de forma negativa en la calidad de vida y el progreso de la enfermedad en este tipo de pacientes, todo esto derivado por diferentes factores tales como económicos, sociales y psicológicos ²⁴.

Dicho artículo expone la importancia de una comprensión integral de la calidad de vida de ambas partes en el proceso de la enfermedad y de la influencia de distintos factores, el autor destaca, según diversos estudios analizados, la desorientación. Dicha información destaca la necesidad de implementar acciones que minimicen la influencia del estilo de vida de los cuidadores en la evolución de la enfermedad; una adecuada educación, acompañamiento y herramientas pueden facilitar el manejo de la enfermedad.

Kim et al. ²⁵, publicaron un artículo en Corea en 2021 titulado “Impacto de un programa educativo para cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer sobre la interrupción y el cumplimiento del tratamiento en Corea”, realizaron una evaluación del impacto de un programa que se encuentra dirigido por enfermeras y enfocado para cuidadores de pacientes con EA que cuenten con Donepezilo como parte de su tratamiento habitual.

El diseño fue multicéntrico con una población de 185 participantes divididos en dos grupos para el estudio; el primero conformado por 93 participantes que recibían información y otro conformado por 92 participantes que no recibieron información; la misma fue brindada gracias a través de material informativo acerca de la Enfermedad, eficacia y efectos adversos que puede presentar el paciente durante el tratamiento con este fármaco. Con esto, se pretendía evaluar la tasa de interrupción del tratamiento en un periodo de un año. Los resultados arrojados muestran una diferencia casi insignificante en cuanto interrupción del tratamiento con Donapezilo, sin embargo, esto si influyó en el deterioro cognitivo de los pacientes con cuidadores pertenecientes al último grupo²⁵.

Como lo expresa el autor, la información que recibe el cuidador en pacientes con deterioro cognitivo provoca una influencia en el progreso de la enfermedad; en por esto que

en base a lo anterior se expone la necesidad de mostrar el vacío y la necesidad de acompañamiento e información brindada por parte de profesionales a familiares y cuidadores de pacientes con deterioro cognitivo, con el fin de obtener una mejor adherencia al tratamiento y así una disminución en la evolución de la EA.

El artículo “Enfermedad de Alzheimer, un abordaje multidisciplinar”, publicado en Zaragoza España en 2020, por los autores García et al.²⁶, tiene como principal objetivo realizar una revisión que dé a conocer el proceso y evolución que conlleva la EA y la importancia que tiene la intervención de profesionales en cuanto a diagnósticos e intervenciones oportunas.

Para dicha investigación se realizó una revisión bibliográfica en diversas bases de datos médicas, la información recolectada fue complementada con diagnósticos de NANDA, NIC Y NOC, los cuales son referentes a enfermería y permiten determinar cuál es el nivel asistencial que requiere el paciente con respecto a la evolución de la enfermedad. En este se determinó la necesidad de las diferentes opciones de asistencia al paciente considerando el avance de su patología, tomando en cuenta como eje fundamental el cuidador, por su papel en el cuidado del paciente en las diferentes etapas de la enfermedad y la necesidad de educación conforme a la complejidad de la etapa que esté atravesando el paciente²⁶.

Tal como lo indican los autores, el diagnóstico adecuado en EA tiene gran relevancia, ya que permite una atención adecuada e integral de acuerdo con las necesidades y el deterioro cognitivo que presenta el paciente y de la etapa en la que este se encuentre; presenta la necesidad de una intervención que brinde la educación, seguimiento y atención específica especializada de acuerdo con las características que presente el paciente, una educación respecto a la enfermedad, el tratamiento y aspectos relacionados a la evolución de la enfermedad con el fin de una mejorar en la calidad de vida del paciente, la adherencia al tratamiento juega un papel primordial principalmente en aquellos pacientes que ya no tienen autonomía y cuentan con un cuidador a cargo.

En el artículo “Eficacia de un programa de psico estimulación integral en pacientes con diagnósticos de enfermedad de Alzheimer” publicado por Burillo et al.²⁷, España 2020, se

buscó evaluar la eficacia de un programa enfocado en la psico estimulación como parte de una estrategia no farmacológica con el fin de una mejora en la calidad de vida de pacientes diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer con deterioro cognitivo leve-moderado.

Para este estudio cuali-cuantitativo se utilizaron ocho pacientes como muestra de estudio con EA en un nivel de deterioro cognitivo moderado. Como parte de los resultados arrojados en dicho estudio, demuestran que el tratamiento de la EA requiere un manejo integral en donde las recomendaciones no farmacológicas como parte de estrategias terapéuticas en donde la estimulación cognitiva tiene resultados positivos levemente significativos en la progresión de la enfermedad y la calidad de vida del paciente²⁷.

Según lo expuesto por los autores, el manejo de EA requiere un manejo integral y multidisciplinario, que incluya alternativas no farmacológicas que puedan generar un impacto positivo en la evolución de la enfermedad, estas recomendaciones en conjunto con otros profesionales de salud forman un eslabón importante que debe ser considerado en la educación y seguimiento que se le debe brindar tanto al paciente como a su cuidador.

1.5.3. Antecedentes Nacionales.

A continuación, se muestran cinco investigaciones relevantes realizadas en Costa Rica, identificadas mediante una búsqueda en bases de datos y repositorios universitarios a nivel nacional, existen relativamente pocas publicaciones desarrolladas actualmente, lo cual concluye que a pesar de ser una problemática frecuente a nivel nacional, se carece de estudios que den pie al desarrollo de estrategias actualizadas para impactar positivamente a los pacientes con EA, así como el sistema de salud costarricense.

El artículo publicado en 2017 por el Colegios de Enfermeras de Costa Rica,³ la Clínica de la Memoria y Gerontología buscó determinar para el año 2015, la edad de prevalencia en casos diagnosticados en la clínica y el número de casos que se registran a nivel de país, mediante un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal a través de registros estandarizados de los casos de demencia que habían sido diagnosticados en la clínica. Los datos arrojaron que la EA es de las demencias más comunes, donde la edad promedio es de

79 años, que hay un incremento considerable de casos a nivel nacional y se espera que en el 2050 esta cifra aumente exponencialmente.³

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, la EA no tiene cura y se observa la necesidad de una atención integrada de diversos profesionales de salud a través de estrategias que apoyen a disminuir el progreso e incremento de esta patología, principalmente en aquellos pacientes que tienen factores predisponentes, una terapia oportuna puede retrasar el progreso de la enfermedad, confiriéndole al paciente una mejor calidad de vida y a largo plazo la de sus cuidadores y familiares.

Fornaguera et al.²⁸, en su artículo “Enfermedad de Alzheimer en Costa Rica. Una realidad poco estudiada”, destaca el aumento de la población adulta mayor en Costa Rica, lo que provoca un aumento en la prevalencia de diversas patologías, especialmente cognitivas como la EA.

Para dicha investigación se realizó búsqueda literaria en bases de datos internacionales, así como bibliotecas nacionales. Este estudio finalmente atribuye una mayor información certera la cual permite tener un panorama claro y real de la cantidad de estudios de investigación que se han realizado a nivel nacional, en la población costarricense, respecto a la enfermedad de Alzheimer²⁸.

A pesar de que la Enfermedad de Alzheimer en los últimos años ha sido de gran auge por su incidencia a nivel mundial, en de país se carece de información suficiente, lo cual dificulta los procesos de atención adecuada y educación oportuna, así como herramientas que permitan ofrecer un mejor seguimiento de esta enfermedad y estrategias implementadas por parte de profesionales de la salud implicados en el seguimiento de la patología.

Román et al.²⁸, en su artículo publicado en 2019 titulado “Estudio de prevalencia de demencias en adultos mayores de la comunidad de Santo Domingo de Heredia, Costa Rica” tienen como principal objetivo determinar la prevalencia de demencias principalmente de la EA en el cantón Herediano.

Se desarrolló a través de un estudio descriptivo acerca de las prevalencias en adultos mayores de 65 años, como muestra se utilizaron 101 adultos mediante estrategia diseñada para el estudio denominada “tocando puertas” que se ejecutó principalmente en residencias donde había presencia de adultos mayores y en donde a través de una entrevista se recopiló información acerca de frecuencia de factores asociadas a demencia ²⁹.

Gracias a los resultados de dicha investigación se observaron resultados similares a las reportadas a nivel mundial, en donde se muestra la necesidad de la creación de estrategias dirigidas a la reducción de factores predisponentes de la EA, así como mayor intervención de los profesionales en salud.

De acuerdo con Sanabria et al.³⁰, en su artículo “Estrategias terapéuticas en la enfermedad de Alzheimer” publicado en 2016, pretende mostrar las principales teorías relacionadas a la EA enfocándose principalmente en la terapia indicada en esta patología.

Para esto se realizó una revisión bibliográfica con el fin de reunir la mayor información referente al campo terapéutico de esta patología, tanto actual como los que se están desarrollando. Concluyen que, a pesar del desarrollo de nuevas alternativas referente a esta patología, la disponibilidad es escasa, por lo que no conlleva a resultados favorecedores en general para la EA³⁰.

En dicho estudio, el autor destaca que a pesar de la disponibilidad de gama de alternativas terapéuticas para esta enfermedad, no se han considerado de manera más profunda aquellas alternativas no farmacológicas como el desarrollo de herramientas o estrategias que conlleven a una mejor adherencia al tratamiento lo cual puede generar un impacto significativo en el progreso de la patología así como en la de los personajes involucrados, como lo son los familiares y cuidadores del paciente.

Cruz A ³¹, en su artículo “Centro de integración para personas con deterioro cognitivo: “nueva opción en el Hospital Nacional Psiquiátrico” publicado en 2018, describe la ejecución

de un plan piloto implementado en una pequeña población de adultos mayores que contaban con diversos tipos de demencia, entre ellos el Alzheimer; el principal objetivo de estos es la creación de un Centro Integral para personas con deterioro cognitivo enfocado en la promoción de diversas estrategias dirigidas a una mejora en la calidad de vida.

Para ejecutar dicho plan se busca incorporar diversas actividades tanto tecnológicas como de trabajo transdisciplinar en beneficio de los familiares y pacientes; el principal objetivo es una promoción psicomotora entre sus medidas no farmacológicas que de forma indirecta puede causar una repercusión positiva en la adherencia del tratamiento en estos tipos de paciente por la intervención de diez profesionales, entre ellos farmacéuticos ³¹.

Como lo menciona el autor, se destaca la importancia de un seguimiento cercano con el cuidador y los familiares de los pacientes, gracias a la intervención de diversos profesionales de la salud se da un impacto en el tratamiento apoyándose en el hecho de la gran influencia que representa en la farmacoterapia y su respuesta.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Aspectos generales demencias.

A continuación, en el presente apartado, se detallará acerca de los principales conceptos de mayor relevancia que se ven involucrados a lo largo de la investigación relacionados con la Enfermedad de Alzheimer con el fin de comprender más a detalle dicha patología; para esto se consultaron diversas fuentes bibliográficas tomadas de bases de datos y revistas científicas.

2.1.1. Demencia

La Demencia puede ser definida como la pérdida crónica de dos o más habilidades cognitivas a causa de una lesión a nivel cerebral el cual provoca la pérdida de estas capacidades afectando la calidad de vida del paciente. El paciente se ve afectado no solo a nivel de memoria, también hay afectación a nivel del lenguaje, función ejecutiva y capacidad visuoespacial³².

La demencia consiste en un síndrome clínico adquirido el cual presenta una etiología muy diversa en donde su principal afectación es a nivel cognitivo, principalmente a nivel mental lo que conlleva a cambios en la conducta del paciente y en la ejecución de actividades diarias sin un acompañamiento; todo esto tiene una repercusión en el campo social, habitual, laboral y familiar del paciente. Su evolución es progresiva y crónica, en donde finalmente el paciente requiere de un acompañamiento esto por su dependencia completa a causa de pérdida de autonomía para la ejecución de actividades. Además de esto se incrementa el riesgo de sufrir otras comorbilidades ya sea por fármacos utilizados o bien por problemas que se van desarrollando a lo largo de la evolución de la enfermedad ³².

2.1.2. Epidemiología de la demencia

La epidemiología tiene como principal objetivo describir y explicar la dinámica de la prevalencia de una patología, identifica los elementos que la componen, las fuerzas que la gobiernan; para así comprenderlas, prevenirlas o bien controlar la patología y con esto intervenir en el desarrollo de estas y así modificarlas³³.

En cuanto a la Demencia, es frecuente que se presente a partir de los 65 años; en 2015 de acuerdo con estudios realizados se estimaba que alrededor de 47 millones de personas tenían demencia a nivel mundial y que para el año 2050 se proyectan aproximadamente 130 millones de personas. Entre los diferentes tipos de demencia entre las más comunes se encuentra la Enfermedad de Alzheimer, seguido de la demencia vascular ³⁴.

En un estudio realizado en Girona, España, durante el periodo comprendido entre los años 2007-2017 se reportaron 7.537 casos de demencias diagnosticados en donde alrededor del 76% de estos eran demencias tales como la EA y demencia vascular. A nivel latinoamericano, en un estudio poblacional realizado en países como Brasil, Chile, Cuba y Venezuela entre el 1997 y 2007 se muestra una prevalencia de 7,1% en pacientes mayores a 65 años y se estima que esta cifra ha aumentado considerablemente. Los estudios acerca de la incidencia de la demencia y la EA coinciden en que la recurrencia de la patología aumenta con la edad y que muestra un patrón exponencial a partir de los 65 años ³⁴.

La Demencia tiene características epidemiológicas y se compone de varios aspectos que pueden dificultar el diagnóstico; las manifestaciones clínicas son de origen insidioso y en algunos casos no se presentan hasta 8-10 años después de que se diagnosticaron. Es por esto que un paciente en ocasiones requiere entre 4 o 5 años para que sea diagnosticada ³⁵.

2.1.2. Tipos de demencias

Existen diferentes tipos enfermedades neurológicas que afectan el pensamiento, la memoria y las actividades diarias como consecuencia de su deterioro cognitivo y cambios a nivel psicológico. A continuación, en la tabla 1 se detallan los tipos más comunes de demencias de acuerdo a su clasificación etiológica.

Tabla 1. Clasificación etiológica de las demencias con mayor relevancia.

1. Demencias degenerativas primarias	
Causas	Son producidas por afectación de las células a nivel cerebral, no tienen una causa conocida actualmente ya que intervienen diversos factores tanto a nivel genético como ambiental.

Demencias	<p>1.1.Enfermedad de Alzheimer: Es la más prevalente a nivel mundial.</p> <p>1.2.Demencia por cuerpos de Lewy: la segunda forma más frecuente</p> <p>1.3.Demencia frontotemporal: Su afectación es a nivel de los lóbulos temporales y frontales del cerebro.</p> <p>1.4.Enfermedad de Huntington: es de origen hereditario y provoca un desgaste células nerviosas en algunas regiones cerebrales.</p>
2. Demencias secundarias	
Causas	Pueden estar causadas por diversos factores patológicos, causan principalmente una alteración a nivel vascular cerebral.
Demencias	2.1.Demencia vascular: es a raíz de diferentes afecciones tal como un accidente cerebrovascular lo cual causa una interrupción del flujo sanguíneo en el cerebro.
3. Demencias mixtas	
Causas	Su origen es por la combinación de dos o más enfermedades neurodegenerativas
Demencias	3.1.Enfermedad de Alzheimer con Enfermedad cerebrovascular

Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia³⁶.

2.1.3. Características diferenciales entre demencias.

A pesar de que las demencias producen una afectación a nivel cerebral, existen características diferenciales entre ellas que son de importancia al momento de su diagnóstico.

Tabla 2. Características diferenciales de las demencias

Demencia	Cambios a nivel cerebral	Incidencia de casos	Síntomas
Enfermedad de Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> • Acumulación de proteína beta amiloide y tau. • Inflamación y atrofia de tejido cerebral. 	60-80%	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de memoria. • Apatía. • Confusión. • Pérdida de autonomía.
Demencia por cuerpos de Lewy	Formación de grupos anormales de la proteína alfa-sinucleína en las neuronas de la corteza cerebral.	5%	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño • Alteraciones visuales • Problemas motores similares al Parkinson.
Demencia frontotemporal	Muerte celular a nivel de lóbulos frontales y temporal, por lo que se produce atrofia de los mismos provocando un ablandamiento de las capas superiores de la corteza.	3%	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios marcados en la personalidad • Se preserva la memoria en las primeras etapas • Dificultad en el lenguaje
Demencia vascular	Daño en vasos sanguíneos a nivel cerebral por falta de oxigenación y nutrientes.	5-10%	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha lenta • Dificultad en función motora <p>Equilibrio deficiente</p>

<p style="text-align: center;">Demencia mixta</p>	<p>El paciente presenta características derivadas de 2 o más demencias.</p>	<p style="text-align: center;">50%</p>	<p>Los síntomas dependen de los tipos de demencia que presente la persona</p>
--	---	--	---

Fuente: Elaboración propia con base a las referencias ^{2,37,38}

2.2. Enfermedad de Alzheimer.

La Enfermedad de Alzheimer consiste en una alteración neurodegenerativa y es la principal causa de demencia en la población de tercera edad; esta demencia se caracteriza por un deterioro progresivo y lento de las funciones cognitivas lo que conlleva a la pérdida de memoria y cambios en la personalidad de forma que como consecuencia de esto se tiene la pérdida de la ejecución de actividades diarias de manera autónoma³⁹.

Esta enfermedad se distingue patológicamente por la pérdida de la capacidad neuronal de sinapsis, esto se debe por la presencia de placas seniles extracelulares y agregados neurofibrilares, así como una proliferación y activación de células del sistema inmunológico del cerebro en ciertas regiones de este, provocando una apoptosis celular lo que conlleva la pérdida de ciertas capacidades cognitivas a lo largo del progreso de la enfermedad³⁹.

Si bien es cierto la patogenia a ciencia cierta de la EA no se conoce, de acuerdo con diversos estudios se ha determinado que la población en donde prevalece esta patología es la adulta mayor y como consecuencia del incremento de la misma a nivel mundial se ha mostrado un aumento de las cifras de EA en los últimos años por lo que se ha observado un aumento exponencial a través del tiempo, de acuerdo con proyecciones hechas por investigadores las mismas irán en aumento con el paso del tiempo⁴⁰.

La Enfermedad de Alzheimer fue descrita por primera vez en 1907 por Aloysius “Alöis” Alzheimer, este describió detalladamente la sintomatología de una mujer de 51 años la cual permanecía bajo su cuidado en un asilo en la ciudad de Frankfurt, Alemania. Alöis relata la sintomatología característica de la Enfermedad de Alzheimer, el cual indica que la paciente de forma casi inmediata olvida palabras y se le dificulta la articulación y comprensión de

oraciones. Posteriormente años después, Edgar Miller realizó estudios en donde demostró una particularidad de la EA el cual afirma que la información adquirida no logra alcanzar la memoria a largo plazo a causa de la pérdida rápida del material de almacenamiento a corto plazo lo cual imposibilita la transferencia de información entre un material y otro; esto respalda el comportamiento de la paciente alemana. De esta forma estos hallazgos marcaron precedente para el estudio de la disfunción de la memoria en la EA, aunque en la actualidad no se ha descubierto un mecanismo fisiológico en concreto⁴¹.

2.2.1. Etiología y factores de riesgo

La etiología de la EA actualmente es desconocida, como otras patologías de curso crónico esta es de origen multifactorial, es decir que su origen no puede ser atribuido a una causa en concreto si no que existen múltiples factores que se ven involucrados ⁴².

Algunos investigadores coinciden con que la EA se produce a partir de una combinación de susceptibilidad de factores genéticos combinado con otros factores. En cuanto al origen genético entre los principales genes de susceptibilidad son la presenilina 1 (PSEN1), presenilina 2 (PSEN2) y la proteína precursora amiloide (APP). En donde las mutaciones en estos genes alteran el metabolismo de APP, provocando así una mayor producción de una forma tóxica del péptido amiloide. Este es uno de los principales genes involucrados en la aparición temprana de la EA, es decir menos de 65 años; mientras que una mutación en el gen APOE principalmente en el alelo ε4 en su forma homocigota se encuentra relacionado con el riesgo de la EA tardío ⁴³.

Por otra parte, existen otros factores tal como los ambientales, entre los de mayor relevancia se encuentran:

Tabla 3. Factores de riesgo involucrados en la aparición de la EA.

Factores de riesgo	Relación con EA
Envejecimiento	Es el principal factor de riesgo, se duplica con la edad a partir de los 65 años, por una asociación

	entre las diferentes comorbilidades y la disfunción cognitiva que aparecen con la edad.
Tabaquismo y alcoholismo	La exposición al humo puede causar un deterioro en la memoria y el alcohol en exceso causa daño a nivel neuronal.
Diabetes Mellitus tipo 2	Mayor deterioro cognitivo, en algunos pacientes se encuentra acumulación de proteína b-amiloide y densidad en placas neuríticas por la resistencia a insulina.
Síndrome metabólico	Aumento en el depósito de A β amiloidogénico así como la hiperfosforilación y agregación de tau; las dos lesiones anatomopatológicas características de la EA.
Sexo	Se observa prevalencia en mujeres esto por una capacidad protectora de los estrógenos lo cual influye en enzimas colinérgicas.
Enfermedades y lesiones traumáticas cerebrovasculares	Personas portadoras del alelo $\epsilon 4$ de la apolipoproteína E presentan una menor respuesta después de un trauma craneal, y un mayor riesgo de demencia tras los traumatismos crónicos tal como en boxeadores.

Fuente: Elaboración propia con base de la referencia ⁴³

2.2.2. Epidemiología

A nivel mundial, las demencias no solo son una enfermedad prevalente, si no que a nivel económico representan un grave problema sociosanitario, en donde representa la cuarta causa de pérdida de años como consecuencia de una discapacidad. Para esto se estima que las cifras actuales se van a cuadruplicar en los próximos 30 años ⁴⁴.

La incidencia de la Enfermedad de Alzheimer se incrementa de manera exponencial a partir de los 65 años de edad, en esta población se reportan aproximadamente 1.5 casos por

cada 1000 personas al año y en personas de 92 años se reporta alrededor de 69,2 casos por cada 1000; es decir, un crecimiento acelerado conforme aumenta la edad ⁴⁴.

En cuanto a incidencia de casos se refiere, en 2023 en Estados Unidos de acuerdo con estimaciones tomadas del estudio CHAP y la oficina de consenso de EEUU indican que para el 2011 aproximadamente 910.000 personas con 65 años o más fueron diagnosticadas con la EA, en donde se muestra que el promedio de edades fue de 65-74 años, su incidencia fue de 0,4% , en personas con edades entre 75-84 años la incidencia de casos fue de un 3,2% y finalmente en personas con edades mayores a 85 años fue de 7,6%; estos resultados respaldan las hipótesis de muchos investigadores en donde se observa el papel que juega la edad en la aparición en la EA; es por esto que, con base en estos datos, se espera que estas cifras aumenten de 5,8 millones a 13,8 millones en las próximas décadas².

En los últimos años, se evidenció el aumento de la prevalencia de la EA en donde en investigaciones realizadas en las últimas décadas en Japón y China se muestra principalmente una prevalencia de 1,7% mayor con respecto a los hombres y la tasa de mortalidad también en esta población fue alta. El número de muertes por la EA entre los años aumentó un 146,2% convirtiéndose en la quinta causa de muerte⁴⁵.

A causa de la poca investigación epidemiológica a nivel centroamericano de la Enfermedad de Alzheimer; en Costa Rica entre los años 2007 y 2017 se realizó un estudio en la clínica de Memoria del Hospital Nacional y Gerontología en donde se obtuvieron registros de un 42% de los pacientes, quienes padecen de esta patología; cifra que probablemente ha aumentado en los últimos años a causa de la cantidad de población adulta mayor presente en el país ⁴⁶.

2.2.3. Fisiopatología

En la actualidad, la patogenia de la EA no ha sido establecida; sin embargo, se consideran diversas teorías para explicar la evolución de esta enfermedad tales como los cambios a nivel vascular, la degeneración de sistemas neurotransmisores así como la

vulnerabilidad celular de ciertas neuronas; es por esto que es conocida como un trastorno neurodegenerativo el cual compromete las capacidades cerebrales ⁴⁷.

A pesar de las múltiples teorías, se tiene claro que la EA es una proteopatía es decir; uno de sus orígenes es a causa de las anomalías en el plegamiento de proteínas, sin embargo, su causa no se conoce con seguridad, pero si se tiene claro que la enfermedad se encuentra asociada con un daño de las placas seniles y ovillos neurofibrilares a nivel cerebral ⁴⁷.

En cuanto a las placas de proteína beta amiloide ($A\beta$), gracias a su plegado anormal se produce una acumulación en el cerebro, esta proteína se encuentra formada por péptidos pequeños de cadenas de 39-43 cadenas aminoácidos, de tal manera que son fragmentos de una proteína llamada proteína precursora de amiloide (APP), la cual consiste en una proteína de transmembrana que penetra a nivel neuronal, de forma que es importante en el crecimiento, supervivencia y reparación de las neuronas. En su forma “dañina” estas pueden causar un bloqueo de la señalización entre las células causando así una interrupción en el proceso de sinapsis ⁴⁷.

En consecuencia, a nivel histológico en la parénquima cerebral de los pacientes con EA se observan depósitos de beta-amiloide en las paredes de los vasos sanguíneos los cuales se encuentran ligados a las placas seniles ⁴⁷.

En resumen, la EA comienza a partir de la destrucción de la proteína precursora amiloide (APP), produciendo de esta forma el depósito y la producción de la sustancia β -amiloide ($A\beta$) en las placas seniles desencadenando la pérdida de sinapsis y finalmente la muerte neuronal en áreas como el hipocampo, la corteza cerebral, cuerpo estriado y la corteza entorrinal la cual es la área del cerebro en donde se desarrolla la memoria; dichas áreas son responsables de la ejecución de funciones cognitivas⁴⁸.

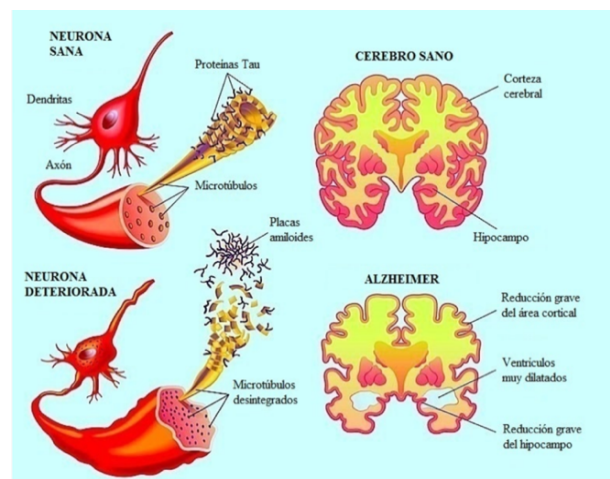
Las células a nivel cerebral dependen de un sistema de soporte interno y externo de transporte de nutrientes y otras moléculas esenciales para el funcionamiento y supervivencia de la neurona, este sistema está formado por microtúbulos y por una proteína que se encuentra

unida a estos la cual es conocida como TAU, los cuales forman unos canales que son los ovillos neurofibrilares, estos se forman dentro de las células cerebrales provocando un colapso en el sistema de transporte provocando un daño y destrucción de las células, a causa del impedimento de la eliminación de desechos como la célula beta amiloide ⁴⁸.

Se tiene evidencia que la presencia de las proteínas beta amiloide y las TAU provocan una respuesta inflamatoria activando así células del sistema inmunológico del cerebro llamadas microglía, estas desencadenan una inflamación provocando una destrucción de células, esto por su “incapacidad” de desechar esas sustancias toxicas, provocando una inflamación crónica y consigo una atrofia gracias a la pérdida celular; de forma que se compromete la función cerebral de metabolizar glucosa, uno de sus principales combustibles².

A nivel fisiológico, los pacientes con EA presentan una degeneración colinérgica lo que conlleva una disminución de estos biomarcadores de manera que provoca una reducción de la actividad de sustancias como la colina acetiltransferasa y la acetilcolinesterasa a nivel de la corteza cerebral; desencadenando cambios estructurales como la alteración que se produce en los pliegues neurofibrilares y el metabolismo amiloide, como sucede en el caso de la proteína amiloide ⁴⁷.

Figura 1. Comparación de procesos celulares en paciente sano con respecto paciente con EA



Fuente: imagen tomada de la referencia⁴⁸

2.2.4. Síntomas y manifestaciones clínicas

En la enfermedad de Alzheimer en temas de sintomatología y manifestaciones clínicas son variadas esto porque no solo se observa afectación a nivel cognitivo, sino también el paciente sufre alteraciones a nivel psicológico y conductual. Estos síntomas varían por lo que no generalmente no se presenta en todos los enfermos, alrededor de un 80% de los pacientes sufren de estos y en algunos casos se comienzan a manifestar años después del diagnóstico; además de esto los síntomas aumentan en el curso de la enfermedad y se distinguen porque son oscilantes y diversos ⁴⁹.

Los síntomas más característicos que se presentan con mayor frecuencia en la EA están relacionados con alteraciones a nivel del lenguaje, así como a través de la evolución de la enfermedad el paciente comienza a presentar una desorientación más notable. De igual forma, se le dificulta juzgar o crear pensamientos un poco más elaborados lo que conlleva en ocasiones a cambios en su personalidad y estado de ánimo, causando así alteraciones psicológicas, como consecuencia de la imposibilidad de realizar actividades diarias que anteriormente se le facilitaban. Esta sintomatología empeora con la evolución de la enfermedad⁵⁰.

Como es característico de la patología, en sus etapas iniciales las lesiones a nivel cerebral son microscópicas por lo que esta sintomatología puede tardar años en presentar una manifestación alguna, por lo que dificulta un diagnóstico en estadios tempranos de la enfermedad; finalmente esto se traduce en un daño cerebral progresivo a lo largo de los años denotando de esta forma un deterioro más pronunciado en el paciente⁵⁰.

En cuanto a sintomatología se refiere, los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) forman un grupo de reacciones psicológicas, psiquiátricas y una serie de comportamientos a causa de la demencia en el paciente. Entre la sintomatología más común se encuentra apatía, euforia, irritabilidad, así como conductas aberrantes. Como aspecto relevante es que las SPCD se asocian con índices mayores de mortalidad, institucionalización lo que conlleva a una mayor carga a los cuidadores; todo esto desencadena un mayor uso de

recursos sanitarios y farmacológicos. Estos síntomas se presentan con frecuencia en pacientes diagnosticados con EA principalmente en las fases donde presenta un deterioro cognitivo leve (DCL) ⁵¹.

Con respecto a las manifestaciones clínicas que se presentan en la EA, se puede demarcar en dos fases separadas para una mejor comprensión; estas son la fase pre demencial y la fase demencial, en donde inician a denotarse de forma significativa manifestaciones neurológicas más marcadas en el paciente, esto se detalla en la tabla 4.

Tabla 4. Manifestaciones clínicas en fase pre demencial de EA

Función	Alteración
Conductual	Trastornos de la personalidad, alteración en estado de ánimo, apatía, ansiedad y depresión.
Memoria	Alteraciones en memoria, el paciente olvida cosas frecuentemente relacionadas a la vida cotidiana y su entorno.
Neurológico	No presenta en esta fase.
Funcional	Incapacidad de realizar actividades diarias, hobbies y mayor dificultad para realizar actividades de la vida cotidiana.
Cognitiva	No se presentan en esta fase, sin embargo se presentan alteraciones espaciales y en el lenguaje.

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia⁵⁰

Tal como se detalla anteriormente, se observa que esta fase es particular porque el paciente no presenta manifestaciones clínicas a nivel neurológico; sin embargo, pueden iniciar en la fase demencial tal como se observa en la tabla 5.

Tabla 5. Manifestaciones clínicas en fase demencial de EA

Función	Alteración
Neurológico	<ul style="list-style-type: none">• Alteraciones en movimiento (paratonía o parestesia).• Signos extrapiramidales (rigidez, y temblores).• Mioclonía y crisis epilépticas.
No cognitivas	Psicosis, alucinaciones, crisis de ansiedad, alteraciones en sueño, a nivel sexual y pérdida de control de los esfínteres.
Cognitivas	Alteraciones a nivel de memoria, trastornos de lenguaje tanto a nivel oral como escrito y alteraciones conductuales como cambios de personalidad.

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia ⁵⁰

A diferencia de la fase pre demencial, en esta si se observan manifestaciones clínicas a nivel neurológico en el paciente, así como exacerbación a nivel cognitivo, causando una alteración de la calidad de vida del paciente, esto por su afectación en actividades de vida diaria.

2.2.5. Criterios de diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer

A través de los años los avances en el campo de la medicina ha evolucionado, principalmente en cuanto a diagnóstico de patologías que tienen gran prevalencia a nivel mundial, tal como lo es en el caso de la Enfermedad de Alzheimer, en donde su incremento en los últimos años ha llevado a ampliar el conocimiento de la patología por lo que se ha reconceptualizado más allá de una demencia; a pesar de las similitudes con otras demencias se han hecho variedad de estudios con el propósito de conocer con certeza el origen de causa y la variabilidad de características que existe entre un individuo y otro ⁵².

Los criterios de diagnósticos en este tipo de patologías son herramientas de gran utilidad, ya que representan un significado que engloba la etiología y fisiopatología de la enfermedad como tal, lo cual de cierta forma permite una mejor comprensión en un momento determinado. En cuanto a la EA, estos criterios han sido sometidos a través de los años a múltiples revisiones adaptándolos a las actualizaciones y conocimientos adquiridos de la enfermedad con el fin de tener una mejor comprensión de la patología ⁵².

A continuación, se detallan los principales criterios utilizados para el diagnóstico de EA.

2.2.5.1. Criterios de Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, Comunicativos, Accidentes Cerebrovasculares / Asociación de Alzheimer y Trastornos relacionados (NINCDS-ADRDA)

Forman parte de los más utilizados en investigaciones referentes a demencia con el fin de ampliar los conocimientos acerca de la fisiopatología de EA. En este se abarcan criterios tales como:

- Pacientes con déficits cognitivos y compromiso funcional grave.
- Diagnóstico de examen post mortem en paciente fallecido
- Diagnóstico de paciente vivo con exclusión de otras posibles causas de demencia no relacionadas a EA.

Cabe recalcar que son utilizados mayoritariamente para fines investigativos, los cuales suman conocimiento para el diagnóstico adecuado de la patología, sin embargo no son tan utilizados clínicamente para la detección de la EA.

2.5.5.2. Criterios del Grupo de Trabajo Internacional (IWG-2)

Definen a esta enfermedad como un entidad clínica- biológica. En esta los pacientes que no presentan anomalías cognitivas pero que presentan biomarcadores positivos son identificados como pacientes con EA o bien en un estado latente de la misma. Para lo cual se identifican manifestaciones típicas y atípicas que se muestran en la EA, tal como la atrofia cortical posterior, la variante frontal y la forma logopénica de la demencia ⁵².

2.5.5.3. Criterios del Instituto Nacional de Envejecimiento de los Estados Unidos y la Asociación de Alzheimer (NIA-AA)

Se caracterizan por resaltar los principales cambios patológicos que producen las manifestaciones clínicas; para esto definen 3 estados principales de la enfermedad de forma que se pretende tener una homogeneidad de los individuos que vayan ser sometidos a estudio, estas etapas son:

- Etapa asintomática (EA preclínica)
- Etapa prodrómica (DCL relacionado con EA)
- EA definida ⁵².

Los criterios de NIA-AA se enfocan en otros tres criterios principales para lo cual se toma en consideración las mutaciones genéticas que se observan en la patología, el diagnóstico de deterioro cognitivo y la diferenciación de la EA con respecto a otros tipos de demencia.

Sin embargo, estas pautas comparten algunas similitudes con los utilizados en IWG; para una mejor comprensión de estos en la tabla 6 se detalla una comparación con respecto a los criterios utilizados por IWG-2 con respecto a los NIA-AA ⁵².

Tabla 6. Comparación de los criterios diagnósticos IGW-2 y NIA-AA.

IGW-2	NIA-AA
<ul style="list-style-type: none">• Paciente asintomático en riesgo.• En fase prodrómica de EA• Considera solo a la etapa sintomática para referirlo como EA• Requiere deterioro objetivo de la memoria.• Presencia de anomalías en biomarcadores.	<ul style="list-style-type: none">• Paciente en fase pre clínica.• DCL a causa de EA.• Considerado como un proceso biológico ya sea en un paciente asintomático o sintomático.• Requiere un nivel de deterioro medible.• Presencia de anomalías en biomarcadores.

2.2.6. Diagnóstico diferencial

En cuanto al diagnóstico en la EA, en etapas iniciales es posible realizarlo a través del uso de biomarcadores los cuales son detectados por medio del progreso de la enfermedad. En cuanto a los estadios iniciales pueden ser encontrados en acúmulos de amiloide a nivel cerebral para posteriormente manifestar biomarcadores de disfunción sináptica; es decir de daño funcional lo que conlleva finalmente la aparición de biomarcadores de pérdida neuronal; de forma que en esta etapa ya hay daño a nivel estructural lo que significa el inicio de la atrofia cerebral ⁵³.

Esta etapa final de daño se da a nivel del lóbulo temporal medial y en la corteza paralímbica y temporoparietal, el daño es valorado a través de una resonancia magnética estructural el cual cumple la función de biomarcador de pérdida neuronal. Asimismo, lo es la presencia de la proteína tau en el LCR denotando el daño neuronal, sin embargo, no es específico para el diagnóstico de EA. Aun así, existen una serie de pruebas las cuales son funcionales para esto, tales como:

- **Pruebas de laboratorio:** se determina los niveles de concentración de la proteína beta-amiloide y de la proteína tau en su forma hiperfosforilada, esto porque son marcadores sensibles y específicos de la EA en cualquier etapa ⁵³.
- **Neuroimagen estructural:** a través de esta se observa un patrón de atrofia en el hipocampo y circunvolución parahipocampal lo cual es particular de la enfermedad, sin embargo, no es tan específico como las de laboratorio ⁵³.
- **Neuroimagen funcional:** su propósito es la medición del metabolismo cerebral por medio de PET de glucosa (FDG-PET), esto porque característicamente en la EA se produce un patrón en algunas regiones de lóbulo parietal y la corteza frontal; esta prueba es de gran valor en pacientes con DCL ⁵³.
- **Neuroimagen molecular:** Son utilizados como isótopos radio ligandos los cuales se unen a las proteínas por lo que producen cargas a nivel de proteínas cerebrales de forma que permite observar in vivo si el paciente presenta depósitos de las proteínas beta amiloide y tau en la EA ⁵³.

2.2.7. Etapas de Enfermedad de Alzheimer.

La progresión de la Enfermedad de Alzheimer en la persona afectada en sus etapas iniciales resulta desapercibido, la percepción se comienzan a manifestar hasta que los cambios a nivel cerebral inician a provocar problemas a nivel de memoria, en donde el su progreso resulta en la perdida de la capacidad cognitiva; sin embargo la evolución de la enfermedad se da a lo largo de varias etapas en donde el paciente se encuentra en diferentes estadios por lo que sus manifestaciones son diferentes; cabe recalcar que los síntomas presentan una mayor complejidad conforme evoluciona la enfermedad ⁵⁴.

A continuación, se describen las etapas de la progresión de la enfermedad de Alzheimer:

2.2.7.1.Fase Preclínica.

Esta etapa es definida como un periodo de curso asintomático en donde los pacientes aparentemente sanos van a manifestar síntomas referentes a la enfermedad, aquí el paciente puede presentar síntomas hasta 20 años después de la presencia de los biomarcadores, la misma puede ser descrita en dos fases con características particulares para cada una en la tabla 7.

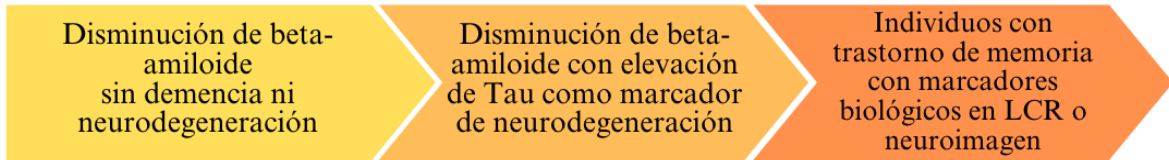
Tabla 7. Fases de la etapa Preclínica de la EA.

Fase preclínica presintomática	Fase preclínica asintomática
A esta fase corresponden pacientes los cuales cuentan con un antecedente familiar de EA, estos van a desarrollar síntomas de la enfermedad. Las personas no tienen los síntomas sin embargo tienen presente que pueden contar con la mutación familiar de los genes de la EA y que cuentan con la predisposición de desarrollar la enfermedad.	En esta fase, los individuos que no presentan sintomatología, pero SI cuentan con los biomarcadores de la enfermedad presentes, tales como lo son TAU y la proteína beta amiloide.

Fuente: Elaboración propia con base a la referencia ⁵⁴

Las fases anteriores pueden ser vistas como un evento, el cual es continuo y se puede subdividir en 3 etapas para su evolución las cuales son descritos en la figura 2

Figura 2. Evolución de la fase preclínica.



Fuente: Elaboración propia con base a la referencia ⁵⁴

A pesar de la evolución de esta etapa, es importante destacar que no todos los individuos que presenten evidencia de presencia de biomarcadores van a desarrollar fidedignamente síntomas relacionados con deterioro cognitivo leve o demencia ⁵⁴.

2.2.7.2.Fase prodrómica o latente

Esta fase precede a la manifestación como tal de la EA, generalmente se le conoce como deterioro cognitivo leve (DCL), esto porque inicia a manifestarse síntomas que no son tan severos para cumplir los criterios de la EA por lo que esta categoría se les confiere a aquellos individuos que presentan riesgo latente a desarrollar la enfermedad ⁵⁴.

En estos pacientes se determina la presencia de los biomarcadores y además de esto, presentan síntomas leves tal como lo es problemas de memoria y lenguaje; son perceptibles para el enfermo y de forma leve o nula para su entorno social, a pesar de esto en esta etapa no interfieren en su rutina diaria. Estas personas van a desarrollar demencia alrededor de 2 años después del inicio de las manifestaciones; sin embargo, de acuerdo con algunos estudios en esta etapa puede existir una pausa en la progresión de la enfermedad de hasta cinco años en un 26% ².

2.2.7.3.Fase temprana de la Enfermedad de Alzheimer

En esta fase, el paciente inicia a experimentar problemas de memoria por un mayor tiempo, generalmente se presenta después de los 50 años; manifiesta leves problemas con el habla y ciertas actividades diarias se le dificultan, de forma que en esta etapa los síntomas se

hacen más notables, sin embargo, son leves de forma que combinados con la presencia de los biomarcadores relacionados con la enfermedad producen un progreso acelerado de la enfermedad lo cual hace el que paciente comience a experimentar diferentes síntomas que hacen referencia al daño producido a nivel de las células cerebrales ⁵⁴.

2.2.7.4.Fase tardía de la Enfermedad de Alzheimer

Es conocida como esporádica, se caracteriza porque inicia alrededor de la edad promedio, es decir 65 años; es la forma más común de la enfermedad de forma que al ser la forma habitual se le denomina como la presentación típica de la EA.

Esta etapa al ser la más avanzada de la enfermedad, deriva de la muerte de gran cantidad de células cerebrales por lo que las alteraciones de memoria son graves, los síntomas y rasgos físicos que se manifiestan son cada vez más inminentes. El paciente termina con una demencia total a lo largo de los años por lo que atraviesa cambios de comportamientos los cuales van desde la agresividad hasta ser pasivo en sus últimas etapas; por su pérdida de capacidades cognitivas depende para el desarrollo de actividades la ayuda de otra persona como consecuencia de su poca o nula capacidad de independencia ⁵⁵.

El grado en que los síntomas avanzan y evolucionan de leves a moderados va a depender de la persona y de la adherencia que tenga al tratamiento indicado, ya que para esta etapa el paciente ha sido diagnosticado con la EA ⁵⁵.

De acuerdo con los síntomas que el paciente presente, en esta etapa la demencia se puede clasificar de acuerdo a la severidad en la que el paciente se encuentre esto con respecto al progreso de la enfermedad.

Tabla 8. Tipos de demencia de acuerdo su evolución.

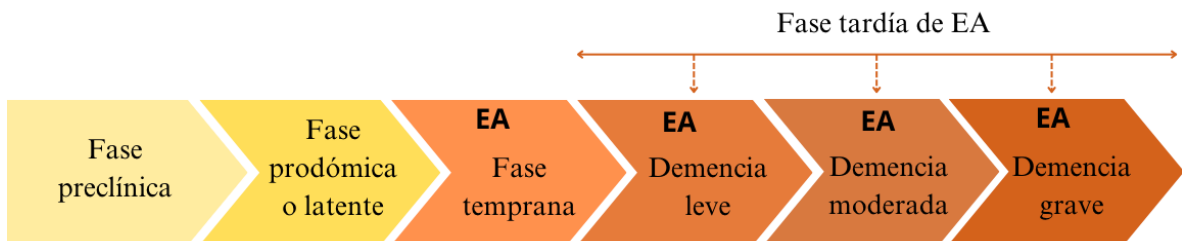
Demencia leve	Demencia moderada	Demencia grave
En esta etapa aún puede realizar actividades de forma independiente, sin	Esta es la más larga de las tres etapas, los problemas de memoria empeoran y le	En esta etapa la capacidad de comunicación por parte del paciente es casi nula esto

embargo, en algunas actividades requiere ayuda para sentirse seguras. En algunos casos la ejecución de ciertas tareas diarias le toma más tiempo de lo habitual.	resulta más difícil completar las actividades. Presenta dificultad para aprender cosas nuevas, tienen problemas de personalidad y en algunas personas se presentan problemas de incontinencia. Aquí requiere mayor apoyo de un cuidador.	por su incapacidad, se vuelven dependientes por lo que requieren atención 24 horas. A causa del daño severo en las áreas cerebrales el paciente en la mayoría de los casos esta encamado provocando complicaciones. Esta es la etapa final de su vida.
--	--	--

Fuente: elaboración propia con base a la referencia ⁵⁶

De tal forma que la progresión de la enfermedad conlleva varios años, en donde el paciente atraviesa diferentes etapas, la evolución es diferente para cada paciente. A modo de resumen se detalla en la figura 3

Figura 3. Etapas de la Enfermedad de Alzheimer



Fuente: Elaboración propia con base a las referencias ^{54, 56}

2.2.8. Tratamiento

A pesar de que actualmente no se conoce el mecanismo de la etiología de la EA, es por esto que a pesar de múltiples investigaciones y ensayos clínicos no existen tratamientos disponible que permitan curar la enfermedad; sin embargo, gracias a las varias hipótesis existentes del origen de la enfermedad se han desarrollado fármacos que permitan tratar la sintomatología y que retrasen el progreso de la enfermedad ⁵⁷. Los tratamientos que se encuentran aprobados por entes como la FDA se encuentran indicados en dependencia del

estadio del paciente. Entre los grupos farmacológicos están los inhibidores de la colinesterasa y los antagonistas del receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA), entre otros ⁵⁸.

2.2.8.1. Inhibidores de la colinesterasa

Este grupo de medicamentos tiene acción a nivel de sistema nervioso central inhibiendo a la enzima colinesterasa de forma que se disminuye el déficit colinérgico en concreto de la acetilcolina, sustancia necesaria para el proceso de sinapsis entre neuronas. Estos fármacos mejoran ligeramente aspectos a largo plazo relacionados con la EA tal como la conducta y la memoria; sin embargo, a nivel periférico pueden causar efectos adversos referentes a la hiperestimulación muscarínica al inicio del tratamiento, por lo que se recomienda iniciar con dosis bajas e ir incrementando gradualmente de acuerdo con la tolerancia del paciente. Los fármacos pertenecientes a este grupo aprobados por la FDA se detallan en la tabla 9 ⁵⁹.

2.2.8.2. Antagonistas del receptor N-metil-D-aspartato

El glutamato estimula los receptores NMDA los cuales se encuentran relacionados con los procesos de memoria, por lo que al estimular estos receptores se da una sobre estimulación glutaminérgica lo que hace que se aumente el calcio a nivel neuronal conduciendo a una sobrecarga de este; este fármaco bloquea los receptores NMDA impidiendo la entrada de calcio lo cual evita la apoptosis de la neurona manteniendo la neurotransmisión glutaminérgica necesaria para la memoria ⁵⁹.

En los últimos años, se realizaron diversos estudios y se ha implementado el uso de un nuevo grupo farmacológico después de 20 años el cual consiste en los anticuerpos monoclonales; el Aducanumab o conocido como BII trata de una inmunoglobulina, específicamente la IgG que reduce los depósitos de β amiloide uniéndose selectivamente a su forma agregada por lo que frena el deterioro cognitivo del paciente ⁶⁰.

Posteriormente, uno de los últimos medicamentos aprobados es el Lecanemab también perteneciente a este grupo de anticuerpos monoclonales; este medicamento presenta alta afinidad sobre las proto fibrillas solubles de la β amiloide ⁶¹. Estos últimos medicamentos

según la FDA son nuevos descubrimientos que se dirigen a una de las principales fisiopatologías que fundamentan la EA, marcando así un avance en la enfermedad ⁶².

Tabla 9. Fármacos aprobados en la actualidad para el tratamiento de la EA.

Grupo farmacológico	Fármaco	Indicación según estadio	Aprobado por FDA
Inhibidores de acetilcolinesterasa	Donepezilo	Todas las etapas	1996
	Rivastigmina	Todas las etapas	2000
	Galantamina	Leve a moderada	2001
Antagonistas de NMDA	Memantadina	Moderada a grave	2003
Mixtos	Donepezilo + memantadina	Moderada a grave	2014
Anticuerpos monoclonales	Aducanumab	Enfermedad de Alzheimer	2021
	Lecanemab	Enfermedad de Alzheimer	2023

Fuente: Elaborado con base a la referencia ⁶³

Los fármacos pertenecientes a estos grupos son administrados por vía oral o transdérmica generalmente a excepción de los anticuerpos monoclonales, su enfoque es retrasar la evolución de la enfermedad, estabilizar o mejorar de forma temporal las funciones cognitivas del paciente permitiéndole mantener la independencia y mejorar la calidad de vida tanto para el como para sus cuidadores; la eficacia de estos es parcial y no afectan las causas si no solamente las consecuencias de la EA. Estas terapias suelen ser más beneficiosas en la etapa asintomática antes de que ocurra el proceso de neurodegeneración ⁵⁷.

A pesar de los ensayos clínicos realizados a través de los años para el descubrimiento de nuevas alternativas terapéuticas, algunas han fracasado principalmente porque muchos de los fármacos cuentan con problemas de permeabilidad en la barrera hematoencefálica en la EA, por lo que se dificulta que llegue al sitio de acción diana a nivel cerebral por lo que como consecuencia de esto para tener una eficacia deseada se deben aumentar las dosis de los tratamientos actuales lo que conlleva a incrementar la posibilidad de efectos secundarios no deseados en los pacientes ⁵⁷.

Tabla 10. Características de los fármacos utilizados en la EA.

Fármaco	Vía de administración y dosis	Vía de eliminación	Precaución/ Efectos adversos
Donepezilo	Vía oral Comprimidos 5 mg/día Max 10 mg/día Antes de acostarse.	100% hepática.	Efectos colinérgicos leves y transitorios relacionados con los sistemas gastrointestinal y nervioso como náuseas e incontinencia urinaria.
Rivastigmina	Vía oral y transdérmica (parches liberación prolongada) 4mg/día durante 4 sem, puede aumentarse a 9,5 mg/día.	100% renal	VO: náuseas, vómitos, dispepsia, astenia, anorexia, pérdida de peso. Transdérmica: mejor tolerancia.
Galantamina	Vía oral 8 mg/4 semanas	75% vía renal 25 % hepática	Espasmos musculares, fatiga,

	Toma por la mañana o en la noche. Posteriormente aumentar 16 mg/día (dosis de mantenimiento)		astenia, bradicardia, hipertensión, disminución de apetito
Memantadina	Vía oral 1° sem: 5mg/día 2° sem: 10 mg/día 3° sem: 15 mg/día 4° sem y siguientes: 20 mg/día Toma única	50% renal 50% hepática	Dolor de cabeza, somnolencia, estreñimiento, vértigo, falta de hipertensión.
Donepezilo + memantadina	Vía oral 10 g/ 20 mg	50% renal 50% hepática	Resfriado, pérdida de apetito, alucinaciones, agitación, diarrea, náuseas
Aducanumab	IV 30 mg/kg		Mareos, dolor de cabeza, alteración visual, confusión.
Lecanemab	IV 10 mg/Kg/2 sem por 18 meses		Mareos, dolor de cabeza, alteración visual, confusión. Interacciona con anticoagulantes.

Fuente: Elaborado con base a la referencias ^{57, 65}

2.3. Adherencia terapéutica.

En el presente apartado se detallará acerca de los aspectos referentes a la adherencia terapéutica en los pacientes diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer y de cómo estos factores y estrategias implementadas influyen en el progreso de la enfermedad.

2.3.1. Definición de adherencia terapéutica.

Las patologías crónicas se caracterizan por ser prolongadas, progresivas e incurables, por lo que esto causa una afectación en la vida cotidiana del paciente, incapacitándolo en algunas ocasiones en la ejecución de algunas actividades; afectando así la calidad de vida y en consecuencia a esto un mayor requerimiento de intervención médica, así como de polimedicación con el fin de contrarrestar esta condición ⁶⁵.

La adherencia al tratamiento es un tema de vital importancia, esto por todos los factores que esto conlleva; para la Organización Mundial de la Salud el incumplimiento terapéutico cobra mayor relevancia en estas patologías crónicas y de manera particular en las no transmisibles ⁶⁶.

A nivel clínico, la falta de adherencia al tratamiento representa un gran impacto a nivel mundial en los sistemas de salud, esto porque impide conseguir resultados favorables de los medicamentos prescritos por los profesionales de la salud y dirigidos a esas patologías que en su mayoría de veces son de origen crónico. Sin embargo, esta problemática es tan común en pacientes con este tipo de patologías en donde en la mayoría de casos se dificulta identificar los factores que conllevan a la falla terapéutica por lo que complica el abordaje que se le puede dar a esta problemática ⁶⁵.

Es por esto que la adherencia al tratamiento representa uno de los principales retos a los que se enfrenta el personal de salud; gracias a esto para comprender un poco mejor el contexto, la OMS adoptó la definición postulada por Haynes & Rand acerca de la adherencia terapéutica la cual la define como “El grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se ajusta a las recomendaciones acordadas por el profesional sanitario”. A partir de esta definición se destacan las principales consecuencias relacionadas al incumplimiento terapéutico y del papel que juega el paciente y sus familiares ⁶⁵.

Con lo que respecta a enfermedades crónicas, la adherencia terapéutica ha adoptado una definición la cual se acopla a esto, en donde las define como aquellas enfermedades que son permanentes, dejan una discapacidad residual y son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, por lo que requieren un seguimiento especial del paciente para su rehabilitación o bien requieren un periodo mayor de supervisión y atenciones especializadas ⁶⁷.

2.3.2. Factores que afectan la adherencia terapéutica

La falta de adherencia a los tratamientos ha sido uno de los retos más importantes en el área de la salud, por lo que se ha convertido en un objeto de estudio a causa del interés que este genera. Como consecuencia de esto en los últimos años se han realizado investigaciones e intervenciones enfocadas en la mejora de la adherencia terapéutica para lo cual se deben conocer cuáles son aquellas causas que engloban esta problemática ⁹.

Diferentes autores indican que la falta de adherencia tiene un origen multifactorial, en donde en incluso en investigaciones se han identificado hasta 200 variables relaciones con la adherencia a los tratamientos; por lo que diseñar estrategias en donde se engloben los factores puede resultar ser un reto a pesar de los esfuerzos realizados. El cumplimiento de un plan terapéutico hace referencia a una conducta pasiva por parte del paciente y activa por parte del profesional de salud, enfocando así la importancia de la participación de ambas partes. Es por esto que se dice que este fenómeno implica una diversidad de múltiples y complejos factores que finalmente engloba la responsabilidad tanto del médico como del paciente, en donde destaca la importancia de la participación de ambos con el fin de crear una adecuada comunicación que facilite el proceso con el fin obtener resultados positivos ⁹.

Relacionado con esto la OMS destaca cinco factores principales que influyen sobre la adherencia terapéutica, estos se detallan en la tabla 11.

Tabla 11. Factores que influyen en la adherencia terapéutica.

Factor	Causa
1. Socioeconómico	• Pobreza

	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la atención de salud y medicamentos • Analfabetismo • Provisión de redes de apoyo • Mecanismos de prestación de servicios.
2. Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Complejidad del régimen médico • Duración del tratamiento • Historial de fracasos terapéuticos • Cambios constantes en tratamiento • Efectos adversos • Disponibilidad de profesional de salud para apoyo al paciente y familiares.
3. Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos • Creencias religiosas • Nivel de escolaridad • Falta de percepción en la mejora de la enfermedad • Autonomía del paciente • Salud mental
4. Sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de salud con estructura inadecuada • Recursos deficientes • Persona de salud poco capacitado • Seguimiento terapéutico deficiente y carentes de calidad • Falta de conocimiento sobre adherencia • Intervenciones efectivas
5. Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Gravedad de los síntomas • Grado de discapacidad (física, psicológica y social) • Velocidad y progresión de la enfermedad • Disponibilidad de tratamientos.

Fuente: Elaborado a partir de las referencias ^{9,68}

2.3.3. Tipos de no adherencia.

A pesar de que la adherencia terapéutica puede ser de origen multifactorial, puede ser clasificada en tres tipos tales como:

2.3.3.1.No adherencia previsible o errática

Sus causas son diversas, en cuanto a la no adherencia errática implica dosis perdidas por olvido, cambios en regímenes de dosificación o medicamentos, así como cambios en estilos de vida. Por otra parte, la no adherencia previsible significa que el paciente de forma consciente elige no seguir el tratamiento tal como lo indica la prescripción, una de las formas más comunes de este tipo es aquella en que el paciente usa menos medicación o bien el uso del tratamiento solamente cuando se encuentra sintomático y el no uso cuando se encuentra asintomático ⁶⁹.

2.3.3.2.No adherencia involuntaria

Es provocada por una mala comunicación con el profesional sanitario y un escaso seguimiento farmacoterapéutico. Esta da paso cuando el paciente no sigue la prescripción por circunstancias fuera de su alcance. Puede ser a causa de una falta de comprensión de la prescripción, efectos secundarios desconocidos por parte del paciente y demás como consecuencia de una escasa educación por parte del profesional sanitario ⁶⁹.

2.3.3.3.No adherencia razonada o inteligente

Uno de los principales causantes es el paciente gracias incumplimiento del régimen terapéutico indicado por el profesional de salud, en donde por resultados no esperados o por el medicamento el paciente por decisión propia cambia los medicamentos creyendo que esto es lo más apropiado para su condición. Es decir, esta puede referirse a la tendencia de algunas personas de seguir un comportamiento sin una reflexión crítica acerca de la decisión ⁶⁹.

2.3.4. Estrategias implementadas para aumentar la adherencia terapéutica.

Existen diversos factores que intervienen en la falta de adherencia de los tratamientos, los profesionales sanitarios tal como lo es el farmacéutico juegan un papel muy importante esto por su conocimiento en el campo, así como la proximidad que tiene con el paciente, lo que lo convierte en una pieza clave para evaluar el grado de adherencia al tratamiento por

parte del paciente y en relación a esto instaurar una serie de intervenciones para el mantenimiento o bien la mejora oportuna de este. En cuanto a esto es necesario inicialmente realizar una evaluación a través de algunos métodos con el propósito de identificar la estrategia más adecuada para abordar el problema ¹⁰.

Para realizar una evaluación oportuna del grado de adherencia al tratamiento se aplican dos métodos en particular, estos son el método directo y el indirecto. La metodología directa consiste en que a través de la vía biológica determinar las concentraciones de fármaco presente en el organismo del paciente por medio de sus metabolitos o marcadores biológicos. Dentro de este grupo también se encuentra el método observacional en donde se lleva un registro con ayuda de los familiares, cuidadores o personal sanitario con el fin de tener un registro de la terapia; sin embargo, esta metodología puede resultar un poco cara y no siempre son aplicables¹⁰.

Por otra parte, el método indirecto, consiste en realizar una evaluación a partir de una entrevista o cuestionario, dispositivos electrónicos o análisis del registro de dispensaciones en donde a partir de la información proporcionada determinar el grado de adherencia del paciente al tratamiento ¹⁰

Gracias a estos métodos una vez determinado el grado de adherencia que presente el paciente se debe identificar la estrategia más adecuada para realizar la intervención. Generalmente van a ser dirigidas con el fin de simplificar el tratamiento del paciente sin causar alteración en la respuesta farmacológica esperada. Existen diferentes tipos de estrategias que pueden ser aplicadas, se pueden clasificar en:

Intervenciones técnicas

Van dirigidas en una simplificación de la prescripción o cambios en la formulación. Por otra parte, también se utilizan sistemas de recordatorio a través de métodos electrónicos tales como aplicaciones o métodos técnicos. El propósito de esto es mantener un registro de la medicación del paciente y con esto simplificar la toma de la medicación gracias a la aplicación de herramientas como los sistemas de dosificación personalizados (SPD) ¹⁰. Este

tipo de intervención es de gran importancia porque de acuerdo con diversos autores se indica que existe una relación importante entre la complejidad de la terapia y la adherencia que tiene el paciente a esta ⁷⁰.

En cuanto a pacientes diagnosticados con patologías neurodegenerativas se refiere, la adherencia terapéutica se ve significativamente reducida en donde la suma de factores como la edad y las poli patologías complican el panorama. Estudios realizados en estos pacientes han mostrado que técnicas como la sustitución de vías de administración de algunos medicamentos aumentan la adherencia de una manera significativa; tal como lo es el caso del cambio de administración por vía oral de rivastigmina por la vía transdérmica. Por otra parte, de igual manera se demostró que la reducción en la pauta posológica muestra una adherencia significativa en los pacientes que toman la medicación menos veces al día, lo cual le permite a los cuidadores tener un mejor control de la medicación ⁷⁰.

Intervenciones conductuales o de comportamiento

Su enfoque es reforzar el comportamiento de los pacientes, de esta manera la intervención está enfocada en cambios de las rutinas diarias o adaptación de los regímenes de dosificación de acuerdo al estilo de vida del paciente. En esta intervención es muy importante el papel del profesional sanitario a través de la aplicación de entrevistas motivacionales con el fin de promover cambios en las conductas del paciente y simplificar la labor, entre las de mayor utilidad se encuentran ⁷⁰:

- **Sistema de dosificación personalizado (SPD):** estos sistemas post dispensación están diseñados con el fin de facilitar la toma de los medicamentos sólidos según la pauta posológica de los medicamentos; son de gran utilidad en pacientes que reciben múltiples medicamentos, principalmente es útil para pacientes con deterioro cognitivo ⁷⁰.
- **Sistema de recuerdo de horario:** consiste en el uso de recursos en su mayoría tecnológicos para recodar la toma de medicamentos, ya sea SMS, alarmas, sistemas automáticos, correos o bien sistemas electrónicos de medicación los cuales son más complejos ⁷⁰.

- **Sistema de recuerdo de pauta y de instrucciones:** este sistema es más manual, consiste en el uso de pictogramas, etiquetas adhesivas y consejos en las cajas o blíster o bien sistemas de anotación de control de toma de medicación, así como el uso de aplicaciones móviles ⁷⁰.

Intervenciones educativas.

Se encuentran dirigidas en proporcionar información a los pacientes y sus involucrados, ya sea de manera individual o grupal y por medios escritos u orales y utilizando una metodología en que el implicado tenga facilidad de comprensión. Para este cabe destacar la importancia de un trabajo en conjunto del médico y el farmacéutico responsable de la dispensación de los medicamentos. Lo más importante de esta categoría de intervención es brindar una educación que cubra todas las necesidades del paciente, en donde conozca aspectos relevantes del tratamiento, tales como la forma de correcta de administración, cuando y de qué manera hacerlo; así como de todo engloba la correcta adherencia a la terapia y su impacto en el progreso de la enfermedad ⁷⁰.

Intervenciones psicológicas.

Están encaminadas en abordar la parte psicológica y emocional por medio de entrevistas y estrategias cognitivo-conductuales; para esto se interviene en el sentido de fomentar conciencia del problema que presenta el paciente y así promover un cambio valorando las posibles repercusiones a futuro que conlleva la falta de apego a la adherencia terapéutica. Por su metodología, en esta intervención se busca que el paciente y sus implicados valoren por sí mismo las consecuencias que conlleva el incumplimiento y que de manera independiente establezca un compromiso con la terapia⁷⁰.

Intervenciones de apoyo social y familiar.

Su enfoque está dirigido en la mejora del grado de adherencia a la terapia en el paciente por medio de elementos sociales, en donde se utilizan recursos sociales tales como programas de ayuda domiciliaria, apoyo psicológico enfocado principalmente en cuidadores y en el campo terapéutico la prescripción de medicamentos considerando el costo-beneficio

y la integración del entorno familiar en la terapia del paciente y el régimen terapéutico; por lo cual este se encuentra ligado con la educación ⁷⁰.

Intervenciones combinadas.

Tal como se ha descrito anteriormente, los diferentes tipos de intervenciones están enfocadas en diferentes problemas que generalmente son los que mayor causan una disminución de la adherencia terapéutica; sin embargo, esta busca como de forma simultánea abarcar todos las estrategias anteriores con el fin de contrarrestar por varios puntos el problema. Cabe destacar que en esta se requiere una participación multidisciplinar de otros profesionales ⁷⁰.

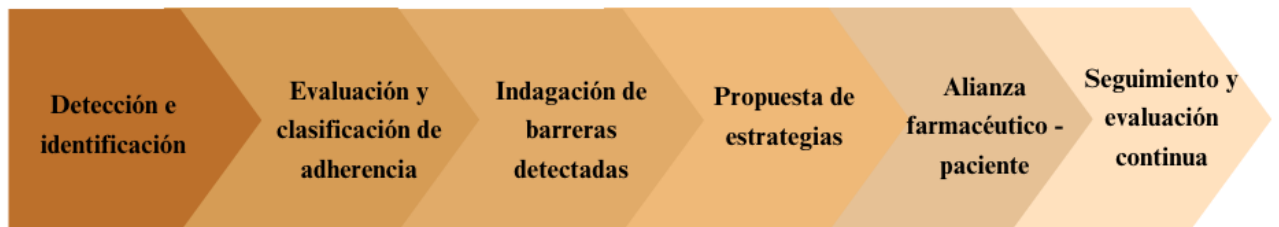
Intervenciones dirigidas a profesionales sanitarios

Es de las de mayor importancia gracias a el papel que ejercen los profesionales, principalmente porque el sanitario debe asumir la responsabilidad en diferentes campos de la terapia del paciente, entre ellas y de las de mayor importancia es la educación; su papel radica en inculcarle conciencia al paciente de la importancia del tratamiento para la enfermedad y convencerle del cumplimiento estricto que debe tener para una mejoría de su condición de salud.

Con respecto a la intervención que estos deben realizar, se ve la necesidad de involucrar a distintos profesionales con el fin de brindar educación en temas referentes a los tratamientos farmacológicos, así como capacitar al paciente con el fin de disminuir la complejidad de administración gracias a la enseñanza de distintos métodos; de igual manera, la educación referente a los posibles resultados que puede observar a lo largo del tratamiento. Todo esto contribuye a disminuir las tasas de abandono de prescripciones y le brinda confianza al paciente para establecer una relación con su terapia, gracias a un acompañamiento cercano de un profesional experto en el campo; finalmente el propósito de es brindar herramientas que estén encaminadas en la mejora de la calidad de vida del paciente y sus los involucrados ⁷⁰.

En todas estas intervenciones los profesionales juegan un papel de vital importancia; especialmente los farmacéuticos los cuales juegan un rol central en la adherencia terapéutica, su intervención debe comprender varias etapas, las cuales se detallan en la figura 4.

Figura 4. Etapas de intervención del farmacéutico en adherencia terapéutica



Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia¹⁰

Para llevar a cabo esta serie de intervenciones es importante la acción y el trabajo conjunto con otros profesionales de la salud con el fin de obtener resultados favorables en la adherencia en los tratamientos.

2.4. Figura del cuidador

En el siguiente apartado se detallará acerca de los aspectos más relevantes del papel que juega el cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y de cómo este interviene en la adherencia terapéutica de los mismos.

2.4.1. Definición de cuidador.

La OMS define al cuidador como aquella persona que proporciona atención a uno o más personas de una comunidad, ya sea familiares o amistades y de manera informal, de forma que en algunas ocasiones no recibe una remuneración económica. Sin embargo, existen profesionales de la salud encargados del cuidado de estos paciente, los cuales proveen los cuidados necesarios dentro del marco de los sistemas formales con lo que respecta a la prestación de servicios de cuidado a largo plazo. Estos cuidados consisten en una serie de actividades realizadas por estas personas enfocadas en optimizar ciertas circunstancias, así

como retrasar en cierta medida la pérdida de habilidades cognitivas y el deterioro de la calidad de vida del paciente y con esto promover la dignidad humana ⁷¹.

De acuerdo con la evolución y las complicaciones de la enfermedad del paciente es que se instaura una serie de cuidados diferentes, de tal manera que asumir dicha responsabilidad implica poner en práctica una serie de actividades complejas y adoptar por parte del cuidador un estilo de vida diferente que se adapte a la situación por periodos largos e indefinidos. En este panorama se ven involucrados diversos personajes tales como la formación de redes de apoyo entre estos los cuidadores conformada por cuidadores primarios principalmente, el cual hace referencia a aquel que brinda apoyo de primera línea y que generalmente es un familiar que desempeña el rol de forma indirecta cuando se presenta la enfermedad por lo que asume de forma voluntaria el papel de encargado responsable por lo que ejerce una serie de acciones que el paciente por su condición no tiene la capacidad de realizar por sí solo ⁷².

2.4.2. Relación cuidador-paciente

Los pacientes con patologías de curso crónico como la EA requieren una mayor cantidad de cuidados los cuales son brindados por parte de familiares que asumen los roles de cuidadores, en donde uno particularmente asume la responsabilidad de proporcionar los cuidados necesarios que requiere el paciente. Estos familiares son cuidadores informales en donde generalmente este puesto es asumido en la mayoría de los casos por mujeres, quienes son hijas o conyugues de los pacientes ¹⁸.

El impacto de la EA no solamente se limita a la persona afectada, si no de igual manera a su entorno, en especial a aquellas que tienen una relación directa con el enfermo, en donde la mayoría de los casos es la familia la que gran parte de la veces sustenta el cuidado. Comúnmente en la mayoría de los casos aproximadamente un 50% de estos son los hijos, un 25% los conyugues y otro 25% son otros familiares los que forman la red de cuidado del enfermo, de forma que se observa que entre el cuidador y el enfermo se guarda una estrecha relación por lo que en la mayoría de los casos influye en el cuidado ⁷³.

Asumir el cuidado de un paciente que ya no tiene tanta independencia para realizar sus labores cotidianas conlleva un cambio en los roles y tareas de las personas que asumen el cuidado de estos, por lo que hay alteraciones desde el campo económico hasta el entorno familiar implicando una reorganización. Sin embargo, a pesar de que generalmente los familiares son los que dispensan los cuidados del paciente, conforme progresa la enfermedad requiere una mayor complejidad de cuidados, por lo que esto generalmente afecta la calidad de vida que tenga el cuidador; principalmente considerando la relación que este tenga con el enfermo en donde este debe adoptar nuevos estilos de vida para afrontar las necesidades que requiera el enfermo. Se ha demostrado que una relación más cercana entre cuidador y enfermo conlleva a una sobrecarga mayor en el cuidador, puesto que el componente afectivo juega un papel importante en el cuidado del paciente ⁷³.

Existen diversos factores que se deben considerar en relación con el cuidador, tales como la edad, otras cargas familiares y demás factores que inciden en la carga que tenga el cuidador, por lo que puede afectar de forma física, psicológica y social, además sumado a esto se debe considerar grado de dependencia del paciente van a ser factores determinantes que pueden influir en la relación que tiene el paciente y el cuidador. Todos estos factores en algunas ocasiones se ha observado que están relacionados con el aumento de carga social y el estrés psicológico en el cuidador afectando así la relación que guarda con el paciente⁷⁴.

Asimismo, tal como concuerdan diversos autores el ámbito familiar es considerado como un escenario el cual juega un papel esencial para el desarrollo de acciones dirigidas hacia el binomio cuidador-paciente, los cuales requieren de un apoyo cercano por parte de otros familiares en donde se les proporcione apoyo, educación y estrategias encaminadas a gerenciar el cuidado del paciente con Enfermedad de Alzheimer⁷⁵.

2.4.3. Papel del cuidador en el tratamiento del paciente con EA.

Su papel en el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer es importante, esto porque los pacientes generalmente inician con una autonomía que les permite realizar de cierta manera sus actividades diarias; sin embargo, conforme progresa la enfermedad aumenta el deterioro y con esto la gravedad de los síntomas, por lo que la autonomía que tenían se ve

mermada llevando consigo una mayor dependencia de terceros. De tal forma que en este contexto se ven involucrados familiares los cuales toman el papel de cuidadores y que cobran un protagonismo clave tanto en el tratamiento como en el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer ⁷⁶.

Conforme progresa la enfermedad el paciente requiere cuidados más especializados en por lo que surge la necesidad de acompañamiento de un profesional, así como el aprendizaje contrarreloj por parte del cuidador generando en ocasiones trastornos en el mismo debido a las arduas tareas que este debe de desempeñar causando afectaciones en la terapia del mismo paciente. Por lo que es importante establecer una actuación y seguimiento dirigido a pacientes y cuidadores ⁷⁶.

Tal como se menciona anteriormente como consecuencia de varios factores que afectan su calidad de vida, los cuidadores informales requieren en ocasiones el acompañamiento de profesionales como enfermeros que conforman redes de atención y que son piezas claves en el cuidado de los pacientes; de tal manera que el número de personas que intervienen en el cuidado del paciente aumenta por lo que en ocasiones esto causa repercusión en el estado de salud del paciente derivado del cuidado. A causa de esto, los cuidados especiales que requiere el paciente cambian con el tiempo de acuerdo por lo que aumenta el grado de implicación del cuidador en el desarrollo de actividades básicas ⁷⁷.

En relación con esto Montalvo A⁷⁸, relata como los cuidadores aparte de ser los encargados de cubrir las necesidades generadas por esta enfermedad crónica, buscan la mejor atención con el fin de brindar una buena calidad de vida en el enfermo, así como la solución de diversas dificultades en cuanto a la administración de medicamentos, terapias y rutinas de vida diaria en estos, adaptándose a la condición del paciente.

2.4.4. Calidad de vida de familiares y cuidadores de pacientes con EA.

El concepto calidad de vida involucra diversos factores en donde incluye la percepción del individuo a través de diversas dimensiones tales como sus capacidades

cognitivas, emocionales y físicas, así como su bienestar mental y de salud. Existe diversa evidencia que muestra cómo se ve afectada la calidad de vida de los cuidadores y la atención escasa que este recibe a pesar del papel que desempeña, por lo que a medida que los problemas en estos personajes aumentan se reducen los índices de calidad de vida, afectando de forma indirecta el paciente que depende de este⁷⁹.

Diversos autores concuerdan con que la Enfermedad de Alzheimer no solo tiene repercusión en los pacientes, sino que también tiene limitación a nivel de las personas involucradas con el enfermo. La familia en la mayoría de los casos sustenta el cuidado del enfermo; de tal forma que el diagnóstico de un miembro de su núcleo causa alteración en los roles, así como cambios en la reorganización de la vida cotidiana familiar⁷³.

Es por esto que conforme avanza la enfermedad y el paciente requiere más cuidados se recurre a la atención de profesionales como enfermeros, esto con el fin de que se les brinde un apoyo moral, se les asesore y se les proporcione aquellos recursos necesarios para el cuidado del paciente y que para el cuidador es incapaz de brindar como consecuencia del desgaste que conlleva el cuidado; a causa de esto en los últimos años ha surgido la necesidad de potenciar e incentivar estrategias de apoyo dirigidas a cuidadores y familiares considerando las principales necesidades que afectan a esta unidad de cuidado ⁷³.

Esandi et al.⁷³, en su revisión bibliográfica destacan como diversos autores coinciden que la mala calidad de vida del cuidador puede ser una variable predisponente del progreso acelerado de la enfermedad, además señalan que familiares que cuidan a pacientes con patologías neurodegenerativas tienen una mayor predisposición a sufrir problemas psicológicos y emocionales tales como la depresión, ansiedad y estrés; además de la afectación que sufren en su vida cotidiana a causa de la sobrecarga.

En cuanto a este concepto, la calidad de vida relacionada con salud es un concepto que hasta hace poco se implementa, sin embargo, engloba algo abstracto en donde se considera este factor desde la perspectiva del estado de salud que tiene la persona; sin embargo pocos

consideran el estado físico, social, emocional y psicológico de los cuidadores; cuya condición genera un impacto en el paciente y por consiguiente en la enfermedad y los tratamientos ⁸⁰.

Con respecto a la EA, la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en los cuidadores es sumamente necesario, esto por la importancia que tiene su papel en la evolución de la enfermedad y por el riesgo prevalente que tiene de sufrir sobrecarga a causa de los cuidados especiales que requiere el paciente; en su papel de cuidador son susceptibles a sufrir alteraciones psicopatológicas que repercuten mayoritariamente en el paciente causando un deterioro más rápido, claudicando finalmente en la hospitalización de los mismos ⁸⁰.

Un ejemplo de las principales afectaciones que sufren los cuidadores es el síndrome del cuidador o de Burnout, el cual se caracteriza por la aparición de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, apatía lo que conlleva al cuidador a tomar sustancias convirtiéndolo en otro paciente, causando un sentimiento de culpa ya que no puede dedicarse al cuidado del paciente de forma completa empeorando así el panorama, finalmente para estos resulta incapaz socializar y relajarse provocando un sentimiento de soledad y aislamiento social, afectando así su calidad de vida ⁸¹.

2.5. Atención farmacéutica integral.

A continuación, en el siguiente apartado, se destacará acerca de los puntos más relevantes de la atención farmacéutica, así como de la importancia que esta tiene en el tratamiento de patologías de evolución crónica tal como la enfermedad de Alzheimer y de cómo intervenciones oportunas pueden mejorar el desarrollo de esta enfermedad.

2.5.1. Definición de Atención farmacéutica integral.

De acuerdo con la OMS, la atención farmacéutica es aquella práctica en el que el profesional en farmacia ejerce una serie de acciones en donde el paciente es el principal beneficiario, de forma que este profesional a través de un compendio de actitudes, comportamientos, conocimientos, responsabilidades y destrezas de su profesión en la prestación de la farmacoterapia con el objetivo de lograr una serie de resultados terapéuticos definidos por la salud y la calidad de vida del paciente ⁸².

Este concepto ha sido desarrollado por diversos autores a lo largo de los años, tal como lo es en el caso de Brodie en 1990 en donde define la AF como la dispensación responsable de medicamentos con el objetivo de conseguir resultados que puedan mejorar la condición del paciente. Estos resultados son la reducción, eliminación o prevención de sintomatología, enlentecimiento o interrupción de una patología, así como la prevención de esta. Por otra parte, el autor resalta definiciones como la establecida por autores como Hepler & Strand los cuales establecen que la atención farmacéutica es un proceso de cooperación con el paciente y otros profesionales en cuanto a diseño, implementación y seguimiento de un plan terapéutico que busca unos resultados terapéuticos específicos en el paciente, de manera que para esto se debe realizar 3 funciones principales para poder conseguir esto, las cuales son⁸³:

Figura 5. Principales funciones en Atención Farmacéutica.



Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia⁸³.

De igual manera, la atención farmacéutica consiste en un servicio integral que se encarga de contemplar diversas actividades que son desarrolladas por el farmacéutico por lo que están enfocadas en la atención de los pacientes, especialmente en aquellos que presentan patologías crónicas y que requieren un seguimiento continuo; todas estas estrategias están dirigidas al paciente, a la familia y la comunidad. Su objetivo final es prevenir, resolver y conseguir el objetivo terapéutico esperado. Su enfoque principal está dirigido en el análisis

de la necesidad, efectividad y la seguridad de los medicamentos prescritos en el paciente para por lo que es necesario la intervención de profesionales en el campo tal como el farmacéutico en compañía de otros profesionales involucrados en la enfermedad del paciente ⁸⁴.

La acción de los farmacéuticos en conjunto con demás profesionales sanitarios por medio de un proceso asistencial es necesario para el desarrollo de la atención farmacéutica integral con el fin de obtener una respuesta terapéutica adecuada en el paciente, así como una mejora en su calidad de vida⁸⁵.

La atención farmacéutica requiere de un desarrollo, aplicación y una aplicación progresiva de este, gracias a que su alcance máximo va a depender del grado de integración de la misma en la atención primaria; este proceso es concurrido por la serie de profesionales sanitarios que se ven involucrados en la atención de un paciente tales como lo son los médicos, farmacéuticos, enfermeros y asistentes; entre otros. De tal manera que el paciente es el objetivo compartido entre estos profesionales y con el referente final de brindarle una calidad de vida adecuada; constituyendo esto en los centros de salud un eje natural de convergencia ⁸⁶.

Las patologías de evolución crónica generan una repercusión no solo a nivel clínico, sino que también a nivel económico y principalmente en la calidad de vida del paciente por la elevada morbilidad y mortalidad que estas generan. A causa de esto los pacientes requieren de atención primaria de forma continua y de una atención especializada en determinados procesos de la enfermedad o agudizaciones de la misma. Es aquí donde se da la intervención de diferentes profesionales; tal como la del farmacéutico, quien puede desarrollar un papel importante en el seguimiento integral del tratamiento farmacológico del paciente a través de la atención farmacéutica ⁸⁷.

Diversos estudios realizados en algunos campos han demostrado la efectividad que tiene la atención farmacéutica en los pacientes, principalmente en aquellos que presentan problemas con respecto a la adherencia a la terapia; sin embargo, se ha determinado que la

atención aplicada en diferentes niveles asistenciales varía en dependencia del tipo de paciente que se esté tratando, así como las características de la patología que se presentan⁸⁷.

2.5.2. Ventajas de atención farmacéutica.

La aplicación de la AF, así como la colaboración interdisciplinaria en conjunto con diversos profesionales de la salud conduce a resultados importantes en la salud de los pacientes. En donde las habilidades que poseen los farmacéuticos los convierte en profesionales que pueden causar un impacto positivo en el control integral de la farmacoterapia cuando se trabaja en conjunto con otros profesionales⁸⁸.

A causa de las altas tasas a nivel mundial de enfermedades crónicas y en conjunto con el acelerado envejecimiento de la población, en donde a pesar de la existencia de alternativas farmacológicas exitosas para estas patologías; la falta de un buen control de la enfermedad conlleva a nivel sanitario el uso de recursos adicionales y consiguientemente altos costos económicos, por lo que una de las principales causas evitables de esto es la prevención de errores de medicación o la falta de adherencia a los tratamientos⁸⁸.

La atención farmacéutica beneficia a los pacientes y los servicios de salud; esto porque la provisión responsable y oportuna en la farmacoterapia mejorando la calidad de vida en los pacientes, además que conduce a una colaboración de la mano entre el farmacéutico-paciente gracias a una coordinación con otros profesionales de la salud agregándole un valor a la AF; esto por la atención centrada en el paciente lo que proporciona una base para la implementación de métodos relacionados con este enfoque en la práctica diaria⁸⁸.

Las intervenciones realizadas en la atención farmacéutica han demostrado mejorar la calidad de vida del usuario y en algunos casos el de su familia; gracias a la promoción del conocimiento de la enfermedad y de la terapia indicada para tratar esta afección, gracias a la educación referente a lo que engloba la terapia farmacológica puede generar un ahorro tanto para los sistemas de salud como para el consumidor final y los involucrados⁸⁹.

En algunas patologías, especialmente las de origen crónico la educación que se tenga de lo que engloba como tal la enfermedad es importante para marcar una diferencia, esto puede causar una influencia en el comportamiento que se tenga frente a la misma , gracias a la promoción del autocuidado en la medida que es posible por medio de cambios en los estilos de vida que favorezcan un enlentecimiento en el progreso de la enfermedad; por lo que en estos casos la intervención profesional resulta beneficiosa⁸⁹.

El impacto de la atención farmacéutica a nivel de sistemas de salud es evidente por su aporte en el uso adecuado de los medicamentos produciendo así beneficios cuantificables en la población. Además de esto, a nivel económico los gastos asociados al uso inadecuado de los fármacos pueden verse incrementados en la terapia farmacológica por el requerimiento posterior de terapias más complejas y costosas, así como un aumento considerable a nivel de las tasas de morbilidad y mortalidad ⁹⁰.

De acuerdo con diversos estudios, se ha determinado que la aplicación de modelos o protocolos de atención farmacéutica han mostrado reducción de resultados negativos en la farmacoterapia alcanzando resultados óptimos en la terapia de los pacientes, esto por la reducción de riesgos causados por la automedicación a causa de la desinformación y gracias a la aplicación de seguimientos farmacoterapéuticos siendo un elemento clave en la prevención y limitación de riesgos en terapias, denotando en ocasiones un retraso en la evolución de la enfermedad por lo que se destaca la importancia del papel del profesional en farmacia y de la intervención de otros profesionales de la salud ⁹⁰.

2.5.3. Intervención farmacéutica en Enfermedad de Alzheimer.

En los últimos años el papel del farmacéutico ha cobrado importancia a nivel asistencial en los servicios de salud de atención primaria; esto porque a pesar de que se han desarrollado novedosos medicamentos que pueden aumentar la esperanza y la calidad de vida gracias al retraso en el progreso de la enfermedad o su prevención; la intervención adecuada y oportuna ha marcado una diferencia en el uso adecuado de estos, en donde se ha mostrado una reducción significativa en los re ingresos hospitalarios o incluso las tasas de mortalidad a gracias a la práctica profesional en farmacia ⁹¹.

La intervención de estos profesionales como parte de la atención de pacientes con necesidades y condiciones especiales implica responsabilidad y marca una diferencia en los resultados de la farmacoterapia, gracias a un seguimiento en donde se considere aquellas condiciones especiales que tenga el paciente tal como lo es el caso de los pacientes geriátricos especialmente aquellos diagnosticados con EA; en donde además de su edad avanzada generalmente sufren de pluripatologías para las cuales reciben múltiples medicamentos que pueden causar repercusiones a nivel fisiológico, provocando a corto o largo plazo un deterioro mayor en la calidad de vida del paciente y de su cuidador ⁹¹.

A causa de todas estas características que generalmente tiene el paciente geriátrico, es necesario un trabajo en conjunto con otros profesionales implicados en la salud y el seguimiento del paciente por lo que los diferentes profesionales implicados deben trabajar de forma independiente, pero buscando un objetivo en común; de manera que en este sentido el farmacéutico puede realizar intervenciones tales como:

- Brindar educación sobre aspectos relevantes de los medicamentos a el paciente y sus cuidadores.
- Relación directa con el medico con respecto al tratamiento del paciente, así como realizar intervenciones cuando se consideren oportunas.
- Realizar seguimiento farmacoterapéutico y vigilar el cumplimiento de las prescripciones farmacológicas y no farmacológicas que puedan afectar los objetivos terapéuticos.
- Mantener un control acerca del uso que le da el paciente y el cuidador de los medicamentos e intervenir con estos en caso que sea necesario.
- Ser fuente de apoyo en caso que el cuidador o el paciente lo requiera ante cualquier duda con respecto al tratamiento⁹¹.

Estas son de las principales acciones en donde el farmacéutico puede realizar una serie de intervenciones con el fin de evitar resultados negativos que puedan causar una repercusión en la terapia del paciente ⁹¹.

Estas prácticas pueden ser llevadas a cabo gracias a los servicios de seguimiento farmacoterapéutico en un trabajo en conjunto multidisciplinario con otros profesionales; este servicio profesional busca evaluar y realizar una monitorización de la terapia del paciente, con el fin de estudiar en la terapia todos los aspectos que la involucren y que puedan causar alguna afectación en el paciente y tomando en consideración características especiales que tenga el mismo y que puedan influir en los resultados esperados⁹².

Por lo tanto, el seguimiento farmacoterapéutico al ser una práctica profesional en donde el farmacéutico asume la responsabilidad de las necesidades que tiene el paciente con respecto a su medicación; es decir no solo requiere de los conocimientos de este profesional de una manera sencilla, si no que consiste en actuar de manera oportuna cuando el paciente lo requiera evaluando la situación. Esto hace que este servicio sea sistematizado, continuo y documentado; todo esto con el fin de realizar un mejor estudio de la terapia del paciente con el objetivo de detectar e identificar problemas relacionados a la farmacoterapia ⁹².

A través de estos análisis realizados, el farmacéutico ejecuta las intervenciones ya sea en educación, cantidad y administración del medicamento entre otras, y diseña estrategias considerando a el paciente y su cuidador; esto en un trabajo en conjunto con su médico tratante con el propósito de optimizar la terapia del paciente y con un mayor beneficio para este ⁹¹.

2.5.4. Abordaje terapéutico en Enfermedad de Alzheimer.

En la EA el abordaje que se realice en el paciente puede ser una pieza clave, principalmente cuando se realiza un diagnóstico precoz de la enfermedad, aunque sucede en pocas ocasiones puede ser de ventaja en el tratamiento del paciente, debido a la repercusión que tiene la enfermedad en la calidad de vida, en donde a pesar de que no tiene cura como tal los tratamientos disponibles si producen una mejoría importante en los paciente ⁹³.

El abordaje que se le brinde al paciente debe ser integral y multidisciplinario, en donde se considere tanto al enfermo y su familia, así como las necesidades y las características del paciente; dentro de los abordajes más importantes se encuentran:

Apoyo a familiares y cuidadores

Debe de considerarse la calidad de vida del paciente y su entorno, por lo que el abordaje que se realice con estos debe ser individualizado de acuerdo con la situación en la que se encuentre este, para lo cual se debe considerar tres aspectos fundamentales los cuales son detallados en la figura 6 ⁹³.

Figura 6. Aspectos a considerar en apoyo a familiares y cuidadores.



Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia ⁹³.

Asimismo, se ha estimado que la educación y un apoyo adecuado de los cuidadores y familiares de estos pacientes puede causar un impacto positivo en la evolución de la enfermedad, reduciendo de forma significativa en algunos casos la hospitalización de los pacientes; en donde en ocasiones esto tiene un alto precio a nivel de cuidadores a causa de una sobre carga tanto físico y emocional provocado por el cuidado durante largos periodos y por la difícil tarea que conlleva el cuidado de estos pacientes; es por esto que la intervención de profesionales sanitarios pueden contribuir en la disminución de la carga de los cuidadores informales gracias a diversas herramientas de soporte que pueden ser brindadas⁹³.

Planificación y cuidados paliativos.

De acuerdo con la evolución de la enfermedad y la condición individualizada de cada paciente se debe de establecer un plan general, gracias a la intervención de profesionales que establezcan un plan adaptado a las necesidades del paciente y su entorno; para esto se debe considerar el historial médico del enfermo con el fin de adecuar este plan con base en esas condiciones. De igual forma, estos planes contribuyen con el cuidador esto porque le permite una mejor planificación de cuidado lo que también en base a esto al personal médico le facilita la labor de brindar una serie de posibles soluciones y herramientas que permitan optimizar el manejo del paciente adecuándolo a la evolución de la enfermedad. Todas estas medidas en un periodo contribuyen a tener una mejor coordinación entre profesionales lo que contribuye en la calidad asistencial del paciente ⁹³.

Atención integral al paciente.

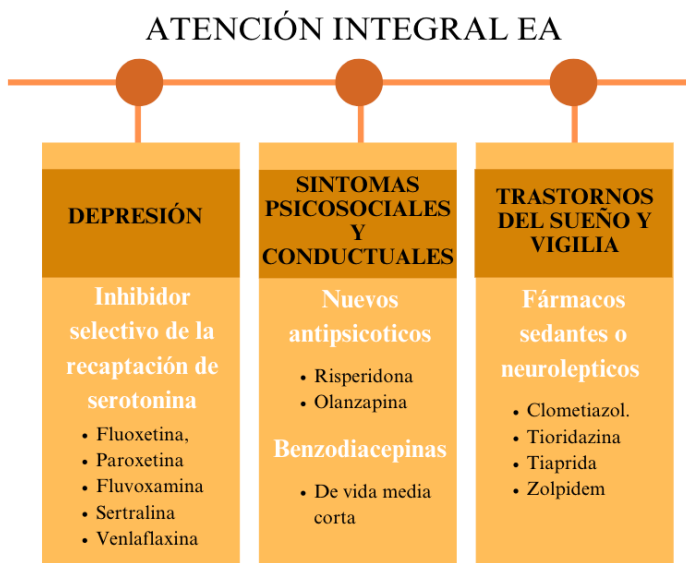
En estos casos es importante realizar una valoración en conjunto del paciente; como es característica esta enfermedad generalmente prevalece en personas adultas mayores los cuales en muchos casos padecen de otras patologías por lo que esto se debe considerar para para instaurar un tratamiento y un manejo integral en el paciente ⁹³.

Muchas de las alteraciones que presenta la población geriátrica en ocasiones pasan desapercibidas, por lo que a veces no se instaura un tratamiento para estas, lo que afecta la calidad de vida del paciente; de manera que es necesario conocer por completo aquellas afecciones que puedan causar una alteración mayor en el paciente y con respecto a esto determinar el abordaje adecuado ya sea a través medidas farmacológicas o no farmacológicas⁹³.

Con respecto a los tratamientos farmacológicos como bien se ha detallado, aún no existe un tratamiento definitivo para la EA, los que actualmente están disponibles son utilizados para evitar la progresión de la enfermedad o bien para retrasar la aparición de sintomatología en los pacientes, confiriéndole una mayor calidad de vida por algún periodo de tiempo; sin embargo se han instaurado algunos tratamientos farmacológicos principalmente en fases iniciales para tratar algunos síntomas afectivos que pueden estar

asociados a la demencia y que pueden empeorar el deterioro cognitivo del paciente, entre estos tratamientos se encuentran:

Figura 7. Tratamientos farmacológicos para tratar sintomatología en EA.



Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia ⁹³.

El uso de múltiples fármacos aumenta el riesgo de efectos secundarios o interacciones entre ellos, incrementando otros síntomas o afecciones que causen repercusión en el paciente a largo plazo y afectando su calidad de vida ⁹³.

Por otra parte, los tratamientos no farmacológicos en la EA han demostrado evidencia los cuales muestran múltiples beneficios; estos consisten en terapias donde se le brinda al paciente estimulación cognitiva a través de la terapia ocupacional; ofreciendo resultados favorables sobre la cognición y la conducta del paciente. Por otra parte, la capacitación a cuidadores enfocadas en brindar herramientas que les permita al paciente realizar ciertas actividades diarias y terapias de conducta son eficaces para mejorar la condición clínica del enfermo.

2.5.5. Papel del farmacéutico en Enfermedad de Alzheimer.

En la EA sus manifestaciones clínicas causan un gran impacto tanto en la vida del paciente como en la de sus familiares, por lo que la demencia agrava notablemente la comorbilidad de las personas involucradas. En este sentido, el papel que ejercen diversos profesionales de la salud juega un papel muy importante, esto en cuanto a terapia se refiere con el fin de garantizar una terapia adecuada y óptima así como el uso adecuado y racional de los medicamentos prescritos; es por esto que se habla de un entorno multidisciplinar en donde el farmacéutico es una pieza clave por su aporte de conocimiento y habilidades dirigidas en la mejora de la calidad de vida de los pacientes en relación con la farmacoterapia y los objetivos que se pretende lograr con esta⁹⁵.

Adicional a esto, la farmacoterapia generalmente indicada para estos pacientes varía según su estadio y es un factor importante en el progreso de la enfermedad por lo que es una variable de relevancia; generalmente la medicación de estos pacientes cuenta con una amplia cantidad de efectos secundarios que se pueden presentar; en algunas ocasiones la polimedición puede suponer una fuente de morbilidad importante; en ocasiones a raíz de la falta de adherencia a los tratamientos⁹⁵.

En algunos estudios se ha descrito que como bien se conoce como parte de las características fisiológicas de esta enfermedad, se tiene un déficit colinérgico el cual puede ser causante de la demencia; se ha observado que en aproximadamente un 50% de los pacientes cuentan en su prescripción farmacológica medicamentos con acción a nivel colinérgico, estando estos contraindicados lo que puede conducir la aparición de efectos secundarios poco tolerados por el paciente ⁹⁵.

Es por esto que el papel del farmacéutico como profesional de la salud y especialista en medicamentos tiene un rol importante en la enfermedad de Alzheimer, por lo que su participación activa en la detección precoz, así como en el acompañamiento terapéutico es un trabajo que se debe realizar en conjunto tanto con el paciente como con sus familiares y cuidadores; especialmente dado por su elevado grado de dependencia que generalmente tiene el enfermo en fases avanzadas de la enfermedad. Debido a esto la posición del farmacéutico

es un pilar importante y necesario para conseguir una mayor eficacia de la terapia por lo que se debe considerar el abordaje terapéutico que se le dé y teniendo en cuenta como foco central el paciente y su cuidador⁹⁵.

En cuanto a los tratamientos existentes y comúnmente indicados en esta enfermedad, se ha observado que producen efectos adversos potenciales y que generalmente son usados en pacientes de edad avanzada con más comorbilidades para los cuales tienen otros medicamentos lo que los posiciona en una situación de mayor vulnerabilidad, por lo que el papel del farmacéutico se destaca con lo que respecta a la educación y las recomendaciones acerca de esto. Asimismo, la aceptación que tenga el paciente o bien en este caso el de los familiares y cuidadores es un aspecto que para el profesional puede ser difícil de valorar, porque en algunas ocasiones son agentes determinantes en si recibir o no los tratamientos farmacológicos, lo cual conlleva a desatención o el abandono del tratamiento a causa de la desinformación completa y objetiva por parte de un profesional por lo que los conduce a esta decisión ⁹⁶.

Se ha demostrado en estudios que la correcta gestión del farmacéutico ha mostrado resultados positivos en temas de identificación y resolución de problemas relacionados a medicamentos; por lo que la educación dirigida a cuidadores y pacientes de su tratamiento puede causar un impacto en la simplificación de los regímenes farmacológicos, mejorando así la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, a pesar de los amplios roles que puede desempeñar este profesional, el conocimiento en esta población y acerca de esta enfermedad puede ser limitado, por lo que un asesoramiento integral es pieza clave en el apoyo que se le brinde a esta población ⁹⁷.

Los farmacéuticos son los profesionales de salud que resultan más accesibles para los pacientes, entre sus funciones destacan la detección precoz de anomalías, además desempeñan labores relacionadas con la educación sanitaria, dispensación de medicamentos, el seguimiento farmacoterapéutico, significando todo esto un apoyo para los cuidadores. Es por esto que se ha sugerido la importancia de los farmacéuticos, principalmente los

comunitarios en la optimización de la terapia, así como una base de apoyo al cuidador reduciendo en ocasiones la carga⁹⁸.

En un estudio realizado en Japón, se analizó la influencia que ejerce el farmacéutico de comunidad en la disminución de la carga asistencial de pacientes con demencia, en este se observó que la aplicación de una serie de intervenciones puede causar un impacto positivo sobre la carga del cuidador; gracias a la información suministrada y la sugerencia de intervenciones realizadas al médico generan un impacto positivo en la terapia del paciente; esto gracias a la identificación de problemas relacionados con los medicamentos, o bien la falta de educación por parte del cuidador acerca de los medicamentos; todo esto condujo a una disminución en la tasa de interrupción de la terapia así como un trabajo en conjunto con otros proveedores de atención médica, por lo que se mostró una mejoría en la carga asistencial de los cuidadores, beneficiando a largo plazo la calidad de vida de los mismos⁹⁸.

2.5.6. Estrategias implementadas por profesionales farmacéuticos en pacientes con EA.

Dado a la alta prevalencia que tiene la Enfermedad de Alzheimer, así como el impacto que esta genera gracias a su complejidad en su abordaje, conlleva una ardua tarea en el diseño y aplicación de intervenciones por parte de los profesionales de salud, principalmente de farmacéuticos, esto por su escasa relación con este tipo de pacientes de forma diaria; de forma que existen escasas estrategias diseñadas para estos pacientes y familiares que asumen el cuidado de estos⁹⁹.

Sin embargo, a pesar de esto el papel que desarrollan los profesionales de salud es de importancia; principalmente a nivel educativo esto más que todo porque son un enlace primario de información con respecto a la evolución de la enfermedad del paciente; no obstante, a pesar de esto para el diseño de estrategias inicialmente se debe considerar cuáles son las principales necesidades que pueden ser identificadas por parte del cuidador y con base en esto considerar aquellas estrategias que pueden ser diseñadas para compensar esta necesidad¹⁰⁰.

Los profesionales en farmacia ejercen un papel trascendental en cuanto al tratamiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer, esto porque no solo deberían en la práctica adecuada proporcionar medicamentos únicamente; sino también deben participar en temas educativos y de apoyo integral a los cuidadores. Sin embargo, a pesar de la importancia de su intervención en las estrategias, existe poca información de la enfermedad por parte de estos profesionales; por lo tanto, algunas de las estrategias en las que más se ven involucrados es en la aplicación de guías informativas las cuales son una herramienta educativa para cuidadores; esto como estrategias no farmacológicas ¹⁰¹.

Por otra parte en cuanto al campo clínico, los farmacéuticos tienen una participación más activa, principalmente en el campo de la investigación y el desarrollo de nuevas alternativas farmacológicas tal como el desarrollo y estudio de terapias no inmunológicas, los cuales pretenden mejorar la sintomatología en los pacientes en uso con la terapia habitual indicada para esta patología; todo esto de la mano con una actualización y estudio continuo de estrategias farmacológicas novedosas que pueden ser aplicados en estos pacientes ¹⁰².

Actualmente, existe poca información acerca de estrategias dirigidas específicamente para pacientes con Enfermedad de Alzheimer; sin embargo, por las características de esta población se han estandarizado con otras poblaciones que comparten similitudes, tal como lo es el envejecimiento o las comorbilidades de curso crónico. A causa de esto las estrategias que han sido implementadas por parte de los farmacéuticos están enfocadas en la mejora de la calidad de vida del paciente y su cuidador y enfocadas en la reducción de prescripciones inadecuadas, con el fin de minimizar efectos indeseados en el paciente; por otra parte también como parte de su objetivo buscan una reducción de la polifarmacia en el paciente lo cual es muy común en esta población, esto normalmente aumenta el riesgo de interacciones entre los medicamentos y dificulta la labor de administración ¹⁰³.

Estas estrategias estandarizadas están enfocadas en la optimización del manejo de la terapia en pacientes con EA; sin embargo actualmente a pesar de realizar una revisión bibliográfica se carece de información de procedimientos diseñados específicamente para los pacientes con este tipo de demencia ¹⁰³.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se realizará una descripción del marco metodológico de la investigación, definido por Rivas A¹⁰⁴, como “la parte del escrito en la cual se argumentan los métodos, procedimientos y limitaciones para la recolección de datos con relación a un tema o problema en específico”.

De tal manera que a continuación se va englobar el enfoque, el tipo de diseño entre otros apartados de importancia en el desarrollo de la investigación con el objetivo de analizar el problema sometido a estudio. Así mismo, se van a considerar aquellas fuentes de información de calidad como herramienta para la recolección de la muestra y el análisis de los resultados obtenidos; siendo este último un aspecto que va a dar paso a la conclusión de la investigación.

Para la elección se tomaron en cuenta los criterios de inclusión, Manzano et al.¹¹³, consideran que estos criterios en investigaciones clínicas no son específicos, es decir, la selección de la muestra es aleatoria sin embargo si juega un papel importante en la construcción de la investigación puesto que deben de cumplir con ciertas características particulares que se relacionen con el estudio para participar en este.

Por otra parte, otro de los criterios importantes para la pureza de datos recolectados son los criterios de exclusión, se trata de aquellas características o condiciones que presentan los participantes que pueden alterar los resultados, lo que los hace no elegibles para el estudio; en resumen, se trata de características opuestas a los criterios de inclusión ¹¹³.

Considerando lo anterior y de acuerdo con el objetivo de la investigación se establecen criterios para la elección de los participantes con el fin de delimitar la población y obtener resultados más certeros y reales. Para la selección de los sujetos se consideró el papel y la influencia que tienen en el objeto de estudio con el fin de conocer la realidad desde su perspectiva y experiencia. Por lo tanto, se detallan los criterios de inclusión y exclusión aplicados, en la tabla 12.

Tabla 12. Criterios de inclusión y exclusión para delimitación de participantes.

Participantes de estudio	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Médico especialista en Geriátría	Médico especialista en geriatría con experiencia en atención y seguimiento terapéutico de pacientes con Enfermedad de Alzheimer, voluntario de la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras demencias ASCADA en el periodo de enero-agosto 2024.	Medico sin experiencia en seguimiento terapéutico de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
Farmacéutico	Licenciado en Farmacia con experiencia en seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con patologías neurodegenerativas.	Licenciado en farmacia sin experiencia en seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con Enfermedad de Alzheimer.
Terapeuta ocupacional	Terapeuta con experiencia en atención de pacientes diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer.	Terapeuta ocupacional sin experiencia en atención de pacientes con Enfermedad de Alzheimer.
Psicólogo	Profesional en psicología, con experiencia en atención a cuidadores de pacientes diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer.	Profesional en psicología que no forme parte de la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras demencias asociadas.
Cuidador	Persona con experiencia en cuidado de pacientes diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer y que se encuentra apoyado	Cuidadores de pacientes diagnosticados con cualquier tipo de demencia tal como Enfermedad de

	por la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras demencias	Parkinson y otros tipos de demencias.
--	--	---------------------------------------

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Respecto a lo anterior, de acuerdo a las características establecidas y los criterios se destacan los sujetos participantes en el desarrollo de la investigación. Cabe recalcar que, para la aplicación de los instrumentos del instrumento de recolección de la información, se dará la participación de un total de 12 personas de diferentes áreas con el fin de conocer las diferentes perspectivas referentes al tema de estudio, los cuales se detallan en la tabla 13.

Tabla 13. Participantes del estudio.

Sujetos	Total	Características
Médico especialista en Geriátrica miembro de fundación ASCADA	1	Profesional de la salud que diagnóstica y provee seguimiento integral, preventivo y continuo para la mayoría de los padecimientos que presenta el paciente, con especialidad en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades de pacientes adultos mayores. Involucrado en la evolución de enfermedad del paciente con Enfermedad de Alzheimer.
Cuidador (a) apoyado por fundación ASCADA	8	Encargado de suplir las necesidad de paciente diagnosticado con Enfermedad de Alzheimer,

		responsable del cuidado y que interviene en la terapia del enfermo.
Licenciado en psicología	1	Profesional el cual brinda acompañamiento a familiares y cuidadores de pacientes diagnosticados con Alzheimer y otras demencias.
Licenciado en terapia ocupacional	1	Profesional terapia ocupacional el cual dota al paciente para una mayor autonomía a nivel funcional de pacientes con discapacidad física, sensorial o cognitiva.
Licenciado en Farmacia y psicólogo especialista en neuropsicofarmacología	1	Especialista en farmacología del sistema nervioso.
Total de participantes	12	

Fuente: Elaboración propia, 2024.

3.3. Fuentes de información

Guevara et al.¹¹⁴, describen las fuentes de información como aquellas que sirven como medio para el desarrollo de una investigación, de estas precede la información y se satisfacen las necesidades de conocimiento acerca de una situación de manera que posteriormente servirán de base para lograr los objetivos esperados.

Por otra parte, Fidias¹¹⁵, las considerada como cualquier elemento o sujeto que suministra un conjunto de datos, en donde la información recolectada es un elemento primordial para la generación del conocimiento, por lo que es considerada como un insumo

básico para el proceso de una investigación. Debe ser certera y confiable por lo que requiere cumplir una serie de criterios que deben superar filtros de evaluación para ser consideradas.

Generalmente, estas poseen ciertas cualidades, además de las anteriormente mencionadas, deben poseer credibilidad, vigencia y ser de calidad, dichas características se toman en cuenta para fuentes documentales que suministran soporte material, así como fuentes vivas que ofrecen datos primarios del objeto de estudio por lo que deben ser fiables y de calidad¹¹⁵.

3.1.1. Fuentes primarias

Las fuentes primarias son aquellas que ofrecen al investigador un punto de vista desde el interior del escenario de estudio en un periodo de tiempo en particular que se está estudiando; entre las principales se encuentran las fuentes observacionales que son aquellas que involucran el reporte de una observación directa de un comportamiento o evento de tal forma que el investigador recopila información o bien entrevistas, que consisten en una conversación estructurada con personas relevantes para el estudio con el fin de que proporcionen una perspectiva subjetiva con respecto al tema de investigación y, por último, los artículos científicos ¹¹⁵.

La importancia de la entrevista para la presente investigación radica en la pureza de datos que brinda desde la fuente sin intermediarios, con veracidad de la información. Por lo tanto, se trata de la fuente primaria de información, seguido por la que brindan los artículos científicos analizados y las páginas gubernamentales como la Organización Mundial de la Salud.

Las bases de datos consultadas para la obtención de información proveniente de artículos científicos son confiables y de alto grado académico que aseguren la calidad de información empleada. Para la presente investigación se incluyeron bases como PubMed, SciELO, Dialnet y Redalyc; los cuales también son el medio para la fundamentación teórica de los datos recolectados a través de la entrevista.

3.1.2. Fuentes secundarias

De acuerdo con Merino A,¹¹⁶, las fuentes secundarias de consulta son aquellas que sirven como herramienta para interpretar y analizar las fuentes primarias, implican análisis, síntesis, interpretación o evaluación. Estos documentos tienen la característica que no fueron escritos contemporáneo al fenómeno de estudio, entre estas se incluyen enciclopedias, bibliografías, libros de texto, artículos de revista en revisión o listados de referencia creados a partir de fuentes primarias.

Con respecto a lo descrito anteriormente, para este análisis se emplearán fuentes secundarias como tesis y artículos científicos de calidad elaboradas a partir de resultados obtenidas en investigaciones previas las cuales sirven como base para la elaboración de antecedentes referentes a la problemática y como precedentes de la situación actual.

En este caso para el desarrollo de esta investigación se emplearán artículos de revisión bibliográfica, tesis elaboradas referentes al tema de investigación o bien datos proporcionados por censos realizados, estas son de importancia para la investigación en desarrollo ya que sirven como precedente del comportamiento del tema de estudio a través de los años, además de esto son respaldo de investigaciones elaboradas anteriormente. Además de esto proporcionan contexto y fuente de análisis.

3.1.3. Fuentes terciarias

Por último, las fuentes terciarias son aquellas que brindan información que ha sido extraída de fuentes primarias, que ofrecen datos certeros y secundarias que organizan y analizan la información, por lo que la base son resultados filtrados y resumidos tal como los artículos de enciclopedias; son útiles para el investigador ya que proporciona una visión general del panorama y no son relevantes para el desarrollo de investigaciones científicas. Es por esto que para el desarrollo de esta investigación no se tomaron en consideración¹¹⁶.

3.2. Técnicas de recolección de datos

De acuerdo con Vivar et al.¹¹⁷, la recolección de datos en una investigación cuantitativa es de vital importancia para su desarrollo, la elección del método va a definir el desenlace de

la investigación por la forma de recolección de los datos. En este tipo de diseño cualitativo generalmente existen métodos que se adaptan a la necesidad de la investigación.

Otro de los factores importantes que se deben de considerar es el tipo de información que se necesita, se deben evaluar aspectos como la disponibilidad de recursos tanto materiales como humanos y de la viabilidad, que por las características del tipo de investigación van a proporcionar datos descriptivos y no cuantificables. De tal manera que permite un conocimiento rico y profundo de la problemática sometida a estudio¹¹⁷.

En base a esto, para la recolección de datos uno de los principales factores es identificar a los sujetos de estudio y en con respecto a esto establecer aquellos criterios de inclusión y exclusión con el fin de delimitar los datos recolectados y que estos sean certeros; asimismo el tamaño de la muestra esto porque los resultados no pueden generalizarse a toda una población diana, todo esto en consecuencia resulta en información rica y precisa. Para el desarrollo de esto se pueden emplear diferentes métodos, sin embargo, en investigaciones de carácter cualitativo se consideran dos de mayor importancia que se apegan a la dinámica de este tipo de investigación¹¹⁷.

3.2.1. Revisión documental

La investigación documental se define por Hernández et al ¹¹⁸ como aquella que se basa en la consulta de documentos para el desarrollo de la investigación científica, por lo que detectan información y parten de conocimientos previos, además son seleccionados cautela, de forma que brinde información fidedigna a la investigación¹¹⁸.

Por otra parte, Peña et al.¹¹⁹, consideran que la revisión bibliográfica es una de las principales operaciones en las etapas de investigación porque dan lugar a una fuente secundaria siendo intermediaria entre la fuente original y el investigador e involucra la interpretación y análisis de la información recolectada.

Por otra parte, los métodos de recolección de información deben de responder a tres necesidades informativas, primero, conocer lo que otros investigadores han desarrollado en ese campo de estudio, segundo, conocer qué secciones específicas de información de un

documento es de relevancia para la investigación y finalmente conocer la totalidad de información; todo esto concluye en que no se sigue un método o estrategia, sino que es necesario adaptarse a conceptos manejados en ciencias o disciplinas afines y adaptarlos con el fin de obtener el resultado esperado¹¹⁹.

Para el desarrollo de esta investigación, se consultaron diversas fuentes de búsqueda bajo el objeto de estudio, la Enfermedad de Alzheimer, la adherencia terapéutica y la influencia de los cuidadores sobre esta; con el fin de describir estos fenómenos y su relación con los resultados de la investigación.

3.5.2. Entrevista a profundidad

De acuerdo con Robles B¹²⁰, este método de recolección de datos es característica de las investigaciones de tipo cualitativo, cuenta con la particularidad de que sigue un modelo de plática entre el investigador y el informante, en este caso, el participante del estudio en va a brindar su perspectiva a cerca de la realidad de una situación con sus propias palabras, lo cual hace que se adentre en la profundidad del tema en estudio.

En esta técnica, el entrevistador explora, detalla y concluye por medio de preguntas cual es la información más importante de acuerdo con el interés de la investigación. Depende en gran medida el tipo de información que se obtenga del entrevistado, pues influyen diversos factores como el grado de conocimiento que tenga este del tema en cuestión y que tan cómodo se sienta este con el desarrollo del mismo, así como la confianza y la complicidad que este tenga con el investigador de forma que le permita profundizar en el tema ¹²⁰.

En la entrevista se da construcción de datos y es importante que se realice de manera adecuada, es un proceso largo y continuo, se debe contemplar que el desarrollo de las preguntas no debe sancionar, restringir o limitar a los entrevistados, puesto que esto puede limitar la posibilidad de respuestas concretas y confiables, afectando de esta manera el análisis de los resultados y con esto conseguir el objetivo final de la investigación ¹²¹.

El autor Rodríguez J¹²¹, respalda esta estrategia, ya que detalla la entrevista como una de las principales fuentes de información para el desarrollo de la investigación, en la presente investigación, la misma va a estar dirigida a los principales involucrados en la EA, con el fin de conocer los diferentes puntos de vista acerca de las estrategias implementadas dirigidas a la adherencia terapéutica en esta población.

Por un lado, el médico es el personal de salud cuya ocupación está dirigida a identificar, diagnosticar y seguir el progreso de una enfermedad con el fin de perseguir el beneficio del paciente a través de la aplicación de su conocimiento científico en el área. Por otra parte, el cuidador, que desempeña un papel importante en el desarrollo de EA y la adherencia al tratamiento, por lo que repercute en la calidad de vida del paciente. Por medio de la entrevista a ambas partes, se ofrecen dos perspectivas de la enfermedad con el fin de analizar las estrategias implementadas para su manejo.

Con respecto al instrumento de recolección de información, se tomaron en cuenta los participantes a los cuales les será aplicado; esta consiste en una entrevista la cual será realizada por medio de una reunión establecida en una plataforma virtual con cada uno de los participantes seleccionados; asimismo para el proceso previo de aplicación del instrumento, se realizó la validación de la herramienta en donde se tomaron en cuenta las consideraciones establecidas por profesionales en el área, esto con el fin de obtener información que proporcione datos pertinentes y enriquecedores para satisfacer los objetivos establecidos en la investigación. Los participantes que colaboraron en el proceso de validación se detallan en la tabla 14, cabe recalcar que a estos no les fue aplicado el instrumento con el fin de evitar conflicto de intereses.

Tabla 14. Participantes que colaboraron en la validación del instrumento.

Nombre	Descripción
Andrea Quesada Víquez	Médico cirujano, ex miembro de la ASCADA.

Erika Salazar Fernández	Vicepresidenta ASCADA y coordinadora de asuntos académicos.
Clemencia Cruz Diachkov	Tutora de la investigación y profesional en Farmacia.

Fuente. Elaboración propia, 2024.

3.3. Tratamiento de la información

De acuerdo con Gutiérrez E¹²², esta es una de las fases más importantes de la investigación y puede ser desarrollada en varias etapas para mayor comprensión; el tratamiento de la información constituye la etapa en la cual los datos y las observaciones se organizan para ser descritas y comparadas entre sí. La comparación se realiza posterior a la organización y descripción de los datos recolectados. Se deben clasificar las variables relevantes para la investigación en un orden ya sea lógico, biológico o social; sin embargo, en algunos casos estas no requieren clasificación.

Para un mejor análisis de la información, lo ideal es elaborar un modelo de tablas o graficas cuando lo requiera, con el fin de categorizar la información brindada en un formato de fácil comprensión, tomando en cuenta que no se pierdan de vista que los objetivos y las variables, ya que son la guía del estudio. El método de análisis de las variables es un eje importante para el procesamiento de la información que se obtiene en base al cumplimiento de los objetivos y que, a su vez, serán apoyados con el material teórico que sustenta la investigación.

Para el desarrollo se aplica una técnica apropiada para la recolección de datos como lo es la triangulación, de acuerdo con Aguilar et al.¹²³, esta herramienta es una mezcla de diversas técnicas o metodologías de investigación aplicadas a un fenómeno en particular, compara la información recolectada por medio de las técnicas utilizadas y los datos obtenidos.

Por otra parte, Jiménez E¹²⁴, concuerda con que se trata de la aplicación de diversas técnicas de recolección de información con el fin de estudiar un problema en particular, permitiendo de esta forma proporcionar una mayor validez acerca de hallazgos con respecto

a ese fenómeno. Existen diversos tipos de triangulación, todas estas son útiles ya que permite conocer apreciación de métodos, datos o investigaciones del tema de estudio.

El tipo de triangulación que se elija debe ser enfocado en las características y el objetivo de estudio, debe de ser útil para verificar y brindar información íntegra para la investigación. Para el desarrollo de este estudio se implementará la triangulación de datos que permite realizar una comparación o contraste de la información recolectada¹²⁴.

En la investigación cualitativa, la triangulación de datos es un control de calidad de la investigación debido a la credibilidad que tienen los hallazgos, en gran parte, por el papel que el investigador adquiere interpretando los datos y opiniones acerca del objeto de investigación. Para que este proceso sea eficaz, el investigador debe reunir, seleccionar, delimitar, relacionar e interpretar los datos recolectados, procesos clave en la investigación.

Este tipo de triangulación integra todas las cualidades necesarias para el desarrollo de la presente investigación, la información proveniente de personas cuidadoras de pacientes con Enfermedad de Alzheimer así como de profesionales de la salud que les brindan seguimiento, integrada con datos de origen bibliográfico que detallan las principales estrategias implementadas en esta población, forman un binomio perfecto para generar una serie de recomendaciones referentes al tema de estudio y que sirven como base para futuras investigaciones en el campo.

3.4. Categorías de análisis

Oropeza I¹²⁵, lo define como la forma en la que se van a manejar las variables que serán sometidas a estudio de forma específica, lo cual facilita la recolección y análisis de los datos; para esto se consideran los objetivos de la investigación.

El objetivo de esta etapa consiste en reducir, categorizar y sintetizar la información para tener una visión completa de la realidad del tema estudio. En investigaciones de carácter cualitativo el análisis debe de ser flexible de tal manera que esta etapa debe ser desarrollada durante el periodo de estudio, de tal forma que en la medida que se va ejecutando la

investigación el investigador va realizando una adaptación de sus objetivos en base a la evolución del estudio¹²⁵.

Por ello, a partir de los objetivos establecidos previamente se fijaron categorías referentes a cada uno de estos, esto con el fin de realizar un mejor análisis de la información proporcionada por parte de los participantes.

Tabla 15. Categoría de análisis.

Objetivo específico	Categoría	Definición conceptual	Definición procedimental
Identificar las principales barreras que enfrentan los cuidadores de pacientes con Alzheimer en el proceso de adherencia terapéutica durante el periodo de estudio.	Barreras que enfrenta el cuidador	Obstáculo que afecta el bienestar y calidad de vida del cuidador y del enfermo de Alzheimer por la intervención de diferentes factores relacionados ¹²⁶ .	Guía de preguntas ítems 1 y 2
	Adherencia terapéutica	Grado en que la conducta de un paciente en relación con los factores involucrados en la enfermedad se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario ¹²⁷ .	Guía de preguntas ítem 3, 4 y 5
Describir las estrategias de apoyo proporcionadas por la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias (ASCADA) y su percepción por parte de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer en relación a la adherencia terapéutica.	Estrategias de apoyo en adherencia terapéutica.	Acción cuyo objetivo final es reforzar el papel clave del profesional en salud en la adherencia y la detección de aquellos pacientes que no cumplen el tratamiento durante el proceso de dispensación ¹²⁸ .	Guía de preguntas ítems del 6 al 10

<p>Determinar intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, centrándose en el apoyo brindado a los cuidadores.</p>	<p>Intervenciones en la terapéutica</p>	<p>Son estrategias implementadas con el fin de ayudar a los pacientes a continuar con la prescripción médica de manera efectiva y adaptada a las necesidades ¹²⁸.</p>	<p>Guía de preguntas ítems del 11 al 15</p>
---	--	--	---

Fuente: Elaboración propia, 2024.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo se desarrolla a través de un proceso investigativo de carácter cualitativo con el fin de brindar una serie de respuestas a las preguntas que fueron planteadas al inicio de la investigación; las cuales surgen a partir de los objetivos en los cuales se encuentra basado este proceso investigativo. De tal manera que se explorarán a mayor detalle los resultados obtenidos a través de entrevistas realizadas a profesionales y cuidadores de pacientes diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer; para realizar un mejor análisis de las respuestas se realizará través de la segmentación de los tres objetivos específicos y por medio de categorías de análisis para una mejor interpretación de la información.

Este capítulo es de vital importancia para finalmente brindar una serie de conclusiones y recomendaciones posteriores, que permiten contribuir al área de estudio, así como también para posibles mejoras que puedan causar un impacto positivo en esta población de pacientes.

4.1. Identificar las principales barreras que enfrentan los cuidadores de pacientes con Alzheimer en el proceso de adherencia terapéutica durante el periodo de estudio.

Ortega et al.⁹, destaca la definición citada por la OMS de adherencia terapéutica como el grado en el que el paciente adopta ciertos cambios, ejecuta y cumple un régimen establecido por parte de un profesional; todo esto engloba una serie de acciones y fenómenos complejos en donde implica el comportamiento del paciente ante estas recomendaciones y la del profesional sanitario en el suministro de servicios de salud; por lo que es una responsabilidad compartida, englobando una serie de acciones que pueden influenciar el grado de cumplimiento de la terapia.

Con respecto a las enfermedades crónico-degenerativas como la EA donde el paciente va adquiriendo más dependencia del cuidador a causa de la pérdida permanente de su autonomía, se da una alteración de la dinámica del entorno familiar lo cual conduce al requerimiento de cuidados especiales; estas alteraciones pueden influenciar la aparición de barreras que repercuten en el proceso de adherencia terapéutica en el paciente ya sea de manera directa o indirecta, estos cambios se convierten en barreras a los que se deben enfrentar en el proceso de cuidado¹²⁹.

A pesar de que existen múltiples factores que pueden intervenir en el proceso de adherencia terapéutica, se consideran principalmente aquellos que se relacionan con el tratamiento farmacológico; se le pueden atribuir aquellos otros que tienen una afectación en el cuidador y en consecuencia una repercusión en la evolución y el estado del paciente.

Con el fin de identificar las principales barreras a las que se enfrentan los cuidadores en el proceso, se realizó una serie de entrevistas a aquellos involucrados. Para efecto de análisis del presente objetivo se tomaron en cuenta las respuestas brindadas por cuidadores apoyados por la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras demencias (ASCADA), así como de profesionales que brindan apoyo a este tipo de pacientes y sus cuidadores.

De tal manera que para una mejor interpretación de los resultados se toma en consideración la categoría de análisis “Barreras del cuidador”, establecida anteriormente, donde se analizarán las opiniones proporcionadas por parte de los participantes y se destacarán aspectos importantes a través de revisión bibliográfica.

En cuanto a la pregunta 1, “¿Considera que obstáculos como socioeconómicos, falta de educación con respecto a la enfermedad, poco acompañamiento por parte de profesionales de salud; son de los principales problemas a los que se enfrentan los cuidadores?”, se detalla en la tabla 16 las respuestas ofrecidas por los participantes.

Tabla 16. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 1.

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	Claro esos obstáculos hacen que el trabajo de un cuidador se torne un poco más pesado física y mentalmente y más cuando no existe un apoyo por parte de profesionales y otros familiares del paciente.
Cuidador 2	Considero que sí, porque a veces uno requiere el acompañamiento de un médico para aclarar dudas y las posibilidades económicas no lo permiten a veces, entonces estamos limitados en cuanto información y ayuda.

Cuidador 3	De cierta manera si, ya que en el aspecto socioeconómico a veces no se puede pagar a un profesional para poder brindarle el tratamiento que necesita; o bien acceso a terapias que pueden ser beneficiosas para el paciente. Por esto considero que la educación que se tenga es muy útil para ofrecer un cuidado en la medida de lo posible adecuado.
Cuidador 4	Completamente, si una persona que no tiene red de apoyo socioeconómico está totalmente limitada, ya que no puede tener acceso a medicamentos que ayudan en los síntomas de la enfermedad y en ralentizar el proceso. También si no hay recursos económicos no puede acceder a especialistas que tenga un control sobre el paciente.
Cuidador 5	Desde mi experiencia como cuidadora, principalmente uno de los principales problemas es que no se tiene tanto conocimiento de la etapa enfermedad, como la etapa en que se encuentra el paciente, que medicamentos toma y para qué. Son puntos importantes conocer para brindar los cuidados necesarios; el cuidado debe ser un trabajo en conjunto con la familia.
Cuidador 6	Todos y cada uno de los puntos son un gran problema, cuando uno empieza este camino del Alzheimer hay tantas dudas y tan poca información en mi caso en la caja del seguro social, al no tener los medios para otro tipo de consulta la información que le brindan es limitada.
Cuidador 7	Si, a veces hay obstáculos económicos para comprar el tratamiento que la caja no tiene. No hay acompañamiento por parte de profesionales para los cuidadores, al menos yo no había encontrado acompañamiento hasta que conocí ASCADA
Cuidador 8	Para mí el mayor obstáculo fue la falta de conocimiento de cómo manejar esta enfermedad, las diferentes etapas tienen su complejidad y enfrentar solos como hijos manejar el Alzheimer no es fácil, cada uno tiene un nivel de entendimiento de la enfermedad diferente y existe mucha desinformación.

Profesional 1 (EG)	Diversos factores influyen, por ejemplo, a nivel económico se cuenta con pocos recursos para brindar las herramientas que se requieren para brindar una calidad de vida al paciente.
Profesional 2 (TO)	Si, a nivel socioeconómico y a nivel de salud es una limitante de por ejemplo a nivel social, en ocasiones realizar programas municipales y públicos enfocados en manejo de estas patologías las cuales pueden ser útiles para aquellos que no tengan los recursos para recurrir a atención privada.
Profesional 3 (F)	Si claro, todos los factores señalados inciden; esto porque en ocasiones no tienen acceso a tratamientos que a pesar que son poco eficaces son caros; tal como los inhibidores de Ach, la falta de acompañamiento por parte de profesionales hace que estos no sepan cómo dar un tratamiento a pacientes con deterioro cognitivo.
Profesional 4 (P)	Muchos factores influyen, pero destaco entre los más comunes la economía; la limitación a ciertos recursos que requiere el paciente genera angustia y en ocasiones culpa por la incapacidad de cubrir las necesidades.

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Los participantes concuerdan que entre los principales obstáculos a los que se enfrentan en el proceso de cuidado de los pacientes destacan principalmente factores socioeconómicos, falta de educación referente a la enfermedad y acompañamiento por parte de un profesional, los mismos indican que consideran que dichos factores causan un desgaste a nivel físico y mental, así que se da una alteración en el estilo de vida y dinámica habitual, éstos son factores que condicionan la calidad de atención que se le puede brindar al paciente.

Así mismo, entre los factores más destacados se encuentra el factor socioeconómico, del cual cinco participantes resaltan la influencia en el proceso de cuidado del paciente ya que el proceso de cuidado contempla altos costos, limitación de los recursos y consiguientemente la menor oportunidad de acceso a herramientas o recursos que pueden ser de beneficio para el paciente.

Concerniente a estos factores, en un estudio realizado en 2014 Cerquera et al.¹³⁰, relacionan el estrato económico y la sobrecarga que provoca a los cuidadores de pacientes con EA, en el mismo destaca que la sobrecarga del cuidador es de origen multifactorial, para lo cual relaciona los gastos económicos que conlleva la enfermedad y su impacto en la sobrecarga emocional. Así mismo, en dicho estudio se encontró una relación poco significativa en cuanto afectación en el cuidador y su estrato económico; sin embargo, no se descarta que sea un factor determinante en el acceso a recursos sanitarios que le proporcionen una buena calidad de vida al paciente, posicionándolo así en una situación vulnerable.

Referente a lo manifestado por parte de al menos cuatro participantes destaca la educación como uno de los factores que suponen una barrera en el proceso de cuidado de estos pacientes; el cual va de la mano con el acompañamiento por parte de profesionales que brindan herramientas para una atención adecuada al paciente de acuerdo con su condición.

En cuanto a la pregunta 2 de dicha categoría, ¿Cree usted que las barreras tales que enfrentan los cuidadores como a nivel económico, falta apoyo por parte de un experto y poca educación con respecto a la enfermedad pueden causar una influencia en el progreso de la enfermedad?, la tabla 17 detalla las respuestas de los participantes.

Tabla 17. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 2.

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	Sí, estas barreras causan una influencia en que la enfermedad avance, la falta de educación, recursos y apoyo profesional acerca de la enfermedad hace que nosotros tengamos menos herramientas para brindarle una atención más especializada y adecuada al paciente, por lo tanto el paciente está más propenso a que la enfermedad avance con más rapidez.
Cuidador 2	Claro que sí, más que todo el acompañamiento de los médicos porque la información a veces no es tan clara y cuando uno ocupa una asesoría de un médico ya hay que recurrir a ellos y más que todo por

	<p>lo privado los costos económicos son elevados, entonces a veces no contamos con tanta información para darle un cuidado adecuado, entonces los cuidados que se les dan, se basan en la experiencia que se adquiere.</p>
Cuidador 3	<p>Absolutamente sí, ya que en lo personal no todas las personas saben acerca de enfermedades cognitivas y pueden generar un impacto hasta el nivel de Burnout, poco conocimiento, e impacto en inteligencia emocional hacia el paciente. Sin embargo son cosas que poco le enseñan a uno, mucho del cuidado de estos pacientes es aprendizaje individual, además considero que el acompañamiento que le brinda un profesional es poco por lo que no brinda tantas herramientas para saber afrontar el día a día de la enfermedad.</p>
Cuidador 4	<p>Si, la formación es súper importante desde que se tiene un diagnóstico. El no conocer la enfermedad genera mucha angustia y ansiedad y peor si no recibe ayuda psicológica ya que el cuidador tiene mucha carga emocional y física. Una sola persona no puede y no debe estar al cuidado de un enfermo de Alzheimer, si el cuidador está mal no puede cuidar el enfermo.</p>
Cuidador 5	<p>Claro que sí, más que todo en estos pacientes con estas demencias ya que a veces la falta de conocimiento de cómo manejarlo nos dificulta la tarea, sin embargo, a veces se cuenta con poca información, los que más lo reciben son familiares que a veces no se involucran en el cuidado y no transmiten esa información a la persona encargada del cuidado la cual puede ser importante. En esos casos hay que basarse en la experiencia para darles los cuidados al paciente</p>
Cuidador 6	<p>La educación es de los principales aspectos, al principio es muy difícil al uno no comprender conductas, yo en lo personal creía que era manipulación, y eso provocaba crisis.</p>

Cuidador 7	Si porque si no hay dinero no se puede comprar el tratamiento y si nosotros como cuidadores no nos informamos y no estamos bien pues podemos incurrir en muchísimo estrés y empeorar las cosas.
Cuidador 8	Correcto, porque a la falta de información de la misma dejamos pasar años importantes y fundamentales para haber detenido el deterioro cognitivo hoy por hoy total de mi madre desde el 2016 podría haberle dado Eutebrol para su cerebro, pero la economía, la información y hasta la negación de la familia provocó que ese básico medicamento llegara hasta el 2024 a la vida de mi madre
Profesional 1 (EG)	Si debido a que por la falta de información las familias y cuidadores no acuden a tratamientos que pueden ralentizar la evolución de la enfermedad, lo que a consecuencia ellos indirectamente se afectan también porque el paciente va a requerir más cuidados.
Profesional 2 (TO)	Si, en especial la falta de información en el caso que sean escasas las visitas a profesionales; un cuidador informado puede proveer de información valiosa para que el cuidador tenga una mejor capacidad para un manejo adecuado del paciente.
Profesional 3 (F)	Por supuesto; al no tener acceso a estos tratamientos va a repercutir en el progresión del deterioro; relacionado a la educación con ciertos fármacos si no hay un acompañamiento educativo por la desinformación el cuidador puede incurrir en el uso inadecuado de medicamentos los cuales les van a causar un mayor deterioro, esto se confunde con el curso natural de la enfermedad.
Profesional 4 (P)	Considero que sí, todo aquello que afecte la calidad de vida del cuidador y el paciente tiene repercusión en el curso de la enfermedad.

Fuente. Elaboración propia, 2024.

En relación con los datos suministrados la totalidad de los entrevistados concuerdan con que principalmente la falta de educación brindada y el acompañamiento por parte de profesionales y expertos en el tema puede causar un gran impacto en progreso de la patología

como consecuencia del manejo inadecuado que se le puede brindar al paciente. Por otra parte, los mismos exponen que es un factor que les genera angustia por la incapacidad de suplir las necesidades que el enfermo requiere, provocando estrés y dificultando así el proceso de cuidado de los pacientes.

Según lo expresado por los participantes, la educación es uno de los factores que suponen una barrera en el proceso de cuidado de los pacientes y que puede causar influencia en la enfermedad, la educación va de la mano con el acompañamiento por parte de profesionales que brinden herramientas con el fin de ofrecer una atención adecuada respecto a la condición del paciente. En conexión con esto, en un estudio realizado por Guamán et al.¹³¹, relata los diversos factores que pueden influenciar en el proceso de adherencia terapéutica, se resalta la correlación que existe entre la educación que tienen el paciente y sus involucrados acerca de la patología en cuestión y del comportamiento y la ejecución de acciones que se toman a lo largo de la enfermedad, se correlaciona que, con mayor conocimiento, mejoran los resultados terapéuticos del paciente.

Los autores destacan la influencia del factor socioeconómico y su relación con el acceso de los recursos sanitarios, en donde aquellos con limitaciones presentan mayor riesgo a desarrollar comportamientos de adherencia inadecuados, se observa una relación entre dicho nivel socioeconómico y la educación proporcionada por profesionales de la salud relacionados¹³¹. Dicho esto, se observa el vínculo existente entre el factor económico y el acceso a recursos sanitarios, la relación descrita puede causar un impacto en la educación que recibe el cuidador y por tanto influye en patología del paciente, tal como lo menciona la cuidadora 4, la misma resalta que a falta de estos recursos hubo un acelerado deterioro de la condición de la patología.

En un estudio Pérez et al¹³², denota el impacto de la educación en patologías de curso crónico y su influencia en el control de la enfermedad, así como de la implementación de estrategias educativas enfocadas en el manejo y prevención de estas patologías y las repercusiones a nivel de calidad de vida de los afectados. Ante este panorama se destaca la importancia del papel de la participación multidisciplinaria de diversos profesionales de la

salud en la promoción de educación como eje fundamental en el manejo del contexto de la enfermedad y sus implicaciones.

Tal como lo manifiestan los participantes, estos factores pueden incidir en la calidad de vida de los cuidadores, el desconocimiento de la enfermedad produce estados de ansiedad y temor en el proceso de cuidado provocando hasta en tal punto, el síndrome de “Burnout” o “cuidador quemado”; debido al desgaste físico y emocional ya que no se conoce la manera de dar una atención adecuada y de calidad a un paciente que depende de ello, lo que adicionalmente empeora el desarrollo de EA ¹³³.

Por otra parte, se analizará la categoría “Adherencia terapéutica” a través de las preguntas 3, 4 y 5.

En cuanto a la pregunta 3, la cual corresponde a ¿Considera que la falta de información brindada a los cuidadores y familiares de pacientes con Enfermedad de Alzheimer acerca del tratamiento y todas sus implicaciones, tienen un efecto negativo en el paciente?, se muestran las respuestas proporcionadas por parte de los participantes en la tabla 18.

Tabla 18. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 3.

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	Claro que sí, la falta de información que se le brinda al cuidador o familiares acerca del tratamiento conlleva un efecto negativo porque no se tienen los medios para saber qué tratamiento puede ser beneficioso para retardar un poco la enfermedad y que no avance tan rápido.
Cuidador 2	Pienso que sí, sabemos que los medicamentos son importantes para evitar que la enfermedad avance, pero a veces por temor ya que son personas adultas mayores y si se observa algún efecto extraño se suspende el medicamento hasta que sea visto por él médico y consultar si es normal lo que está pasando.

Cuidador 3	Sí, ya que están expuestos a cometer errores inocentes hacia el paciente.
Cuidador 4	Sí, porque al no tener información se puede caer en ignorar las fases y etapas que la misma enfermedad tiene. Al conocer cómo es la enfermedad la familia puede entender que lo está pasando es parte de la demencia y no caer en hacer cosas incorrectas que más bien repercuten en el enfermo. Ejemplo: discutir con ellos
Cuidador 5	Correcto, tienen un efecto negativo puesto que esta información es importante; por ejemplo, en mi caso yo no voy administrar un medicamento si no estoy segura de que es y que efecto le puede causar a pesar de que esta prescrito por el médico; el problema es que hay mucha desinformación; al menos es importante saber para qué enfermedad está indicado.
Cuidador 6	Claro que sí, en lo personal a mí mamá le dieron un tratamiento que le hizo más bien daño, desconocía todo lo que implicaba el tratamiento y la información que nos brindaron fue escasa.
Cuidador 7	Si porque la persona responsable del paciente no sabe qué hacer, en esa condición se actúa en lo que se cree que es correcto hacer.
Cuidador 8	Por supuesto, en nuestro caso usamos Haloperidol; esto dejó rígida y sin comunicación fluida a mi madre, el desconocer cuando y en qué paciente se daba ese tratamiento me hubiera hecho rechazarlo al igual que el Clonazepam, la calmó mucho en sus días de crisis en los atardeceres pero volver a recuperarla de ese sueño que se iba por el Clonazepam fue devastador en un años estos dos medicamentos fueron de pésima ayuda a su condición; sin embargo a pesar de esto eran situaciones que desconocía que podían suceder.
Profesional 1 (EG)	Por qué si no se educa al cuidador de cuáles van a ser los efectos de los medicamentos ellos van a dejar de dárselo a los familiares con el diagnóstico y esto empeora las situaciones de salud e incluso a que el deterioro sea prematuro.

Profesional 2 (TO)	<p>Estoy de acuerdo, en ocasiones acciones no adecuadas por parte del cuidador pueden tener una repercusión negativa en el paciente a pesar de que el cuidador lo haga con las mejores intenciones.</p>
Profesional 3 (F)	<p>Si claro, es importante y si se pudiera al menos en una fase del deterioro que el paciente entienda y colabore; sino los cuidadores deben conocer todos los asuntos relativos a la enfermedad y los tratamientos; que esperar del panorama y los riesgos a los cuales se van a enfrentar. La desinformación es uno de los principales causantes de la evolución de la enfermedad.</p>
Profesional 4 (P)	<p>Absolutamente, el desconocimiento los posiciona en un escenario de incertidumbre; como consecuencia de esto la ejecución de acciones incorrecta que repercuten en el paciente.</p>

Fuente. Elaboración propia, 2024.

En relación con las respuestas previamente proporcionadas; se observa que la totalidad de los participantes destacan la importancia de conocer acerca de la terapia farmacológica del paciente y el impacto que genera la desinformación en la evolución de la enfermedad; también destacan que en ocasiones a causa de falta de educación, se encuentran propensos a cometer errores o bien a suspender el tratamiento hasta recibir asesoría por parte de un profesional o bien conocer acerca de las implicaciones de la medicación y su conveniencia para el paciente. Por otra parte, destaca que esto también puede causar confusión por desconocimiento respecto a los síntomas que puede presentar el paciente en diferentes etapas.

El efecto que genera la desinformación en el progreso de la patología impacta negativamente la calidad de cuidado que se le proporciona al paciente, ya que no se conocen las técnicas correctas que requiere el cuidado. Asimismo, la educación con respecto a los tratamientos farmacológicos generaría mayor confianza en el cuidador, pues les brinda un panorama del escenario al que pueden enfrentarse. Con respecto a este tema, una mejor educación puede producir resultados positivos respecto a las tasas de abandono de la terapia farmacológica, ya que el desconocimiento del tema da como consecuencia un acelerado progreso de la patología.

La pregunta 4 trata sobre la administración y conocimiento de los tratamientos: ¿Cree usted que la complejidad, falta de información, administración y control de múltiples medicamentos son de los principales retos que enfrenta el cuidador? A continuación, en la tabla 19, se observan las respuestas de los participantes.

Tabla 19. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 4.

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	Pienso que el reto empieza cuando se tienen que administrar múltiples medicamentos en un paciente, ya que si no se maneja con exactitud la información y la forma en que se tienen que administrar la medicación puede perjudicar o alterar más el padecimiento.
Cuidador 2	Hay muchas cosas con respecto a los medicamentos que nos dificultan, a veces son muchos los que hay que administrarle entonces tener un control es difícil y administrárselos es aún más complicado; en ocasiones administrar todos los medicamentos es complicado, pero es parte del proceso de la enfermedad.
Cuidador 3	Sí y no, hay cosas complejas de los medicamentos que posiblemente uno no comprende a totalidad, a pesar de ello siempre es bueno informarse para estar seguros sobre los medicamentos que usa el paciente y aspectos importantes de estos.
Cuidador 4	Si es parte del trabajo, pero la peor carga según mi experiencia es la física y emocional. El cuidador si está sobre cargado tiende a descuidarse él mismo. Por eso es importante buscar formación profesional para tener una guía de que hacer y que no hacer , así como apoyo terapéutico. Ejemplo las fundaciones como Fund-Alzheimer y ASCADA
Cuidador 5	Sí claro que sí, es un reto si uno no conoce lo que le da al paciente o si no se le administra adecuadamente la dosis va a tener una repercusión en la enfermedad. En cuanto al control de medicamentos

	de mi parte considero que es importante tener un registro de los medicamentos administrados como dosis y horario; esto también funciona cuando se cede el cuidado con otra persona o incluso de respaldo al médico.
Cuidador 6	Con los años uno va aprendiendo a preguntar, a investigar; porque si es complejo y los primeros años fue difícil, sobre todo los cambios de medicación.
Cuidador 7	Si porque hay que aprender de muchos fármacos y acomodarnos para que no se nos olvide ninguno.
Cuidador 8	Es uno de muchos problemas, pero la falta de conocimiento de los médicos también es un problema; ya que mucho medicamento viene con la indicación respectiva de la CCSS y suministrada por ellos la cual a veces ha sido errónea, al no conocer uno como cuidador tanto acerca del tema se confía en el criterio del profesional.
Profesional 1 (EG)	Muchas veces los cuidadores son los que tienen menos contacto con el médico y ellos se quedan con la explicación del familiar y esto hace que la información no llegue completa al cuidador y se pierdan de cómo ser administrados adecuadamente.
Profesional 2 (TO)	Con respecto a esto, el abordaje del manejo de estos puntos de la terapia farmacológica de los pacientes es mejor abordados si en la familia se reparten responsablemente roles y los respetan; esto en ocasiones contribuye a un mejor control de la terapia del paciente.
Profesional 3 (F)	Principalmente la educación, otra de las cosas que se les dificulta es que por la condición poli patológica de los pacientes a los cuidadores se les dificulta la organización de horarios de tomas; aquí el tema educativo juega un papel importante en donde al brindar información como lo son interacciones entre las tomas; les facilita mucho el proceso de organización.
Profesional 4 (P)	Todos estos factores forman un combo que le complica la labor diariamente al cuidador.

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Tal como se observa, un número de participantes destaca que enfrentan retos en el proceso de cuidado de pacientes, especialmente en temas referentes a la administración y control de múltiples medicamentos. Reconocen la complejidad de la farmacología, pero consideran importante conocer dosificaciones y patologías relacionadas con los fármacos. Además, mencionan el desafío que implica la evolución de la enfermedad y creen que el acompañamiento de un profesional sería beneficioso por el apoyo y las herramientas que pueden proporcionar, es primordial un trabajo en conjunto entre profesionales, principalmente de aquellos especialistas sumado al rol que desempeña el profesional en farmacia.

Además, por otra parte, con respecto al manejo que se tiene de la información por parte de los involucrados en el proceso; es decir familiares, cuidadores y médicos es variada, esto porque de acuerdo al manejo que se le brinde al paciente puede existir una falta de comunicación, por ejemplo, tal como lo destaca el profesional 1, en algunos casos la información que proporciona el profesional referente al paciente no es brindada al cuidador principal del mismo sino a una tercera persona, por lo que dificulta el proceso de cuidado principalmente en temas de la terapia; además ligado a esto, por parte del cuidador la información brindada referente a la condición del paciente es inconclusa, denotando así vacíos en la comunicación por ambas partes y en consecuencia de esto una afectación en la calidad de atención que se le brinde al paciente.

En relación con esta información, destaca la necesidad un trabajo en conjunto con todos los involucrados, tomando en cuenta que el profesional se pueda comunicar tanto con el familiar como con el cuidador, en donde el uso de herramientas que faciliten este proceso para ambas partes, así como una comunicación más asertiva puede causar un impacto positivo en la calidad de atención que recibe el paciente y, por ende, promover su calidad de vida.

Finalmente, de acuerdo con la pregunta 5, ¿Cree usted que es importante que el cuidador conozca bien acerca de la terapia farmacológica que recibe el paciente?, se obtiene una serie de respuestas que se detallan en la tabla 20.

Tabla 20. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 5.

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	El conocer bien acerca de la medicación es muy importante porque por medio de esto se pueden notar cambios o mejorías en cuanto a la enfermedad o padecimiento.
Cuidador 2	Claro que sí, facilitaría un poco más las cosas; tal vez le brindaría a uno un poco más de confianza y conocimiento de que cosas sería adecuado hacer y no hacer.
Cuidador 3	Sí pero no creo que sea su obligación, porque es otro tema que le compete al doctor que es el que prescribe el medicamento. Pero un poco de conocimiento no está de más para seguros que se les administra.
Cuidador 4	Si totalmente, es algo importante conocer.
Cuidador 5	Por supuesto, es importante sin embargo en el caso de cuidadoras ocasionales hay familias que brindan poca información por lo que se cuenta con poca información, en esos casos si se tiene alguna duda se consulta a un profesional como una enfermera o si es más complejo con el médico.
Cuidador 6	Sí claro, para mi es importante al menos conocer las cosas de mayor importancia del tratamiento.
Cuidador 7	Sí para que sepa que le está dando y los efectos que puede provocar.
Cuidador 8	Por supuesto y las consecuencias que muchos de estos medicamentos dan al usarse de manera equivocada.
Profesional 1 (EG)	Sí, es de suma importancia ya que el cuidador es el que va estar la mayoría del tiempo con el usuario y de ellos depende tanto la calidad de vida de la persona como de su entorno.
Profesional 2 (TO)	La persona implicada en el cuidado debe conocer lo suficiente para saber que va administrar, manera como debe tomarlo y cuanto debe de hacerlo y llevar un registro verás de este para su control.

<p>Profesional 3 (F)</p>	<p>Es importante el desconocimiento afecta en dos factores: en la posibilidad de incurrir en malas prácticas que tengan afectación en el paciente y en la carga que genera el desconocimiento para sobrellevar la situación.</p>
<p>Profesional 4 (P)</p>	<p>Claro, es un tema importante en el cual este debe estar empapado; además de otros factores relacionados con la enfermedad.</p>

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Los entrevistados coinciden en la importancia de que los cuidadores tengan conocimiento sobre la terapia farmacológica de los pacientes. Aunque no es obligatorio que conozcan todos los detalles, resaltan la importancia de dominar ciertos aspectos que puedan influir en el progreso de la enfermedad, como la identificación de cambios en la conducta o alteraciones que afecten la salud. Destacan que son los proveedores directos de la terapia, por lo que es crucial conocer criterios relevantes sobre la medicación del paciente para brindar una atención adecuada.

Considerando lo mencionado, es posible evidenciar la influencia principalmente del factor educativo en función de la adherencia terapéutica; tanto profesionales y cuidadores destacan la importancia y el impacto de una educación adecuada en la terapia de estos pacientes. En congruencia, la publicación de Villalobos et al. ¹³⁴, destaca la importancia de la educación como factor determinante a la adherencia terapéutica en pacientes, este resalta los diversos factores que se ven implicados en el proceso de adherencia para obtener resultados óptimos.

Asimismo, se mencionan factores como la polifarmacia y la edad avanzada de los pacientes como variables que pueden afectar la adherencia y que pueden conllevar a tasas de morbimortalidad elevadas; una participación activa de los profesionales de salud se considera pilar importante en las intervenciones enfocadas en la educación en la patología y refuerzo de los factores relacionados con la adherencia tales como educación, nutrición y actividad física, que, a su vez, son factores determinantes en la obtención de resultados positivos en pacientes con esta patología ¹³⁴.

Por su parte, Castro et al.¹³⁵, en su estudio evalúan el efecto de las intervenciones educativas en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 a partir de la intervención por parte de profesionales y evaluaron la eficacia de esta estrategia en 32 pacientes adultos mayores con dicha comorbilidad, los resultados arrojaron resultados positivos gracias a la aplicación de esta estrategia, 16 participantes, es decir un 50% recibieron educación con respecto a las implicaciones de la patología y los tratamientos y mostraron una mejor adherencia al tratamiento, a diferencia del grupo control que no recibió esta intervención. Denotando así la importancia del factor educativo.

Además, en un estudio realizado por Linares et al.¹³⁶, se evaluó la efectividad de intervenciones educativas en cuidadores de adultos mayores. Se observó que antes de la intervención en 147 participantes, el 65% de los estos mostraba conocimientos insuficientes sobre el cuidado de pacientes poli patológicos, mientras que un 31,3% tenía conocimientos adecuados. Tras la intervención, el 80% de los participantes mejoró sus conocimientos, lo que les permitió brindar una mejor calidad de cuidado a los pacientes geriátricos. Esto, a su vez, contribuyó a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a reducir el riesgo de complicaciones derivadas de su estado de salud.

También los autores Mondéjar et al.¹³⁷, resaltan la efectividad de las intervenciones educativas dirigidas a cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA). Se llevó a cabo una intervención educativa con 30 cuidadores, evaluando sus conocimientos sobre las implicaciones de la enfermedad. Tras la intervención, se observaron mejoras significativas en aspectos como el manejo del paciente, estrategias de cuidados y tratamientos. Los resultados obtenidos reflejaron un aumento en los conocimientos adquiridos por los participantes, lo que se traduce en una mejor atención al paciente y, por ende, en una mejora en su calidad de vida.

Los estudios mencionados con anterioridad brindan peso al objetivo ya que se resaltan la importancia de la educación percibida por los cuidadores en la progresión de la enfermedad, se destaca como una barrera que puede causar afectación tanto en el paciente como en el cuidador. La falta de educación que brindan los profesionales puede generar incertidumbre y tener un impacto negativo en el estado del paciente. Mejorar el conocimiento

sobre la EA y los factores que influyen en la adherencia al tratamiento puede conducir a mejores resultados en la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador.

El papel de los profesionales de la salud es sumamente necesario, dentro de éste grupo, los farmacéuticos tienen una función de contacto directo, de primera línea y de educación a pacientes y cuidadores, y en contextos donde existen barreras económicas y educativas se hace aún más vital, no solo participa en la proporción de tratamientos seguros y asequibles, sino también en el importante rol que juega en la coordinación del cuidado integral del paciente con el objetivo de mejorar la calidad de vida tanto de este como la de sus cuidadores, dicho profesional posee la capacidad y formación para accionar con el fin de obtener resultados terapéuticos de beneficio para la calidad de vida de estos pacientes y sus cuidadores.

En resumen, tal como se detalla anteriormente es posible evidenciar las principales barreras a las cuales se enfrentan los cuidadores en el proceso de cuidado de pacientes con Enfermedad de Alzheimer, en donde se destaca el factor económico como una de las limitantes de este proceso interfiriendo en el acceso a recursos sanitarios tales como tratamientos o acompañamiento por parte de profesionales sanitarios; asimismo, en relación con esto la totalidad de los participantes destacan la educación y el acompañamiento de expertos en el tema como otra de las barreras, siendo estos últimos los principales limitantes para el acceso a recursos educativos y herramientas que permitan ofrecer una mejor atención al paciente; cabe recalcar la opinión de los participantes los cuales concuerdan en los factores mencionados anteriormente causan un impacto en el progreso de la patología. De manera que se evidencia la influencia estos factores en función de la adherencia al tratamiento.

4.2. Describir las estrategias de apoyo proporcionadas por la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias (ASCADA) y su percepción por parte de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer en relación a la adherencia terapéutica.

Pagés et al.¹⁰, recalca los diferentes tipos de factores que intervienen en la falta de adherencia terapéutica y sus dimensiones, para las cuales se requiere el diseño de estrategias encaminadas en la mejora de la adherencia a los tratamientos. A pesar de la aplicación de

estas ninguna cuenta con la capacidad de mostrar resultados universales que sean significativos debido a la variabilidad de factores entre los pacientes y también por el tipo de estrategias aplicadas. Para esto se debe destacar la importancia del desarrollo de estrategias específicas para los factores que están involucrados en la problemática.

En este sentido, las estrategias proporcionadas por parte de la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras demencias (ASCADA) se enfocan principalmente en brindar educación y acompañamiento psicológico a cuidadores y familiares de pacientes con EA, así como otras demencias neurodegenerativas. A través de un equipo multidisciplinario, ofrecen soporte terapéutico a nivel psicológico, social y médico, capacitando a los cuidadores para proporcionar las atenciones necesarias a lo largo de la enfermedad. Su objetivo es permitir una adaptación a la realidad que vive el paciente a lo largo de la evolución de la enfermedad¹³⁸.

Cabe destacar, el asesoramiento y la capacitación de los cuidadores está enfocado en el manejo adecuado de los síntomas que presenta el paciente en las diferentes etapas de su enfermedad, todo a través de charlas mensuales con expertos para que los cuidadores resuelvan sus dudas con respecto a diferentes temas relacionados con EA¹³⁸.

Para efecto de estudio, en este objetivo se tomó en consideración la categoría de análisis “Estrategias de apoyo en Adherencia” para las preguntas 6, 7, 8, 9 y 10 esto con el fin de una mejor comprensión de las respuestas proporcionadas.

Para la pregunta 6, que corresponde a ¿Conoce acerca de las estrategias de apoyo dirigidas a los cuidadores tales como charlas, acompañamiento en la terapia o herramientas de apoyo para cuidadores?, se obtienen una serie de respuestas por parte de profesionales y cuidadores que se encuentran detalladas en la tabla 21.

Tabla 21. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 6.

Sujeto	Respuesta
--------	-----------

Cuidador 1	Si conozco variadas estrategias de apoyo para cuidadores, pero muchas veces los cuidadores por falta de apoyo de familiares no las tomamos en cuenta para ponerlo en práctica con nuestros pacientes.
Cuidador 2	Algunas sí, he escuchado de charlas, pero a veces son presenciales y personalmente se dificulta asistir.
Cuidador 3	Sí claro, conozco acerca de algunas charlas principalmente.
Cuidador 4	Si, conozco de charlas en donde brindan algunas asesorías psicológicas o de cómo afrontar ciertas situaciones.
Cuidador 5	De mi parte desconozco de estrategias que apliquen o me informen, en casos cuando se requiere apoyo en un cuidado se recurre a otros cuidadores con más experiencia para aclarar dudas y saber cómo actuar.
Cuidador 6	No, de mi parte no conozco muchas estrategias que apliquen; de las que tengo conocimiento sí sé que les apoyan como charlas a nivel psicológico que igual considero que es algo importante, pero de acompañamiento a terapia no. En esos casos uno recurre a apoyarse en otros cuidadores con experiencias similares.
Cuidador 7	En realidad, lo único que conozco es ASCADA y a uno como cuidador se le complica el asistir a las charlas presenciales.
Cuidador 8	Muy pocas solo las que postea ASCADA; sin embargo, muchas no son las que requiere el paciente o lo que uno como cuidador requiere conocer un poco más del tema.
Profesional 1 (EG)	Si algunas, se le recomiendan al cuidador que, si requiere ayuda psicológica, así como de otros profesionales demás, es bueno que lo considere.
Profesional 2 (TO)	De mi parte no conozco muchas estrategias u herramientas de apoyo más allá de las que en terapia se proporcionan.
Profesional 3 (F)	Sí, conozco las de la fundación principalmente dirigido a familiares y cuidadores; además de esto por medio de redes sociales grupos impulsados por neuropsicólogos en donde con frecuencia

	ofrecen charlas con profesionales sobre apoyo al cuidador principalmente.
Profesional 4 (P)	Sí, conozco de diversas estrategias enfocadas en el apoyo principalmente a cuidadores enfatizadas en el acompañamiento psicológico.

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Conforme a la pregunta 6, los entrevistados brindaron diversas opiniones según el conocimiento de estrategias de apoyo dirigidas hacia cuidadores, 6 de los 8 cuidadores entrevistados tienen conocimiento acerca de estas estrategias, destacan principalmente el enfoque a nivel psicológico y educativo; por otra parte, los profesionales entrevistados, que a su vez no son miembros directos, sino contactos de atención, cuentan con diversas opiniones en donde estos refieren la importancia de las estrategias como apoyo al cuidador, a pesar del contacto que tienen con los pacientes y sus cuidadores tienen un desconocimiento acerca de este beneficio que brinda la asociación, lo cual puede ser un aspecto negativo ya que podría ser inclusive una herramienta en la que se pueden apoyar los profesionales que atienden a los pacientes.

Seguidamente, referente a la pregunta 7 ¿Cree que son útiles estas herramientas y los recursos brindados a cuidadores considerando las condiciones como la etapa de la enfermedad y necesidades como cuidados especiales que requiere el paciente?, se describen las respuestas proporcionadas en la tabla 22.

Tabla 22. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 7.

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	Si se utilizan de forma adecuada estas herramientas y recursos pueden ser muy beneficiosas para él porque ayudamos a suplir las necesidades en cuanto a los cuidados que requiere el paciente

Cuidador 2	No he utilizado porque no conozco muchas, me baso más en la experiencia; pero creo que si serian de utilidad y de cierta manera ayudar con la carga que conlleva el cuidado del enfermo
Cuidador 3	Totalmente, son muy útiles nos ayuda para empaparnos de bastante conocimiento y así dejar un poco la ignorancia de lado y brindar un mejor cuidado.
Cuidador 4	Son un recurso excelente y es gratis, de hecho, yo lo utilice por 5 años y fue de mucha ayuda durante el proceso de enfermedad.
Cuidador 5	A pesar de que no las conozco, pienso que si son importantes y útiles; todo lo que contribuya a que el paciente tenga una buena calidad de vida es importante; finalmente como cuidador también se ve beneficiado.
Cuidador 6	Si muy útiles, el Alzheimer es muy complejo y las charlas de información le aclaran a uno muchas dudas.
Cuidador 7	Si para saber a qué nos vamos a enfrentar y como enfrentarlo.
Cuidador 8	Por supuesto, de mi parte aún es impactante ver a mi madre hecha una persona discapacitada, pasar por todas las etapas ha sido difícil pero más aún tener que ser cuidador por no tener las condiciones económicas como pensión o visión de una vejez con una enfermedad devastadora como esta.
Profesional 1 (EG)	Lo considero importante ya que son herramientas de educación y orientación para mejorar la calidad de vida del usuario.
Profesional 2 (TO)	Sí, en especial en estrategias de cómo reducir los riesgos de caídas en pacientes. Esto porque con respecto a esto de las caídas por ejemplo conllevan a cuidados más especiales, más medicación; en fin más recarga para el cuidador y esto produce alteraciones también en la calidad de vida de todos los involucrados.
Profesional 3 (F)	Sí claro, el cuidado de pacientes con deterioro cognitivo es extenuante por lo que los recursos que se les brindan son de utilidad;

	les permite tener un mejor conocimiento acerca del manejo de ciertas condiciones que presenta el paciente.
Profesional 4 (P)	Sí, todo recurso que sea facilitado y sea de apoyo para el cuidador es de beneficio; la enfermedad es cruel y principalmente cuando el paciente se trata de un ser querido; la carga mental y física es mayor.

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Según lo anteriormente expuesto, los entrevistados concuerdan con que las estrategias son de gran utilidad en el proceso de cuidado de los pacientes, porque al contar con herramientas les permita brindar una mejor atención en el enfermo la consecuencia sería mejorar su calidad de vida; por otra parte, uno de los profesionales destaca la importancia de las estrategias educativas ya que se pueden reducir riesgos a los que son susceptibles esta población además de la sobrecarga que sufre el cuidador y su consecuente deterioro de calidad de vida.

Referente a la pregunta 8 ¿Considera usted que las charlas y otras estrategias de educación pueden ser beneficiosas para el cuidador y si tienen un impacto en la terapia del paciente?, se detalla lo obtenido en la tabla 23.

Tabla 23. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 8

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	Las charlas y estrategias son muy beneficiosas tanto para el cuidador como para el paciente esto ayuda a estabilizar la enfermedad y retrasar el avance de la misma.
Cuidador 2	Pienso que sí, así uno está un poco más informado y puede educarse; todo lo que le contribuya al cuidador para un mejor manejo del paciente va ser de beneficio.
Cuidador 3	Así es, porque habría más herramientas, tratamientos eficaces y también rutinas diferentes para poder ayudar al paciente.
Cuidador 4	Sí, porque al tener apoyo el cuidador puede tener mejores herramientas para el beneficio del enfermo. Ejemplo de terapias de lenguaje, nutrición, psicología, etc.

Cuidador 5	Claro que sí, de hecho, para el cuidador va ser super importante y es una ventaja tener esa ayuda; con respecto al paciente también va a conocer de herramientas de cómo manejarlo ya que no es una tarea fácil; y para el cuidador este beneficio hasta podría disminuir el síndrome del cuidador; porque si uno está mal no se da una buena atención al paciente.
Cuidador 6	Son demasiado beneficiosas y al aprender uno los puede entender y ayudar a ellos mucho más.
Cuidador 7	Sí, porque el cuidador puede minimizar el riesgo de padecer el desgaste del cuidador.
Cuidador 8	Una de las únicas charlas que he recibido ha sido de posiciones para personas en cama me ha funcionado para mucho no lesionarme, cambiarla de posición para evitar otra úlcera, pero son tan pocas las charlas o el tiempo que sería genial poder agendar con antelación ya que como cuidador el tiempo es nulo.
Profesional 1 (EG)	Por supuesto que sí, por qué por medio de la adecuada educación al cuidador se darán mejores rutinas, mejorando así el entorno del paciente; es importante que todos los involucrados del paciente al menos tengan un poco de información de los tratamientos.
Profesional 2 (TO)	Totalmente de acuerdo, un cuidador sano puede contribuir positivamente a un paciente con este padecimiento.
Profesional 3 (F)	Por supuesto, no es lo mismo saber cómo actuar ante una situación a enfrentarse a un panorama incierto; ante eso es que los cuidadores incurren en malas prácticas que afectan al paciente.
Profesional 4 (P)	Claro que sí, su impacto principalmente se ve a nivel de calidad de vida, un cuidador en condiciones adecuadas aporta cosas positivas al paciente.

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Para este resultado, la totalidad de los entrevistados coinciden con que las estrategias sí tienen un gran beneficio en el manejo del paciente y que generan un gran impacto en su

terapia gracias a su contribución en el retraso de la enfermedad como consecuencia de la ejecución de adecuadas intervenciones por parte de ellos; además destacan que una apropiada calidad de vida influye el éxito de los tratamientos, cabe recalcar la importancia de un trabajo multidisciplinario de otros profesionales de salud. El cuidador 4 considera de gran utilidad y el beneficio que confiere la implementación de otras terapias dirigidas a nivel cognitivo y nutricional en el paciente, lo que contribuye a mejorar su entorno y la de los involucrados en el cuidado.

De tal manera, gracias a lo expuesto por los entrevistados se observa la percepción que estos tienen acerca de la utilidad y la importancia que tienen estas herramientas en el proceso de la enfermedad, lo cual denota la importancia de un mayor refuerzo de las mismas gracias al impacto positivo que estas pueden tener en la calidad de vida del paciente; además se observa la importancia del trabajo entre diversos profesionales en conjunto con el cuidador, lo que le contribuye a este último en la labor de cuidado.

En referencia a la pregunta 9, ¿Considera usted que la información u orientación que es ofrecida por profesionales brindan los conocimientos necesarios para cuidar a los pacientes?, se logra observar la información proporcionada por parte de los participantes en la tabla 24.

Tabla 24. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 9

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	Pienso que la información que nos brindan los profesionales es muy básica para tratar al paciente y en muchos casos nula lo cual es algo negativo para el cuidado hacia el paciente.
Cuidador 2	A veces, la verdad es que es muy poca la información que brindan más que todo cuando el paciente tiene consulta médica, la atención es un poco básica, la mayoría de conocimientos se van adquiriendo conforme avanza la enfermedad.

Cuidador 3	Demasiado, los profesionales son grandes maestros en nuestras vidas, nos pulen como diamante en bruto, por lo que si considero que es útil toda la información que nos den.
Cuidador 4	Sí, son muy valiosas sin embargo cada paciente es diferente y tiene sus diversas necesidades, pero si es de muchísima ayuda.
Cuidador 5	Si es información valiosa, sin embargo no creo que le brinden todos los conocimientos necesarios por lo que hay que educarse por otros medios constantemente mientras la situación lo permita; la experiencia también nos brinda conocimientos; todos los días hay que enfrentarse a conductas diferentes.
Cuidador 6	Después de casi 7 años de enfermedad, hasta este año en la clínica la atiende un psiquiatra que se toma el tiempo para explicarme y enseñarme.
Cuidador 7	Si, se aprende bastante.
Cuidador 8	Los conocimientos básicos pero la orientación en mi caso fue lenta y muy poco clara, de ir de médico en médico porque su Alzheimer no fue diagnosticado nunca, hasta hace unos años que después de un ACV, fue pérdida de memoria por ACV cosa que sabemos que no fue así.
Profesional 1 (EG)	Depende del profesional de salud que tenga y la red de apoyo que se busque, muchas veces los servicios básicos no son tan informativos como se desean.
Profesional 2 (TO)	Es relativo algunos si brindan información enriquecedora; sin embargo, considero que es importante que la información se adapte a cada paciente en particular para que los familiares que tengan dudas al respecto.
Profesional 3 (F)	La información proporcionada por parte de algunos profesionales no es del todo completa, ellos solucionan “apagando incendios”, es decir el paciente manifiesta un problema y generalmente recurren a la prescripción de algo mas no educan; en relación al cuidador este se mantiene en un panorama incierto.

Profesional 4 (P)	Pienso que es escasa en algunos casos; según lo que manifiestan algunos cuidadores en ocasiones están en un panorama de incertidumbre; sin embargo, cambia con respecto al profesional que trate al paciente.
------------------------------	---

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Según la información proporcionada por los entrevistados, la información que es suministrada por parte de los profesionales a pesar de que es valiosa, no es tan profunda y depende del profesional que la suministre, generalmente es catalogada como “básica” como lo manifiestan 4 participantes o en ocasiones “nula” para los requerimientos de cuidado que implican estos pacientes; los conocimientos que los cuidadores aplican para el cuidado de los pacientes es adquirida principalmente a través de la experiencia obtenida a lo largo de los años. Los encuestados destacan un aspecto de relevancia, todos los pacientes cuentan con panoramas diferentes en cuanto a estado de salud o disponibilidad de una red de cuidado, así que la educación se debería recibir según ese factor y no de manera generalizada.

Gracias a lo expresado por parte de los entrevistados, tanto cuidadores como profesionales denotan la importancia y la necesidad de fortalecer el área educativa que puede brindar el profesional, esta, por su parte, tiene utilidad sobre el proceso y todos los factores que están involucrados en el cuidado del paciente, además, permite un seguimiento oportuno y una contribución positiva para las partes involucradas.

Seguidamente, con respecto a la pregunta 10, ¿Tiene sugerencias con respecto a posibles mejoras que se pueden hacer en el acompañamiento que brinda por parte de profesionales tal como el apoyo por parte de un profesional en la medicación del paciente?, la cual hace referencia a esta categoría de análisis, detalla las respuestas brindadas en la tabla 25.

Tabla 25. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 10.

Sujeto	Respuesta
--------	-----------

Cuidador 1	Los profesionales deberían dar un acompañamiento más profundo o más extenso en cuanto a medicación respectiva para los pacientes en eso nos falta información mucho más detallada para tratarlos.
Cuidador 2	De mi parte pienso que hay mayor confianza si hay alguien a quien acudir en caso de dudas; porque por parte de los doctores la información que le dan a uno es muy poca; tal vez como que se tomen el tiempo de explicarle un poco más de cosas sería de utilidad o que le den la información al menos necesaria para identificar algún problema.
Cuidador 3	Considero que a pesar de que según mi percepción la educación que le brindan a uno en ciertos temas es buena, si sería ideal tal vez que le den un poco más de acompañamiento, más que todo cuando hay tratamientos complejos.
Cuidador 4	Mayor apertura con respecto a la información por parte de los geriatras a la familia del paciente.
Cuidador 5	A los profesionales tener presente que en esta enfermedad es importante la tolerancia y la empatía, tanto con el enfermo como con el familiar; es algo que se le debe recalcar a los familiares por otra parte también pienso que es importante que destaquen la importancia de que a pesar de la condición del paciente hay que motivar a la familia a brindarle un cuidado adecuado para mejorarle un poco la calidad de vida por eso pienso que toda educación que brinde un profesional es importante ya que todo es beneficio para el paciente.
Cuidador 6	En las clínicas y centros de salud pública principalmente se necesita más humanidad y consideración que se tomen el tiempo para explicar, tanto beneficios como efectos secundarios.
Cuidador 7	De mi parte no.
Cuidador 8	Recordarles que muchos de estos pacientes son muy frágiles y sus condiciones cambian minutos a minutos o lentamente es variable por lo que la medicación debe de ser exacta además de explicar qué medicamentos se dan al inicio de a poco según cada paciente.

Profesional 1 (EG)	Debería de existir más campañas sobre la educación en la medicación del paciente y su importancia, y en lo necesarias que son para la adecuada evolución de la enfermedad.
Profesional 2 (TO)	Aceptar que un rol de cuidador único es inmanejable y el estar en capacidad de rotar entre cuidadores y familiares es imperativo; por lo cual si considero que el acompañamiento que los profesionales les brinden es muy importante; principalmente para reducir la recarga del cuidador.
Profesional 3 (F)	Los médicos generalmente solo prescriben y se desentienden, es vital un acompañamiento de su parte; tal como por ejemplo en la conciliación de medicamentos; el médico debe ejercer un papel de educador. Hay que considerar que los pacientes confían en la percepción del profesional.
Profesional 4 (P)	Con lo que a mí respecta no.

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Para las estrategias que son implementadas como apoyo a los cuidadores de pacientes diagnosticados de EA los aspectos que más destacan son la importancia de la educación y la información proporcionada por parte de los profesionales que a pesar de ser enriquecedora y valiosa para este proceso, tanto cuidadores como profesionales encuestados sugieren un mayor acompañamiento adaptándose a las condiciones del paciente, así como una mayor apertura por parte de otros profesionales en temas educativos, considerando las implicaciones de la enfermedad. Además de esto, los profesionales destacan el rol del cuidador por el papel que ejerce y la afectación que este sufre, tanto que el acompañamiento profesional genera un impacto en su calidad de vida.

Las principales estrategias de apoyo proporcionadas a cuidadores son el enfoque psicológico y así como herramientas educativas a través de la intervención multidisciplinaria de diversos profesionales los cuales brindan una serie de conocimientos útiles en el proceso de cuidado.

Referente al apoyo psicológico, Rodríguez Díaz L¹³⁹, destaca la utilidad de programas de intervención dirigidos a cuidadores, enfatiza la eficacia principalmente de programas psicosociales gracias a las intervenciones de profesionales y grupos de apoyo, dichas intervenciones han demostrado una eficacia de un 60%, que como resultado genera un impacto positivo en la calidad de vida. La autora destaca la importancia de estas estrategias en la mejora del bienestar tanto del cuidador como la del receptor del cuidado debido a la responsabilidad que se le confiere, este, a su vez, puede presentar aparición de trastornos físicos y psicológicos.

Por otra parte; Cerquera et al.¹⁴⁰, en su estudio evalúan la eficacia del programa de intervención psicológica PIRCA con enfoque cognitivo-conductual en cuidadores de pacientes con EA. Estos destacan la efectividad de esta intervención para controlar pensamientos negativos y mejorar la calidad de vida de los cuidadores. Así mismo, reconocen la utilidad de estas estrategias y señalan la importancia de la colaboración de otros profesionales para lograr resultados óptimos y un mayor impacto en la calidad de vida de los involucrados.

Los entrevistados concuerdan que la educación como apoyo en el proceso de la enfermedad es primordial; en referencia a esto Medina et al.¹⁴¹, analizan la efectividad de los programas psicoeducativos en la disminución de la sobrecarga en cuidadores, los autores destacan a través de una revisión bibliográfica la ventaja de los programas a través del apoyo a cuidadores por medio de información y estrategias que les permite un mejor manejo de las situaciones derivadas del cuidado de estos pacientes.

En los resultados obtenidos que alrededor de un 96% de los participantes refieren que la experiencia de educación es “útil” o muy útil”; porque les confiere importantes herramientas de apoyo que permiten conocer nuevas técnicas planteadas por expertos o bien por otras personas con experiencia previa en el tema, por lo que consideran que son una fuente de ayuda significativa, lo cual también crea una red de apoyo mutuo¹⁴¹.

Basado en el análisis, se observa la relación de los resultados obtenidos frente a lo que manifiestan los profesionales y los cuidadores encuestados, ellos destacan la utilidad de

estos programas educativos para un manejo adecuado del paciente, también se resalta la importancia de un trabajo en conjunto con otros profesionales o expertos en el campo en donde una colaboración multidisciplinaria permite formar una red de apoyo que incida, principalmente en la reducción de la sobrecarga del cuidador y consecuencia un impacto en la atención del paciente¹⁴².

El trabajo con diversos profesionales de la salud, destaca la importancia de la labor en conjunto con el profesional en farmacia, principalmente al brindar educación e intervenir en la terapéutica del paciente con el fin de conseguir resultados terapéuticos óptimos, implica una serie de responsabilidades por ambas partes teniendo en cuenta el papel que cada uno juega en la terapia del paciente, se deben considerar las necesidades de los cuidadores tanto a nivel educativo como psicosocial para formar una red de apoyo entre el cuidador y los profesionales en la salud involucrados.

En síntesis, gracias a lo expresado anteriormente se destaca la opinión de los participantes acerca de las principales estrategias proporcionadas por parte de la ASCADA, en donde se resalta su enfoque principalmente a nivel psicológico y educativo, de igual manera se resalta la percepción que tienen acerca de estas, en relación con esto, se recalca la opinión de cuidadores y profesionales, en donde al menos 6 de los 8 cuidadores entrevistados tienen conocimiento acerca de las estrategias proporcionadas, de igual manera 3 de los 4 profesionales cuentan con la misma opinión; asimismo en relación a esto consideran que estas herramientas son útiles y causan un impacto en la calidad de vida del paciente y cuidador; ya que permite ofrecer una mejor atención. Además, todos coinciden con que estas son valiosas por su contribución al retraso de la enfermedad.

Además de lo anterior, en concordancia con lo manifestado se destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario y la necesidad de reforzar principalmente el tema educativo, ya que la información proporcionada por parte del profesional acerca de las implicaciones de la patología a menudo es básica o inconclusa, causando una afectación en la calidad de cuidado del paciente.

4.3. Determinar intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, centrándose en el apoyo brindado a los cuidadores.

Con el fin de identificar las intervenciones dirigidas a cuidadores de pacientes con EA enfocadas en la mejora de la adherencia terapéutica de estos pacientes y en consecuencia una mejora en la calidad de vida tanto del enfermo como el del cuidador, se realizó una comparación de las experiencias descritas principalmente por cuidadores y algunos profesionales que intervienen en el proceso comparado con publicaciones de diversos autores que han estudiado el mismo fenómeno; la finalidad es determinar aquellos abordajes que son más oportunos.

Las intervenciones pueden ser definidas como la ejecución de una serie de acciones que buscan mejorar o corregir un acto, en el campo farmacéutico, estas intervenciones han sido definidas como actos referentes a la terapia del paciente en los que el profesional participa de forma activa, así como en la evaluación de los resultados obtenidos, manifestando esto a otros profesionales que participan en el proceso de la enfermedad, dando lugar a un trabajo multidisciplinario¹⁴³.

Actualmente, en relación con las intervenciones farmacológicas utilizadas en pacientes polimedcados con patologías de curso crónico, existen ocho diferentes tipos de intervenciones que pretenden disminuir o emblandecer la falta de adherencia. Estas abarcan diferentes campos desde lo social, conductual, hasta lo educativo proporcionadas por profesionales sanitarios. A causa de las altas tasas de falta de adherencia, es preciso la aplicación o el diseño de estrategias que corrijan dicha situación⁷⁰.

Con el principal propósito de determinar las estrategias que pueden ser implementadas como estrategias de apoyo a cuidadores, se realizó un análisis a través de entrevistas realizadas a cuidadores y profesionales que intervienen en la terapia de pacientes con EA y sus involucrados, con el fin de conocer desde su experiencia las estrategias e intervenciones más oportunas para abordar esta enfermedad y así brindar herramientas que faciliten la labor del cuidador, disminuyan el progreso de la enfermedad y en consecuencia mejore la calidad de vida.

Para examinar las respuestas relacionadas a las preguntas 11, 12, 13, 14 y 15, se tomó en consideración la categoría de análisis correspondiente a dicho objetivo “Intervenciones terapéuticas”, en donde se pretende abarcar lo relacionado a este tema a partir de las respuestas proporcionadas por los entrevistados.

La pregunta 11 hace referencia a ¿Considera que la educación y asesoría brindada por parte de un profesional en farmacia para aclarar dudas y recibir información de los medicamentos tal como efectos que puede presentar el paciente, como administrarlos y que no hacer sería de gran utilidad? las respuestas presentadas por los encuestados se encuentran en la tabla 26.

Tabla 26. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 11.

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	Sí por supuesto que sería de gran utilidad que un profesional en farmacia nos dé una enseñanza más a profundidad sobre medicación para sacarle el mayor provecho a tratar los síntomas de la enfermedad.
Cuidador 2	De mi parte creo que si sería muy útil, porque a veces surgen dudas y más que todo por la cantidad de medicamentos que toman; lo que sea educación va ser beneficioso para el paciente.
Cuidador 3	Sí, nos ayuda a los cuidadores a salir de un área de confort a tener un conocimiento más amplio de lo que trata un paciente.
Cuidador 4	Personalmente solo me apegaría a lo que el médico recete, el farmacéutico no conoce el historial de un paciente de Alzheimer
Cuidador 5	Claro, por supuesto toda información es útil más respecto a este tema que influye tanto en el paciente; lo que pasa es que en ese campo estamos muy a la deriva.
Cuidador 6	Sería excelente, porque se cometería menos errores a la hora de administrarlos.

Cuidador 7	Creo que si para conocer efectos adversos, tipos de medicamentos etc.
Cuidador 8	Si por qué muchos medicamentos provocan sueño y al desconocer mucha información pasaron días que mi madre solo dormía, despertaba para comer y volver a medicar, logrando un equilibrio entre las horas de ingesta de Risperidona o Epival que son unas de las más fuertes para mi madre.
Profesional 1 (EG)	Muchas veces no se cuenta con el profesional en farmacia que se encargue específicamente, en realidad estas campañas de acompañamiento y de educación a las familias para que sepan de los beneficios y de las consecuencias de no seguir un tratamiento adecuadamente.
Profesional 2 (TO)	Desde mi perspectiva si considero que sería de mucha ayuda especialmente para poder mantener un registro de las medicamentos cuando y como debe tomarlos, como almacenarlos y transportarlos en caso que lo requiera, así como alguien que le brinde alguna estrategia de administración de medicamentos sin que cause una repercusión en el efecto.
Profesional 3 (F)	Sí, durante el proceso de la enfermedad surgen muchas dudas, además que es un constante cambio hay que enfatizar que no se debe generalizar porque todos los pacientes tienen condiciones diferentes; hay panoramas más favorables que otros y por los que los abordajes con respecto a cada uno cambian.
Profesional 4 (P)	Considero que sí, todo acompañamiento que brinde un profesional es oportuno, le confiere más confianza en la labor.

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Considerando las respuestas proporcionadas en relación a la importancia de recibir información referente al tratamiento farmacológico de los pacientes y el impacto que este genera, todos los participantes destacan su relevancia, ya que genera un impacto en la evolución de la enfermedad; cabe destacar la opinión del cuidador 4, que comenta que por su

parte, únicamente se apega a las recomendaciones establecidas por parte del profesional en salud tratante, pues cuenta con el historial médico del paciente. Por otra parte, los profesionales encuestados, resaltan la importancia de utilizar estrategias enfocadas en la educación de medicamentosa y suministrar herramientas enfocadas en este tema.

También se hace hincapié en la importancia del trabajo en conjunto entre profesionales de la salud que intervienen las terapias del paciente cuando es polimedcado, ya que suele ocurrir que reciben prescripciones de distintas especialidades, que, a su vez, no se intercomunican. La mayoría de encuestados resalta la importancia de la educación acerca de la terapia farmacológica que el paciente recibe, lo que les confiere mayor seguridad por el conocimiento del tema.

Seguidamente, en cuanto a la pregunta 12 ¿Cree usted que factores como el nivel socioeconómico, grado de escolaridad del cuidador, experiencia y calidad de vida del cuidador tenga un impacto en la terapia farmacológica del paciente? se obtuvieron las siguientes respuestas detalladas en la tabla 27.

Tabla 27. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 12.

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	Creo que esos factores en cuanto al cuidado, mientras más experiencia se va ganando o adquiriendo así mismo crece el beneficio, muchas veces la escolaridad o edad no tienen nada que ver en la buena relación que se tenga con el paciente, pero por supuesto que a más experiencia mejora la situación.
Cuidador 2	Pienso que es más importante la experiencia que uno va adquiriendo con los años, porque todos los días se viven cosas diferentes y así se va aprendiendo a sobrellevar y eso hace que hay cosas que a uno se le facilite un poco más ciertas tareas.
Cuidador 3	Respecto a eso supongo que sí, más que todo tal vez la calidad de vida de uno como cuidador influye mucho.

Cuidador 4	La educación creo que puede influir de cierta manera a la hora de recibir educación, la relación también considero que es importante y los recursos económicos para acceder a recursos terapéuticos que pueden ser ayuda en diferentes etapas de la enfermedad.
Cuidador 5	Principalmente considero que la calidad de vida es de los más importantes; si yo no estoy bien, no cuido bien; el desgaste que conlleva el cuidado de estos pacientes es muy alto tanto a nivel físico como mental.
Cuidador 6	En mi caso ya no es tan difícil, pero si tengo un familiar de 78 años que cuida a la esposa quien tiene un deterioro y hemos tenido que ayudarlo a hacer bolsitas con los medicamentos según horario mañana, tarde y noche porque se le dificultaba entender y ver los medicamentos bien por su edad.
Cuidador 7	Creo que no porque los fármacos igual hacen su trabajo, lo que si cambia es la manera de relacionarnos con el paciente cuando conocemos más a fondo su condición desde varios puntos de vista
Cuidador 8	Totalmente, desde como darle pastillas sin tener que lastimarla ya que ya no responde a muchas acciones o comandos, los cambios en la terapia y comprender por si solos el medicamento a través de los vademécum complica un poco el proceso.
Profesional 1 (EG)	El grado escolar es un factor importante ya que por eso se recomienda que el cuidador tenga experiencia con la población, esta les permite tener un mejor conocimiento de las terapias farmacológicas que reciben los pacientes, cuentan con técnicas de administración y otras cosas que facilitan esta rutina; este panorama puede cambiar con respecto a otro cuidador con menor experiencia.
Profesional 2 (TO)	Creo que en estos casos escolaridad y principalmente la experiencia que tiene el responsable del cuidado, más que todo puede afectar a la hora de realizar un apropiado régimen sin embargo creo que si se le facilita la labor en cuanto a esto puede tener resultados positivos, más que todo algo que le sea fácil para el cuidador seguirlo; aquí se

	destaca a veces la necesidad de intervención de un farmacéutico para coordinar que es más adecuado.
Profesional 3 (F)	Entre los principales la calidad de vida; un cuidador extenuado esta propenso a cometer errores; es por esto que personalmente recalco que no solo el paciente requiere cuidados; si no el cuidador también. Parece ilógica esta relación, pero es común; es por esto que se debe facilitar en la medida de lo posible las labores.
Profesional 4 (P)	Principalmente la calidad de vida, poco se enfatiza en el cuidador; sin embargo, la labor que estos realizan es compleja y su condición pasa a segundo plano; esto conlleva a lo que es muy común como el cuidador quemado, al final el paciente también se ve afectado.

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Los entrevistados concuerdan con que existen diversos factores que influyen en la terapia farmacológica del paciente, principalmente resaltan aquellos referentes a la labor de cuidado del paciente, donde la experiencia y la calidad de vida del cuidador generan impacto en la terapia del paciente. Por otra parte, se destaca la importancia del factor educativo en el paciente, que causa influencia sobre la interpretación de las indicaciones medicas tal como lo menciona el cuidador 6, este destaca que en ocasiones el proceso de interpretación de las indicaciones se dificulta para algunos cuidadores a causa de diversas condiciones que este presenta, y requiere educación según sus condiciones. Por otra parte, se menciona el factor económico referente al acceso de los recursos farmacológicos que puede ser una limitación que influye directamente en el progreso de la enfermedad.

Referente a esto, autores como Muñoz et al.¹⁴⁴, en un estudio realizado en un grupo de pacientes en situación de riesgo de no adherencia evidenciaron en sus resultados que factores como lo es el nivel socioeconómico causa una afectación en la adherencia, a causa de la incapacidad económica para acceder a los tratamientos. Además, ligado a esto mencionan la escolaridad como otro de los factores debido a la dificultad que significa la interpretación de las prescripciones; mostrando esto la relación con lo que manifiestan los entrevistados.

La pregunta 13 indica: ¿Considera que es necesario que se le brinden herramientas que faciliten la labor del cuidador en la administración y control de la terapia farmacológica, tales como folletos informativos, herramientas digitales o aplicaciones?, sus respuestas se manifiestan en la tabla 28.

Tabla 28. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 13.

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	Sí considero necesario que se nos brinde mayores y más herramientas que nos facilite el cuidado y por ende que nos ayude con la atención hacia el paciente
Cuidador 2	Claro que sí, sería muy útil las aplicaciones en mi caso pienso que son útiles a veces nos ayudan a tener un control de medicamentos.
Cuidador 3	Sí, nos ayuda a los cuidadores a salir de un área de confort a tener un conocimiento más complejo de lo que trata un paciente.
Cuidador 4	Pienso que sí es necesario, sería de utilidad en muchas etapas de la enfermedad.
Cuidador 5	Si pienso que sería bueno, como cuidador sentiría más acompañamiento; a pesar de la experiencia que se tenga hay cosas que no se sabe cómo afrontarlas más con los cambios constantes que sufre el paciente. El apoyo de otras personas con más conocimiento en el tema brinda más seguridad.
Cuidador 6	Sería excelente.
Cuidador 7	Claro, sería super bueno.
Cuidador 8	Por su puesto, de mi parte busqué información en centros diurnos pero la condición no autónoma no me permitió acceder a la información básica de cuidador de persona con Alzheimer. Toda herramienta a la que uno pueda acceso y que sea de utilidad para esta tarea es beneficiosa para el proceso.

Profesional 1 (EG)	Sería de gran beneficio para los cuidadores y las familias contar con esta información y tenerla a mano para cuando tengan dudas.
Profesional 2 (TO)	Por supuesto, yo considero que al causar una influencia positiva en este personal va ser de importancia para el éxito de cualquier tratamiento.
Profesional 3 (F)	Sí, es de mucha utilidad sin embargo por ejemplo en el caso de atención por parte de profesionales se debe resaltar mucho la importancia de un trabajo en conjunto; todo debe enfocarse en apoyar de diferentes maneras al cuidador.
Profesional 4 (P)	Completamente de acuerdo, toda red de apoyo que sea proporcionada es de utilidad.

Fuente. Elaboración propia, 2024.

En relación a los datos suministrados, todos los entrevistados concuerdan con la utilidad de la implementación de herramientas que faciliten la labor del cuidador en cuanto a la terapia farmacológica, las herramientas físicas o digitales se pueden adaptar a las condiciones que más le convengan al cuidador, con la finalidad de que su comprensión permita una mejora en el manejo de la terapia.

Por otro lado, pregunta 14 ¿Cree usted necesario que de acuerdo a las necesidades del paciente se adecuen herramientas como aplicaciones, estrategias como charlas y un seguimiento con un profesional en farmacia?, recibió respuestas que se visualizan en la tabla 29.

Tabla 29. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 14.

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	Sí sería justo y necesario que pudiésemos tener un seguimiento con un profesional para brindarnos más herramientas en cuanto a la administración y control de la medicación al paciente.
Cuidador 2	Si, sería muy útil que uno cuente con algo que se adecue algo a las necesidades del paciente; principalmente considerando en que etapa

	esta, tal vez así se facilitaría un poco ciertos procesos más que todo con los medicamentos que es tan complicado.
Cuidador 3	Sí, considero que podría ser útil principalmente porque uno se sentiría más acompañado por parte de alguien que conoce del tema y las herramientas si serian de gran utilidad.
Cuidador 4	Sí, principalmente en el campo de la educación sería bueno adaptarlas de acuerdo a la etapa de la enfermedad
Cuidador 5	Si claro, pienso que es necesario contar con algo que facilite alguna tarea por más sencilla que sea la herramienta facilita tareas; como en el caso de la bitácora de los medicamentos.
Cuidador 6	Si sería muy bueno.
Cuidador 7	Si.
Cuidador 8	Claro sería de fundamental ayuda ya que al final del día son demasiadas labores y responsabilidades con el paciente que muchas veces es un familiar, como mi caso.
Profesional 1 (EG)	Si se debería de contar con el recurso para que se pueda tener a mano durante las actividades de vida diaria.
Profesional 2 (TO)	Totalmente de acuerdo, esto podría influenciar mucho la calidad de vida de un paciente.
Profesional 3 (F)	Sí, cabe recalcar que esto debe ser adaptado a las necesidades caso por caso; en general a los cuidadores se les puede dar información en general con respecto al cuidado de ellos; pero con respecto al paciente si deben adaptarse en dependencia de su condición.
Profesional 4 (P)	Sí, puesto que cada paciente y su cuidador tienen condiciones diferentes con respecto a otros; por lo que generalizar en este tema es difícil.

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Sobre la información obtenida a través de los entrevistados, la totalidad coincide al referirse a la utilidad y necesidad de la adaptación de herramientas enfocadas en un fácil manejo de los tratamientos farmacológicos de los pacientes; si los recursos se adaptan a las

condiciones del paciente, tanto en el curso de su patología como factores socioeconómicos y acceso a recursos de salud y la relación con los profesionales de la salud involucrados en la educación y seguimiento como por ejemplo, el farmacéutico, la intervención reflejaría resultados óptimos en el desarrollo de la patología.

Finalmente, la pregunta 15 indica: ¿Qué información cree que es importantes conocer acerca de la terapia del paciente, tal como efectos adversos, forma adecuada de administración, información de los medicamentos?, respecto a esto, en la tabla 30 se detallan las respuestas brindadas por parte de los encuestados.

Tabla 30. Respuesta brindada por parte de participantes a la pregunta 15.

Sujeto	Respuesta
Cuidador 1	En la terapia al paciente creo que hay 2 cosas que son más importantes en cuanto a la medicación que serían la adecuada administración y los efectos adversos
Cuidador 2	De mi parte creo que para mí es importante saber que cosas puede presentar el paciente, y de que formas puedo administrarlo ojalá de alguna manera que se me facilite ya que esto es de las cosas más complicadas; pero es bueno conocer al menos para qué es cada medicamento también que son cosas que uno va conociendo a lo largo del tiempo.
Cuidador 3	Es importante saber que efectos le producen en su conducta, hay medicamentos que producen sueño y la persona no recibe la terapia que necesita ya sea cognitivas u ocupacional y esto le va a producir un efecto negativo en su enfermedad.
Cuidador 4	En general se necesita mucha capacitación ya que está en una enfermedad terrible que no tiene marcha atrás, es muy cruel y se necesita de mucho apoyo y no solo económico sino psicológico y profesional. No solo para conocer y saberla sobrellevar sino también en

	<p>general para toda la familia. Ya que es una enfermedad que cambia la dinámica familiar.</p>
Cuidador 5	<p>Primero, en mi opinión es importante conocer que se está administrando y segundo los efectos que puede producir en el paciente para identificar si es normal lo que está presentando o si es que el paciente no lo está tolerando como se espera o se está confundiendo con alguno de los síntomas que generalmente tiene.</p>
Cuidador 6	<p>Los efectos adversos, forma de administrar; principalmente cuando se toman demasiados no se sabe cómo acomodarlos, cuáles se pueden dar juntos, cuales no y que no realizar.</p>
Cuidador 7	<p>Información de medicamentos, dosis, efectos secundarios y adversos, etc.</p>
Cuidador 8	<p>De mi parte puedo decir que me faltó información de la enfermedad, manejo de la misma, que decir de la medicación y sus efectos secundarios, estas y muchas consideraciones más hubieran sido importante conocer las etapas de la enfermedad para llevar este duelo en vida un poco mejor.</p>
Profesional 1 (EG)	<p>Considero que lo más importante es saber los afectos, tanto buenos como negativos, las dosis y los horarios de administración del medicamento, qué hacer ante una emergencia si se administra el medicamento de forma incorrecta o bien de cuando no se administra.</p>
Profesional 2 (TO)	<p>Pienso que es importante buscar que los cuidadores inmediatos sean capaces de discernir entre los efectos del medicamento y síntomas de algún otro tipo para consultar lo antes posible a los servicios de salud pertinentes y con base en esto actuar.</p>
Profesional 3 (F)	<p>Toda información referente a la terapia del paciente debe conocerse, sin embargo cabe recalcar que como profesional es importante adaptar esta con el fin de que sea de fácil comprensión; en consecuencia, de esto el tipo de educación y como la aborde es importante.</p>

Profesional 4 (P)	En este tema no cuento con tanto conocimiento; sin embargo, que todas estas consideraciones son de importancia.
------------------------------	---

Fuente. Elaboración propia, 2024.

Según las respuestas obtenidos, se contrastan diversas perspectivas, sin embargo, sobresale entre las opiniones aquellas relacionadas con el régimen farmacológico de los pacientes polimedicados. Los encuestados señalan la importancia de conocer aspectos como forma adecuada de administración de medicamentos, los efectos adversos y la identificación de síntomas referentes a la enfermedad. A esto se liga la trascendencia de la educación medicamentosa dirigida a cuidadores y familiares, a causa del alto riesgo predisponente por la presencia de alteraciones fisiológicas en el paciente.

Las estrategias que sobresalen para ser instauradas como apoyo en el proceso de cuidado, serían relacionadas con la educación y la intervención de profesionales de una manera personalizada con el paciente y el cuidador, por medio de un trabajo multidisciplinario pueden proporcionar herramientas y recursos que sean fuente de apoyo.

Como describen los entrevistados, el tema educativo puede generar un gran impacto en el proceso de cuidado del paciente y consideran que para ellos es un tema que necesitan conocer. Las intervenciones educativas descritas por Bueno⁷⁰, pretenden proporcionar información necesaria a aquellos personajes involucrados en la terapia del paciente, su principal objetivo es abarcar aquellas necesidades que el cuidador manifieste con respecto a la terapia del paciente para lo que se requiere un trabajo multidisciplinar.

Por otra parte, Rodríguez et al.¹³⁹, resaltan la importancia de la educación sanitaria como estrategia de apoyo individualizado o grupal para pacientes, señalando el valor del trabajo en conjunto con otros profesionales sanitarios, que implica una responsabilidad compartida. Además, se menciona la necesidad de adaptar el método de educación a las capacidades de los cuidadores, utilizando un lenguaje claro y herramientas educativas para facilitar el proceso de aprendizaje. Los mismos enfatizan que un mayor conocimiento de la terapia conduce a un mejor cumplimiento de la misma.

Lo manifestado, guarda una estrecha relación en cuanto a la instauración de estrategias, porque los encuestados manifiestan que es de importancia conocer aquellos aspectos relacionados a la terapia, tal como los efectos adversos y formas de administración, entre los más destacados; además de esto se manifiesta la importancia de la adaptación de las estrategias educativas en dependencia del panorama, relacionado con esto la totalidad de los entrevistados concuerdan en la necesidad de adaptación de estas herramientas considerando las principales necesidades del cuidador.

De la mano con esto, los profesionales sanitarios pueden apoyar el proceso mediante una simplificación de las prescripciones, de manera que esto les facilita la labor de la administración de múltiples fármacos en estos pacientes. También mediante intervenciones de tipo conductual proporcionando herramientas que simplifiquen la administración de la terapia con instrumentos como la aplicación de sistemas de dosificación personalizados o el uso de pastilleros, sistemas de control de medicamentos como el uso de hojas de medicación o tarjetas de tratamiento, así como el uso de sistemas de recuerdo de horarios (SRH), alarmas o bien, herramientas de mejor comprensión tales como afiches, etiquetas adhesivas con posologías y consejos de uso e implementación de pictogramas.

Por otra parte, en referencia a aquellos factores que pueden causar una influencia en los resultados de la terapia farmacológica, se destacó el factor psicológico en donde la calidad de vida del cuidador juega un papel importante; para esto las intervenciones psico-sociales son de gran utilidad y precisamente son las más utilizadas, la ayuda brindada por una comunidad provoca un efecto positivo a nivel conductual en el cuidador.

Los autores Amador et al. ¹⁴⁵, en un estudio bibliográfico destacan la eficacia de este tipo de intervención no farmacológica; asimismo señalan la eficacia de este enfoque por los resultados positivos en la calidad de vida de cuidadores, el componente psicoterapéutico brindado a través de grupos de apoyo provoca reducción de la carga emocional del cuidador, lo que optimiza su labor.

Se debe resaltar la trascendencia de la intervención de múltiples profesionales en la implementación de estrategias, lo manifestado por los participantes y en comparación con las publicaciones, es que la participación de distintos profesionales en referencia al aspecto terapéutico brinda mayor seguridad a los cuidadores durante el proceso.

En relación con la terapia farmacológica, el papel del farmacéutico impacta los resultados en pacientes con enfermedades neurodegenerativas; Alzubaidi et al.¹⁴⁶, muestran resultados obtenidos gracias a las intervenciones de profesionales en farmacia en donde el número de reingresos hospitalarios de pacientes diagnosticados con EA se redujo. Sin embargo, los autores también resaltan el poco conocimiento y asesoramiento brindado por gran parte de estos profesionales para promover la adherencia y cubrir desafíos de la administración de fármacos.

En relación, Arismendi.⁹¹ analiza la efectividad de la intervención farmacéutica aplicando el seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con EA; este determina el impacto que genera gracias al aumento en el cumplimiento de la farmacoterapia en estos pacientes y la reducción de resultados negativos asociados a la medicación, gracias a la participación de los profesionales sanitarios, principalmente el farmacéutico.

La intervención de los farmacéuticos en aspectos de farmacoterapia en pacientes con EA, han conducido a una reducción de resultados negativos y del progreso acelerado de la patología, especialmente en población geriátrica, que a su vez en su mayoría son polimedcados, lo que influye en la calidad de vida del paciente y su cuidador.

Para intervenir, el farmacéutico debe considerar la calidad de vida del paciente y su entorno para que su apoyo sea individualizado. Los tres pilares fundamentales de intervención están enfocados en la educación, el apoyo por medio de estrategias planificadas y finalmente promover el bienestar y descanso del cuidador.

En síntesis, el trabajo conjunto de los profesionales de la salud es significativo en la intervención de pacientes con EA, es requerida una participación más activa de los

profesionales, en especial, farmacéuticos debido a su amplio conocimiento en la farmacoterapia y todos los factores relacionados que pueden influir en el progreso del paciente. No se debe dejar de lado que se requiere una valoración integral del paciente en función de aspectos físicos, fisiológicos, socioeconómicos y de educación y que a su vez incluya a los cuidadores, la relación estrecha con el personal de salud impacta positiva y directamente en la calidad de vida de ambos.

En consideración con lo anterior, se destaca principalmente la utilidad e importancia principalmente de las intervenciones psicosociales y educativas proporcionadas por parte de la ASCADA como estrategia de apoyo a los cuidadores; en relación a esta última se resalta la importancia de la intervención de un equipo profesional en el proceso de cuidado de los pacientes; los entrevistados manifiestan que esto confiere mayor confianza lo que causa un impacto positivo en el paciente, gracias a la calidad de cuidado que se le proporciona.

Por otra parte, en relación con esto se destaca la influencia de diversos factores y el efecto sobre la farmacoterapia del paciente; en este destacan diversos factores entre los cuales se encuentran el factor económico, la calidad de vida del cuidador y la educación, entre los principales; los mismos mencionan la utilidad de estas intervenciones, así como la necesidad y el beneficio que estas les atribuye en el proceso de la enfermedad.

En resumen, de acuerdo con la información proporcionada por parte de los participantes, se menciona la utilidad y el aporte que confiere el uso de herramientas que faciliten la labor de cuidado del paciente; en relación a esto, tal como lo destaca el cuidador 6 el cual menciona la dificultad que representa para una cuidadora adulta mayor todo lo relacionado a la interpretación y manejo de la farmacoterapia del paciente a cargo. De la mano con esto, se resalta la importancia de la adaptación de dichas herramientas en consideración de las necesidades y las condiciones de la persona a cargo del cuidado. De igual manera, en relación a esto se resalta el apoyo que representa la provisión de estos materiales en el proceso de cuidado.

Finalmente, referente a lo que se menciona anteriormente, el optar por herramientas para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con Enfermedad de Alzheimer fortalece

el tema, además le brinda al cuidador un medio de apoyo en el proceso de cuidado, teniendo en cuenta el reto que esto significa para él. Es por esto que, en consideración con lo manifestado y de la mano con la utilidad e importancia que representan las estrategias educativas, se plantea la propuesta de herramientas proporcionadas y diseñadas por parte de los profesionales sanitarios, tales como afiches educativos y bitácoras para el control de medicamentos, con el fin de facilitar el proceso educativo en los familiares y cuidadores, así como un medio de apoyo en el cuidado del paciente, mejorando de esta manera la adherencia a la terapia en el paciente.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación, se detallan una serie de conclusiones derivadas de la interpretación de los resultados de la investigación, gracias a estas se planteó adicionalmente una serie de recomendaciones como fuente de futuras investigaciones, así como propuesta de la implementación de estrategias que sean fuente de apoyo para cuidadores de pacientes diagnosticados con EA.

5.1.Conclusiones

En función del primer objetivo cuyo el fin fue identificar las principales barreras a las cuales se enfrentan los cuidadores de pacientes con EA, se obtuvieron resultados que se contrastaron con hallazgos en la literatura, lo que da apertura para plantear las siguientes conclusiones:

1. Se logró comprobar que uno de los principales obstáculos a los que se enfrentan los cuidadores, es el nivel socioeconómico que provoca limitación de acceso a recursos sanitarios como los tratamientos que permitan un retraso en el progreso de la patología, la atención especializada de diversos profesionales de la salud que puedan brindar una atención más detallada y aquellos que permitan cubrir las necesidades de cuidado del paciente.
2. El factor educativo se recalcó como obstáculo en el manejo de la enfermedad, resaltando que el conocimiento sobre la patología y sus características es fundamental para abordar el cuidado del paciente e influir en resultados concernientes a la calidad de vida del paciente.
3. Se concluyó que las limitaciones a las que se enfrenta el cuidador influyen directamente sobre el progreso de la EA en el paciente a cargo, que por su falta de autonomía requiere de un apoyo directo para lo cual es conveniente que dicho cuidador se encuentre en la capacidad y cuente con los recursos para asumir tal responsabilidad, lo que influye en la calidad de vida de ambas partes.

Seguidamente, en referencia al segundo objetivo que pretendía describir las estrategias de apoyo brindadas a cuidadores y su percepción de las mismas, se completó un análisis de resultados, bajo el cual se concluye lo siguiente:

1. Se determinó que las principales estrategias proporcionadas por ASCADA a los cuidadores abarcan principalmente el campo psicológico y educativo, a través de la implementación de grupos de apoyo conformados por diversos profesionales y cuidadores de pacientes diagnosticados con EA, siendo las redes de apoyo trascendentes en el proceso de cuidado y calidad de vida de ambos involucrados.
2. Los cuidadores entrevistados destacaron la importancia y utilidad de las estrategias educativas y psicosociales proporcionadas por la ASCADA como apoyo al proceso de cuidado de pacientes con EA, resaltando su impacto positivo en la calidad de vida del paciente y el cuidador. Por otra parte, se identificó poco conocimiento en los profesionales de salud acerca de la existencia de este proyecto y promoción de las actividades desarrolladas.
3. Los entrevistados percibieron que se requiere un mayor acompañamiento por parte de los profesionales involucrados en el proceso de la enfermedad y resaltaron la importancia y el impacto de un trabajo en conjunto de los mismos sobre la promoción de estrategias de apoyo educativo y psicológico dirigido a cuidadores.

Finalmente, en consideración del tercer objetivo, cuyo propósito era identificar las intervenciones de mayor utilidad para una mejora de la adherencia terapéutica como fuente de apoyo para cuidadores, se realizó un análisis de respuestas proporcionadas por los encuestados, lo que fundamentó el desenlace reflejado en las siguientes conclusiones:

1. Los instrumentos de apoyo que más influyen sobre la adherencia terapéutica en pacientes con EA son las intervenciones informativas respecto a la medicación y educativas en cuanto a técnicas apropiadas de administración brindadas por profesionales de la salud, especialmente los farmacéuticos, que con su formación son los actores adecuados en informar todo lo concerniente a la terapia farmacológica.
2. Se señaló que las intervenciones psicosociales son otra estrategia dirigida a la mejora de la adherencia terapéutica, debido a su impacto en la calidad de vida del cuidador que por su parte cuenta con una responsabilidad que lo somete a cargas físicas y emocionales, éstas pueden interferir en la correcta administración de fármacos al

paciente a cargo, promoviendo falta de adherencia terapéutica, errores de medicación y consecuente falla terapéutica.

3. Se acentuó la necesidad evidente y el beneficio que pueden recibir los pacientes con EA en cuanto a la adherencia terapéutica, cuando los profesionales de salud involucrados logran una intercomunicación para evitar la polifarmacia y la optimización de los tratamientos, a su vez enfatizando el involucramiento de los farmacéuticos mediante su papel educativo y de ofrecimiento de herramientas que les permiten a los cuidadores administrar la medicación de manera constante y correcta.

Tras el análisis realizado, referente a la pregunta de investigación, se determinó que dentro de las estrategias más efectivas y de mayor utilidad para mejorar la adherencia terapéuticas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, es por medio de la educación dirigida a cuidadores y familiares, mediante la proporción de herramientas por parte del profesional de salud que facilite el proceso de cuidado del paciente; finalmente se observó la importancia de la intervención psicológica y el impacto que tiene en la calidad de vida del cuidador y del paciente.

5.2. Recomendaciones

De acuerdo con el primer objetivo, se plantean recomendaciones dirigidas a diversos sectores, de la siguiente manera:

1. Al sector de salud pública, se insta el diseño de planes estratégicos en el sistema para abordar pacientes y cuidadores con limitaciones socioeconómicas que interfieren en el acceso a recursos sanitarios, promoviendo la colaboración entre el sector público y privado. Para esto se sugiere a entes gestores de la persona adulta mayor como CONAPAM el estudio de programas de apoyo a cuidadores de pacientes en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica con el fin de brindar acceso a servicios de atención especializada a los pacientes y de formación para los cuidadores.
2. A los profesionales en salud tratantes de pacientes con EA, se les sugiere brindar una atención enfocada en la individualidad que proporcione en la medida de lo posible las

herramientas necesarias y educación referentes a las implicaciones de la enfermedad a cuidadores para que logren brindar un cuidado apto y en dependencia de las necesidades del paciente.

3. A la ASCADA enfatizando en los profesionales de la salud que brindan apoyo a los cuidadores se les propone el refuerzo de programas educativos y de proyectos sociales referentes a la EA, de fácil acceso para aquellos que cuentan con limitaciones y con promoción evidente para abarcar mayor población con el objetivo de facilitar el proceso de cuidado del paciente.

Con respecto al segundo objetivo planteado y con base en las conclusiones, se sugieren las siguientes recomendaciones:

1. A la ASCADA, se le recomienda el fortalecimiento de las redes y grupos de apoyo conformado por equipos multidisciplinarios con el fin de proporcionar un apoyo enfocado a cuidadores más robusto y especializado, así como fomentar la participación de instituciones de salud y comunitarias para ampliar y fortalecer dicha red en los temas educativos y psicológicos que engloba esta enfermedad.
2. A los profesionales de la salud que atienden pacientes con EA se insta a la promoción de las diversas estrategias dirigidas al apoyo de cuidadores proporcionadas por la ASCADA con el fin de darlas a conocer tanto al sector salud como a la población en general, adicionalmente, se le resalta la necesidad de accionamiento de estrategias de promoción tales como eventos públicos, talleres, cursos, seminarios en línea o a través de plataformas de comunicación que sean accesibles para la población.
3. A los profesionales de la salud involucrados con la EA, se les recomienda la promoción de estrategias enfocadas en incentivar el trabajo multidisciplinario con el fin de brindar un mayor acompañamiento a cuidadores de pacientes, y la creación de mesas de trabajo junto con la ASCADA, pues brinda apoyo a los cuidadores, con el fin de analizar y abordar los principales requerimientos de la población que parece la patología y sus cuidadores, para fortalecer este campo.

Finalmente, a partir de las conclusiones referentes al tercer objetivo; se generan las recomendaciones a continuación:

1. A los profesionales de la salud involucrados con pacientes con EA, se sugiere la creación y suministro de material informativo tales como afiches educativos, videos, fichas técnicas con información que sea fácil comprensión para el usuario final, así como la adaptación de herramientas que faciliten la administración y control de fármacos a pacientes polimedcados tales como uso de bitácoras para registro de medicación, pastilleros personalizados, etiquetas de instrucciones de fácil comprensión, uso de pictogramas, aplicaciones móviles o cualquier herramienta que facilite la labor del cuidador en cuanto a la administración de la farmacoterapia.
2. A la ASCADA, se recomienda fortalecer y promover la formación de redes entre cuidadores de pacientes y profesionales con el objetivo de ser un pilar de apoyo especialmente para el cuidador durante la administración de fármacos. Además, se sugiere el diseño y estudio de estrategias que permitan brindar el acceso a estos recursos psicosociales especialmente en aquellos con algún tipo de limitación que no les permita contar con este recurso, con el objetivo de beneficiar a un mayor número de personas.
3. A la ASCADA y a profesionales que brindan apoyo a la misma, se insta a la promoción de un trabajo en conjunto con profesionales en farmacia con el objetivo principal brindar una atención integral gracias a la intervención de dicho profesional en el campo terapéutico del paciente, de manera que la terapia farmacológica sea administrada bajo términos educativos correctos.

Finalmente, a futuras investigaciones se insta a profundizar en el desarrollo y aplicación de estrategias enfocadas en la educación para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer, considerando como enfoque principal el apoyo a cuidadores y familiares. Asimismo, se insta a la promoción de la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud. Finalmente, se recomienda a la Universidad Internacional de las Américas, a la promoción de la participación de estudiantes de la facultad de farmacia en la creación y promoción de herramientas educativas como eje de apoyo a cuidadores.

CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6.1 Referencias bibliográficas.

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC:OMS; 2023 [Consultado el 11 febrero del 2024]. Demencia [9 pantallas aprox] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. 19a ed. Washinton DC: Willey; 2023.
3. Nuñez Cascante K. Colegio de Enfermeras de Costa Rica [Internet].Costa Rica: Colegio de Enfermeras; Septiembre 2017 [Consultado el 9 febrero de 2024]. Más de 30.000 casos de Alzheimer se han presentado en Costa Rica. [3 pantallas aprox]. Disponible en: <https://boletin.enfermeria.cr/mas-de-30-000-casos-de-alzheimer-se-han-presentado-en-costa-rica/>
4. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención Primaria [Internet]. 2009 [10 febrero de 2024]; (41); 342-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
5. Fundación Pascual Maragall. [Internet]. Barcelona, 2022: Fundación Pasqual Maragall; [Consultado el 13 de febrero de 2024]. Hablemos de Alzheimer: [2 pantallas aprox]. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/alzheimer-un-problema-global>
6. Allegri R, Arizaga R, Bavec C, Colli L, Demey I, Fernández M, et all. Enfermedad de Alzheimer: guía práctica. Neuro Arg [Internet]. 2011 [16 febrero de 2024];(3):120-137. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-enfermedad-alzheimer-guia-practica-clinica-S185300281170026X>
7. Mayo Clinic.[Internet]. Estados Unidos: Mayo Clinic; 30 agosto 2023 [Consultado el 16 febrero de 2024]. Tratamientos para la enfermedad de Alzheimer: ¿qué se vislumbra en el horizonte?; [9 pantallas aprox].Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/alzheimers-disease/in-depth/alzheimers-treatments/art-20047780%C2%A0>
8. Coma Marco A, Burillo M, Borobia A, Pardos P. Adherencia al tratamiento en pacientes con Enfermedad de Alzheimer en estadios iniciales. Port Med.[Internet] 2021 [Consultado el 10 Febrero de 2024]; (16): 224. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/adherencia-al-tratamiento-en-pacientes-con-enfermedad-de-alzheimer-en-estadios-iniciales/>

9. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez Ó, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Act Méd Grup Áng. 2018 [10 febrero de 2024];16(3):226-232. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
10. Pagés N, Valverde I. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Phar [Internet]. 2020 [Consultado el 11 febrero de 2024]; (59): 251-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251
11. Pfizer. LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUMPLIMIENTO Y CONSTANCIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA [Internet]. Pfizer. 2020 [consultado el 15 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.pfizerpro.es%2Fpara-tu-especialidad%2Fmedicina-de-familia%2Fnoticias%2Fadherencia-terapeutica&psig=AOvVaw2kdoCDaxovH1VPKRazYVUg&ust=1708146598411000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAYQn5wMahcKEwjAuKeLjK-EAxUAAAAAHQAAAAAQB>
12. SEFAC. Guía para la adherencia terapéutica. [Internet]2017 [Consultado el 15 febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.sefac.org/notas-de-prensa/guia-para-la-mejora-de-la-adherencia-terapeutica>
13. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Prim. [Internet], 2009. [Consultado el 10 febrero de 2024]; (41):342-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
14. Crespillo E, Rivas F, Fernández C, Muñoz C, Alemán G, Pérez E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. Rev Cali Asis. [Internet].2013.[Consultado el 10 de febrero de 2024];(28): 56-62). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.09.009>
15. Molinuevo J, Hernández B. Evaluación de la información suministrada por el médico especialista sobre la enfermedad de Alzheimer y de la retención lograda por los cuidadores del enfermo. Rev Neuro [Internet].2012 [Consultado el 9 febrero de 2024]; (8): 453-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.05.009>

16. Faus M. Atención farmacéutica como una respuesta a una necesidad social. *Rev Ars Pharm.*[Internet] 2000 [Consultado el 9 febrero de 2024]; (41): 137-143.Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/5740/13250>
17. Lliebre J, Gutiérrez R, Guerra M. Enfermedad de Alzheimer:actualización en su prevención, diagnóstico y tratamiento [Internet]. *Revi Hab de Cien Médi.* [Internet].2022.[Consultado el 9 febrero de 2024];(21):1-7 Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4702/3125>
18. Contreras Muñoz C. Adherencia terapéutica al tratamiento e interacciones farmacológicas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. [Tesis de Doctorado en ciencias de la salud]. Murcia, España: Universidad Católica de Murcia: 2023.
19. Klaassen G, Werlinger E, Contreras L, Gonzáles A, Vera A, Juica S et all. Calidad de Vida en Demencia Alzheimer: un nuevo desafío. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.*[Internet] 2021[Consultado el 11 febrero de 2024];(59):361–7. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272021000400361
20. Alvarado A, Alvarado P, Rojas L, Oviedo P. Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integrativa. *Rev Cui.*[Internet]2019[Consultado el 11 de febrero de 2024];(10). Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.813>
21. Fernández R, Saborido C. Prevalencia de la prescripción de la Enfermedad de Alzheimer y su uso de la terapia combinada. *Rev OF·ILA.* [Internet].2021[Consultado el 7 febrero de 2024]; (33):79–82.Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ofil/v33n1/1699-714X-ofil-33-1-79.pdf>
22. Vicente S, Olmos R, Ramírez C, García M, Valderrey M, Rubia A. Treatment adherence in patients older than 65 years who suffer early readmissions. *Farm Hosp* [Internet].2018[consultado el 7 febrero de 2024]; 42: 147-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29959838>
23. Powell C, Tomlinson J, Quinn C, Fylan B. Interventions for self-management of medicines for community-dwelling people with dementia and mild cognitive impairment and their family carers: a systematic review. *Rev Age And Ageing* [Internet]2022[Consultado el 6 febrero de 2024];51: 1-7.Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afac089>
24. Pastuña Doicela R. Calidad de vida de los cuidadores de personas con Enfermedad de Alzheimer: revisión integrativa. *Rev Enf Inv* [Internet]. 2021[Consultado el 14 de febrero

- de 2024];(6): 37- 45. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1454/1244>
25. Kim H, Shim Y, Kee P, Nyoung C, Jung S, Jin S et all. Impact of an Education Program for Caregivers of Patients with Alzheimer’s Disease on Treatment Discontinuation and Compliance in Korea. Rev Kore Neuro Asso [Internet] 2021 [Consultado el 4 de febrero de 2024]; (17): 368-375. Disponible en: <https://doi.org/10.3988/jcn.2021.17.3.368>
26. García P, Egea M, Gucalón G, Monge E, Val M, Gran S. Enfermedad de Alzheimer, un abordaje multidisciplinar. Rev San de Inv [Internet] 2020 [Consultado el 14 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermedad-de-alzheimer-un-abordaje-multidisciplinar/>
27. Burillo M, Salvador S, García M, Romance M, Labar R, Calvera L et all. Eficacia de un programa de psico estimulación integral en pacientes con diagnósticos de enfermedad de Alzheimer. Rev Eur. J. Develop. Educa. Psycho. [Internet] 2020 [Consultado el 15 de febrero de 2024];(8):124-132. Disponible en: <https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejpad/article/view/1316/917>
28. Fornaguera J, Segura N, Montero B. Enfermedad de Alzheimer en Costa Rica. Una realidad poco investigada. Rev Neur[Internet]. 2018 [Consultado el 9 de febrero de 2024];(31): 5-19. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/334469816_Enfermedad_de_Alzheimer_en_Costa_Rica_Una_realidad_poco_investigada
29. Román N, Boza C. Estudio de prevalencia de demencias en adultos mayores de la comunidad de Santo Domingo de Heredia, Costa Rica. Rev Terap [Internet].2019 [Consultado el 1 de febrero de 2024]; (1): 32-47. Disponible en: <https://revistaterapeutica.net/index.php/RT/article/view/17>
30. Sanabria A, Alvarado I, Monge C. Estrategias terapéuticas en la enfermedad de Alzheimer. Rev Neuro. [Internet] 2016 [Consultado el 1 febrero de 2024]; (7):1–17. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/unidadHSJD/alzheimer.pdf>
31. Cruz Alvarenga A. CENTRO DE INTEGRACIÓN PARA PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO: NUEVA OPCIÓN DE ATENCIÓN EN EL HNP. Rev Cúp. [Internet] 2018 [Consultado el 3 febrero de 2024]; (32): 82-86. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v32n1/art07.pdf>

32. Formiga F, Robles J. Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. Rev Esp de Geri y Geront.[Internet];2009 [consultado el 24 febrero de 2024]; 44(2): 2-8.Disponible en: DOI: [10.1016/j.regg.2009.05.009](https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.05.009)
33. Hernández V. Estudios epidemiológicos: tipos, diseño e interpretación. Enf Infl Int al día. [Internet] 2017 [Consultado el 24 febrero de 2024]; 16(3): 98-105. Disponible en: DOI: [10.1016/j.eii.2017.03.001](https://doi.org/10.1016/j.eii.2017.03.001)
34. Garre JO. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Rev Neurol.[Internet] 2018 [Consultado el 24 febrero de 2024]; 66(11): 377-386. Disponible en: <https://www.svnps.org/documentos/enfermedad-de-alzheimer.pdf>
35. García F, Rodríguez I, Peñalosa Y. La epidemiología de las demencias. Rev Mex Neuroci.[Internet] 2004 [Citado el 23 febrero de 2024]; 4(4): 259-268.Disponible en: <https://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2014/07/Nm0034-08.pdf>
36. Martín C. Demencia por cuerpos de Lewy. Med de Fami.[Internet] 2006 [Consultado el 23 febrero de 2024]; 32(4):167-171.Disponible en: DOI: [10.1016/S1138-3593\(06\)73247-6](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(06)73247-6)
37. Hanseeuw B, Betensy R, Jacobs H, Chultz A, Sepulcre J, Becker J et al. Association of Amyloid and Tau With Cognition in Preclinical Alzheimer Disease: A Longitudinal Study. Rev JAMA Neurol.[Internet] 2019 [Consultado el 23 febrero de 2024]; 76(1):915-924.Disponible en: DOI: [10.1001/jamaneurol.2019.1424](https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2019.1424)
38. Kawas C, Kim R, Sonnen J, Bullain S, Trieu T, Corrada M. Multiple pathologies are common and related to dementia in the oldest-old: The 90+ Study. Rev Neur.[Internet] 2015 [Consultado el 24 febrero de 2024]; 11(85):543-542.Disponible en: DOI: [10.1212/WNL.0000000000001831](https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001831)
39. Carlos C. Biología Molecular de la Enfermedad de Alzheimer. Rev Medi Leg.Costa Rica.[Internet] 2016 [Consultado el 24 de febrero de 2024]; 33(2). Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000200104
40. Cacabelos Ramón. Enfermedad de Alzheimer: presente terapéutico y retos futuros (primera parte).[Internet]2001[Consultado el 24 de febrero de 2024];33(3):215-238. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v30n3/v30n3a02.pdf>

41. Bondi M, Edmonds E, Salmón D. Alzheimer's Disease: Past, Present, and Future. [Internet] 2017 [consultado el 24 de febrero de 2024]; 23(9-10): 818-831. Disponible en: . DOI: [10.1017/S135561771700100X](https://doi.org/10.1017/S135561771700100X)
42. Gómez L, Reyes G, Silva M. Etiología, factores de riesgo, tratamientos y situación actual de la enfermedad de Alzheimer en Mexico. Gac Méd Mex. [Internet] 2022 [Consultado el 23 de febrero de 2024];158(4):244-251. Disponible en: DOI: 10.24875/GMM.22000023
43. Falcón Julio. Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedades de Alzheimer y sus cuidadores principales. Rv Cub Med Gen Integ.[Internet] 2020 [Consultado el 23 de febrero de 2024]; 36(1):1-18. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi201h.pdf>
44. Toledo Jon. Epidemiología descriptiva y analítica de la Enfermedad de Alzheimer. Rev Alzh. [Internet]2011 [Consultado el 23 de febrero de 2024]; (47): 16-24. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/267552792_Epidemiologia_descriptiva_y_analitica_de_la_enfermedad_de_Alzheimer
45. Zhang X, Tian Y, Tai J. The Epidemiology of Alzheimer's Disease Modifiable risk factors and prevention.[Internet] 2021[Consultado el 24 de febrero de 2024];(8):313-321.Disponible en: <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.15>
46. Miranda E, Valerio D, Jacques H, Cháves C, Peralta M, Corrales L. Características clínicas de los casos de demencia en la clínica de memoria del hospital Nacional de Geriatria y Gerontología. Act Med Costarric.[Internet] 2015 [Consultado el 24 de febrero de 2024];57(3):130-156.
47. Silva D, Santana A, Yamacita F. A fisiopatología da doença de alzheimer. Rev Terr Cult: Cad de Ensi e Pesq.[Internet] 2022 [Consultado el 23 de febrero de 2024]; (38): 237-251. Disponible en: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/2767/2529>
48. Defilippo M. Fisioterapia para todos. [Internet]. 2017 [citado 2024 febrero 2023]. Disponible en: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/2767/2529>.
49. Tuneu L, Valls M, Rojas M, Sardans E, Paredes A, F. G. Guía de seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con Alzheimer [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ALZHEIMER.pdf

- 50.** Costa Vera, E. AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER [Tesis final de grado]. Madrid, España: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.
- 51.** Abizanda P, López E, López B, Romero L, Sánchez P, León M et al Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. Rev Esp de Geri y Gero [Internet] 2007 [consultado el 23 de febrero de 2024]; 44(5), 238–243. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.018>
- 52.** Bombón P, Fierro Altamirano P. Criterios de diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer: Aplicaciones prácticas. Revista ecu de Neuro, [Internet] 2022[consultado el 23 de febrero de 2024]; 31(1), 12–15. Disponible en <https://doi.org/10.46997/revecuatneuro131100012>
- 53.** Murillo Ruiz Irina. Análisis de la importancia del regente en el abordaje farmacéutico integral de familiares y cuidadores orientado a la mejora de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de personas con enfermedad de Parkinson y Alzheimer para la propuesta de una guía de recomendaciones dirigida a las farmacias independientes del cantón de Palmares, durante el periodo de julio-agosto del 2023. [Tesis de licenciatura en Farmacia]. San José, Costa Rica:Universidad Internacional de las Américas; 2023.
- 54.** Barrera F, López E, Baldivieso N, Álvarez I, Moralia M, Murillo L. Diagnóstico actual de la Enfermedad de Alzheimer. Rev Med Clin 2018; 2(2):57-73.
- 55.** Gálvez Díaz Nuria. Alzheimer y cuidados: testimonios reales de personas con familiares con demencia [Tesis de maestría]. España: Universitat Jaume; 2016.
- 56.** Amor Martínez Alejandro. Eficacia de las terapias cognitivas en pacientes con Alzheimer [Tesis de grado].España, Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2022-2023
- 57.** Passeri E, Elkhouri K, Morsink M, Kerensa B, Linder M, Tamayol A et al. Alzheimer’s Disease: Treatment Strategies and their limitations. Rev Inter Jour Mole Scien [Internet] 2022 [Consultado el 23 de febrero]; 23(22): 13954. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms232213954>
- 58.** Scheltens P, Strooper de B, Kivipelto M, Holstege H, Chételat G, Teunissen C, Cummings J et al. Alzheimer’s disease. Rev The Lanc [Internet] 2021 [Consultado el 24 de febrero de 2024]; (39):1577-1590. Disponible en: [https://sci-hub.vncjki.com/10.1016/S0140-6736\(20\)32205-4](https://sci-hub.vncjki.com/10.1016/S0140-6736(20)32205-4)

- 59.** Muñoz N, Mora E. Tratamientos farmacológicos de la Enfermedad de Alzheimer: Estudio comparativo de uso en la comunidad de Aragón. Farm Prof [Internet] 2010 [Consultado el 24 de febrero]; 24(3):60-66. Disponible en: [https://scihub.yncjkj.com/10.1016/S0140-6736\(20\)32205-4](https://scihub.yncjkj.com/10.1016/S0140-6736(20)32205-4)
- 60.** Alonso M, Villa M, Fraguas A, Fernández A, Barcia E. Opciones terapéuticas en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Rev Esp Cienc Farm. 2021; 21(2):23-31.
- 61.** Pérez David. Lecanemab en la Enfermedad de Alzheimer: realmente estamos ante un cambio en el pronóstico de la enfermedad?. Rev Neurol [Internet] 2023 [Consultado el 25 de febrero de 2024]; 76(6):185-188. Disponible en: . <https://www.svnps.org/wp-content/uploads/2023/03/cd060185.pdf>.
- 62.** Groppo J, García S, Alfie V, Perelli L, Navarro E, Pichón A et all. Lecanemab en enfermedad de Alzheimer. Inf Resp Rap Sanit.[Internet] 2023 [Consultado el 23 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.svnps.org/wp-content/uploads/2023/03/cd060185.pdf>.
- 63.** Alzheimer's Association [Internet]. Michigan Ave. Chicago Illinois: Alzheimer's Association; 2023[24 de febrero de 2024].Alzheimer y la demencia: tratamientos; [8 pantallas aprox]: disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/tratamientos>
- 64.** Lorenzo A, Hernández J, Acosta F. Tratamiento farmacológico específico de la Enfermedad de Alzheimer. Infarma [Internet] 2012[consultado el 24 de febrero de 2024]; 4(1):1-2. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/tratamientos>
- 65.** Ortega M, Moreno J, Valdivieso S, Cango L, Montoya K, Jaya D et al. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. Revista electrónica portales médicos. Rev Porta Med [Internet] 2020 [Consultado el 23 de febrero de 2024];15(19), 973–975. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/adherencia-al-tratamiento-en-enfermedades-cronicas/>
- 66.** Vargas M, Herrera C , Rocha L. Aportes para el abordaje interdisciplinar de la adherencia al tratamiento. Acta medica col. [Internet] 2018 [Consultado el 6 de mayo de 2024]; 43(1), 37–41. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1631/163156698005/html/>
- 67.** Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. 16ª ed. Ginebra, Suiza; 2004.

68. Hernández I, Sarmiento N, González I, Galarza S, Bastida A et al. Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. Rev Metro cienc. [Internet] 2018 [Consultado el 6 de mayo de 2024]; 26(1), 7–11. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981555/adherencia-al-tratamiento.pdf>
69. Sánchez Rodríguez M. Adherencia al tratamiento: cuestiones claves. Hablemos de Neurociencia. [Internet]. Perú . Disponible en: <https://hablemosdeneurociencia.com/adherencia-al-tratamiento/>
70. Bueno Franco P. INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: REVISIÓN DE LOS RESULTADOS PUBLICADOS [Trabajo final de grado]. Sevilla, España: Universidad de Sevilla; 2019.
71. Organización Panamericana de la Salud. La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe. 1era ed: Washington DC: Organización Panamericana de la Salud y Banco Interamericano de Desarrollo; 2023.
72. Guerrero J, Romero G, Martínez M, Apolonia R, Reyes R. Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2016 [Consultado el 8 de mayo de 2024]; 24(2), 91–98. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162d.pdf>
73. Esandi N, Canga A. Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. Gerokomos [Internet] 2011 [consultado el 9 de mayo 2024]; 22(2):56-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200002&lng=es.
74. Turró O, Soler O, Garre J, López S, Vilalta F, Monserrat S. Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev de neurol. [Internet]2008 [Consultado el 9 de mayo de 2024]; 46(10), 582–588. Disponible en; https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART15389/distribucion_factorial_de_la_carga.pdf
75. Espín Falcón J. Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. Rev Cub de Med Genl Int [Internet] 2020 [Consultado el 10 de mayo de 2025];36(1), 1–18. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi201h.pdf>
76. Bonomédico [internet] Málaga, España: Bonomédico, 2021 [Consultado el 15 de mayo de 2014. Disponible en: <https://www.bonomedico.es/blog/sintomas-alzheimer->

[tratamiento/cuidador-](#)

[alzheimer/#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20afrentar%20la%20enfermedad%3F%20%20Comunicaci%C3%B3n%20con%20el,comidas%20...%206%20Ayudarle%20a%20mantenerse%20activo%20](#)

77. Navarro M, Navascués L, ^a CM, Manzanares C, Perosanz M, Blanco E. Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. Gerok [Internet]. 2018 [Consultado el 2 de marzo de 2024];29(2):79–82. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00079.pdf>

78. Montalvo Prieto A. Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena. Rev Av.Enferm. [Internet]. 2007 [consultado el 15 de mayo de 2024]; 25(2): 90-100. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002007000200009&lng=en.

79. Casal B, Rivera B, Currais L. Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida del cuidador informal. Rev Esp de Ger y Gero. [Internet] 2019 [Consultado el 15 de mayo de 2024]; 54(2), 81–87. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-enfermedad-alzheimer-calidad-vida-del-S0211139X18306905>

80. Garzón F, Gutiérrez F, Gallardo A, Torres M. Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev Neuro [Internet] 2017 [Consultado el 16 de mayo de 2024]; 32(8), 508–515. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531630010X>

81. Martínez Pizarro Sandra. Síndrome del cuidador quemado. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2020 [consultado el 10 de jul. de 2024]; 13(1):97-100. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013

82. Gómez A, Ramírez L, Lahera M. La atención farmacéutica: componente de calidad necesario para los servicios de salud. Rev mult. [Internet] 2012[Consultado el 16 de mayo de 2024]; 16(2). Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/587/939#:~:text=La%20Organizaci%20Mundial%20de%20la,%2C%20los%20comportamientos%2C%20los%20compromisos%2C>

- 83.** Monge Bogantes L. Un cambio de paradigma a nivel asistencial en el que se brinda atención farmacéutica directa a los usuarios de medicamentos. *Rev Cienc y Salud Int conoc* [Internet] 2019 [Consultado el 16 de mayo de 2024]; 3(5): 10-15. Disponible en: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v3i5.97>
- 84.** Agamez Martínez D. La atención farmacéutica: “un impacto para optimizar la calidad de vida de los pacientes”. [Tesis de bachillerato]. Cartagena, Colombia: Universidad de Cartagena; 2021.
- 85.** Martínez F, Do Pazo P, Vilardelle L. Atención farmacéutica integral a los pacientes de un servicio de Cirugía Vascul ar. *Rev farm hosp* [Internet] 2011 [Consultado el 17 de mayo de 2024]; 35(5): 260–263. Disponible en: <https://www.revistafarmaciahospitalaria.es/es-pdf-S1130634311001176>
- 86.** Carranza Herrera J. Objetivos de la atención farmacéutica. [Internet] 2002 [consultado el 17 de mayo de 2024]; 30(2): 183-187. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-objetivos-atencion-farmaceutica-13035255>
- 87.** Gorgas M, Pàez F, Camós J, de Puig E, Jolonch P et al. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Farm hosp*. [Intenet] 2012 [Consultado el 19 de mayo de 2024];36(4):229–239. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130634311001954>
- 88.** Calvo B, Gastelurrutia M, Urionaguena A, Isla A, del Pozo R, Solinís M. Oferta de servicios de atención farmacéutica: clave para un nuevo modelo de servicios de salud. *Rev Aten Far*. [Internet] 2022 [Consultado el 20 de mayo de 2024]; 54(1).Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002328?via%3Dihub>
- 89.** Rojas C, Segura S, Lizano C, Cordero E. Servicios de Atención Farmacéutica en farmacias de comunidad privada de Costa Rica: percepción de usuarios. *Rev. OFIL·ILAPHAR* [Internet] 2022 [consultado el 20 de mayo de 2024]; 32(4):341-345.Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2022000400006
- 90.** Bonal J, Alerany C, Bassons T, Gascón P. *Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. En: Herrera J. *De farmacia clínica y atención farmacéutica*. España: Elsevier; 2003. 275-293.

- 91.** Arismedi Arismedi E. Evaluación e impacto de la intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con Enfermedad de Alzheimer. [Tesis doctoral]. Granada, España: Universidad de Granada; 2022.
- 92.** Jiménez Herrera M. Optimización de la terapia medicamentosa en pacientes adultos mayores patológicamente descompensados del hogar de ancianos Nazareth, enero-diciembre 2021. [Tesis de maestría en Farmacia]. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2022.
- 93.** Thomas E, Nadal M. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria. Rev Med de Fam SEMERGEN. [Internet] 2001 [consultado el 22 de mayo de 2024];27(1): 575–586. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-abordaje-diagnostico-terapeutico-demencia-atencion-13023105>
- 94.** Castellanos F, Cid M, Duque P, Zurdo M. Abordaje integral de la demencia. Rev Inf Ter Sist Nac Salud. [Internet] 2011 [Consultado el 23 de mayo de 2024];35(2): 39–45. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35n2completo.pdf
- 95.** HazFarma. Abordaje de la Enfermedad de Alzheimer desde la farmacia comunitaria (enMente). 1ra ed. Madrid, España: HazFarma; 2017.
- 96.** Orueta Sánchez R. Los medicamentos para la enfermedad de Alzheimer a debate. El papel del médico de familia. Rev Clin Med Fam [Internet] 2019 [Consultado el 23 de mayo de 2024]; 12(3):113-114. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2019000300113&lng=es
- 97.** Alzubaidi H, Saidawi W, Hussein A, Hasan S. Critical Role of Pharmacists in Caring for Alzheimer's Disease Patients. J Alzheimers Dis. [Internet] 2020 [consultado el 25 de mayo de 2024];73(3):1253-1264. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31903993/>
- 98.** Nanaumi Y, Yoshitani A, Onda M. Impact of interventions by a community pharmacist on care burden for people with dementia: development and randomized feasibility trial of an intervention protocol. Rev Nan Pil and Feasib Stud. [Internet] 2022 [consultado el

25 de mayo de 2024]; 8(1): 2–12.
<https://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40814-022-01071-7>

99. Lizarraga Alicia, Vázquez M. Paciente con Alzheimer en fase moderada y su familia: análisis bibliográfico de un caso clínico. Rev Gerokomos [Internet]. 2021 [consultado el 25 mayo 2024] ; 32(3): 172-177. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400008&lng=es

100. Rubio Acuña M, Márquez Doren F, Campos Romero S, Alcayaga Rojas C. Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer. Rev Gerokomos [Internet] 2018 [Consultado el 25 de mayo de 2024]; 29(2): 54-58. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200054&lng=es.

101. Verez N, Casal C, Rojas J. Estrategias terapéuticas en la enfermedad de Alzheimer: revisión basada en la evidencia científica. Rev Farmacia comunitaria [Internet] 2011 [Consultado el 26 de mayo de 2024]; 2(1): 2–3. Disponible en: <https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/estrategias-terapeuticas-enfermedad-alzheimer-revision-basada-evidencia-cientifica>

102. Villegas S. Enfermedad de Alzheimer: nuevas estrategias terapéuticas. Rev medicina clínica [Internet] 2015 [Consultado el 26 de mayo de 2024]; 145(2):76–83. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-enfermedad-alzheimer-nuevas-estrategias-terapeuticas-S0025775314004060>

103. Casas P, Ortiz P, Penny E. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 [Consultado el 27 de mayo de 2024]; 33(2): 335-341. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200020&lng=es

104. Rivas Andrés. Marco metodológico: ¿Cómo redactar y cuál es su estructura? [Internet]. 2022 [Citado el 1 marzo de 2024] Disponible en: <https://normasapa.in/marco-metodologico/>

- 105.** Guerrero Bejarano M. La investigación cualitativa. Rev Innov Resec Jou [Internet]. 2016 [citado el 1 marzo de 2024];1(2):1-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/331803293_La_Investigacion_Cualitativa
- 106.** Villaseñor Kever M . Capítulo 7. En: Lurdez M, Martínez R, Briones J, Cortés R, editores. Metodología de la investigación para el área de la salud 2 ed. México D.F: Mc Graw Hill; 2013. 47-62
- 107.** Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Zubarew T. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. Rev méd de Chile [Internet]. 2017 [citado el 1 marzo de 2024];145(3):373-9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000300012#:~:text=El%20enfoque%20cualitativo%20permite%20conocer,de%20los%20servicios%20de%20salud.
- 108.** Rodríguez A, Pérez A. Métodos científicos de indagación y de construcción de conocimientos. Rev Esc Admi Neg. [Internet] 2017 [consultado el 3 de marzo de 2024]; (82)1-26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/206/20652069006.pdf>
- 109.** Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos [Internet]. 2006 [consultado el 1 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf?s>
- 110.** Vargas Beal X. ¿Cómo hacer investigación cualitativa? Una guía práctica para saber cómo es la investigación general y como hacerla con énfasis en las etapas de investigación cualitativa [Internet]. Paulina Navarro 526, Colonia Los Maestros, Zapopan, Jalisco, México, : ETXETA; 2011. Disponible en: <http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/981/94805617-Xavier-Vargas-B-COMO-HACER-INVESTIGA.pdf>
- 111.** Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación 5ta ed. México: McGrawHill; 2010. Capítulo 1, Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias; 2-21
- 112.** Arias J, Villasis M, Miranda M. El protocolo de la investigación III: la población de estudio. Rev Alerg Mex.[Internet] 2016 [consultado el 3 de marzo de 2024]; 63(2):201-206. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/05a0/92b010acf9756ec0e800749bbe868c4e68f7.pdf>

- 113.** Manzano R, García H. Sobre los criterios de inclusión y exclusión: más allá de la publicación. Rev chil pediatr.[Internet] 2016 [consultado el 3 de marzo de 2024]; 87(6):512-513. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410616300511?via%3Dihub>
- 114.** Guevara G, Verdesoto A, Castro N. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). Rev cien Mun Invest y el Conoc [Internet]. 2020 [consultado el 1 de marzo de 2024]; 3:163–73. Disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/860>
- 115.** Fidas A. Citación de fuentes documentales y escogencia de informantes: un estudio cualitativo de las razones expuestas por investigadores venezolanos. Rev e-Cien de la Inf [Internet]. 2019 [citado el 1 de marzo de 2024]; 9(1). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/eciencias/article/view/32224/36884>
- 116.** Merino Alejandra. Como escribir documentos científicos parte III: Artículo de revisión. Rev Sal de Tab [Internet] 2011 [Citado el 3 de marzo de 2024]; 17(2): 36-40. Disponible en: <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/3335>
- 117.** Vivar C, McQueen A WD, Armayor N. Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación. Ind de Enf. 2013;222–7.
- 118.** Hernández R, Fernández C, Baptista P. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 6ta edición [Internet]. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: McGraw-Hill; 2014. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- 119.** Peña T, Pirela J. LA COMPLEJIDAD DEL ANÁLISIS DOCUMENTAL. Información, cultura y sociedad: Rev del Inst de Inv Bibli [Internet]. 2007 [consultado el 1 de marzo de 2024] ;16:55–81. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2630/263019682004.pdf>
- 120.** Robles Bernardo. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. Cuicuilco [Internet]. 2011 [Consultado el 1 de marzo de 2024] ;18(52):39–49. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004#:~:text=La%20entrevista%20en%20profundidad%20sigue,vidas%2C%20experiencias%20o%20situaciones%2C%20tal

- 121.** Rodríguez Juan. Definición de “Profesión médica”, “Profesional médico/a” y “Profesionalismo médico”. Educación médica [Internet]. 2010 [Consultado el 1 de marzo de 2024] ;13(2):63–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132010000200001
- 122.** Gutiérrez Elizabeth. Capítulo 8 . En: Lurdez M, Martínez M, Briones R, Gaspar J, Cortés R. Recolección de datos. editores. Metodología de la investigación para el área de la salud 2 ed. México D.F: McGraw Hill Higher Education; 2013. 63-70
- 123.** Aguilar S, Barroso J. La triangulación de datos como un estrategia en investigación educativa. Rev Med y Educ. [Internet] 2015 [consultado el 9 de marzo de 2024]; (47):73-88. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/368/36841180005.pdf>
- 124.** Jimenez Cháves E. Triangulación metodológica cualitativa y cuantitativa. Rev Sob Est Inv Sab Acad. 2020; 14(14): 76-81.
- 125.** Oropeza ID. Investigación cualitativa, metodología, relaciones y ética: Estrategias biográficas-narrativas, discursivas y de campo. San José, CR: Editorial UCR; 2018.
- 126.** Ortega M, Moreno J, Valdivieso S, Cango C, Cango K, Montoya I, et al. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. Revista electrónica de portales médicos [Internet]. 2020 [consultado el 2 de marzo de 2024] ;15(19). Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/adherencia-al-tratamiento-en-enfermedades-cronicas/#google_vignette
- 127.** Sociedad Española de Farmacia Clínica F y. C. Guía para la mejora de la adherencia terapéutica [Internet] 2017 [Consultado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.sefac.org/notas-de-prensa/guia-para-la-mejora-de-la-adherencia-terapeutica>
- 128.** Labarta A, García C, Martín D, Pelet E, Mata, Aznárez M. Factores condicionantes y estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. Revisión sistemática. Revista Sanitaria de investigación [Internet]. 2023 [Consultado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/factores-condicionantes-y-estrategias-para-mejorar-la-adherencia-terapeutica-revision-sistemica/>
- 129.** Herrera, Laguado E, Pereira J. Daños en salud mental de cuidadores familiares de personas con Alzheimer. Rev Gerokomos [Internet] 2020 [Consultado el 28 de junio de 2024]; 31(2): 68-70. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000200002&lng=es.

130. Cerquera A, Granados J, Galvis M. Relación entre estrato económico y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. Rev Virt Uni Católica del Norte. [Internet] 2014 [Consultado el 28 de junio de 2024]; 42: 127-137. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194230899009.pdf>

131. Guamán A, Mesa I, Peña S, Ramírez A. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. Rev arch ven de Farma y terap. [Internet] 2021 [consultado el 28 de Junio de 2024];1:282–288. Disponible en: <https://zenodo.org/records/5039487>

132. Pérez S, Sánchez M, Tabuena M, Torrijo S, Maicas J, Turlan A. El impacto de la educación para la salud en el control de enfermedades crónicas: un enfoque en la diabetes. Rev Sani de Invest. [Internet] 2023 [Consultado el 28 de Junio de 2024];4(1): 14 – 18 Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-impacto-de-la-educacion-para-la-salud-en-el-control-de-enfermedades-cronicas-un-enfoque-en-la-diabetes/>

133. Sancho P, de la Rubia J, Cabañés C. Relación entre el burnout del cuidador y la demencia tipo Alzheimer. En: Gázquez J, Pérez M, Mercader I, Soler F. Investigación en salud y envejecimiento. 1ra ed. Almería, España : ASONIVEP. 207-212

134. Villalobos M, Villalobos P, Leguía J. La educación como piedra angular de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Revista Méd Hered.[Internet] 2017 [Consultado el 28 de junio de 2024]; 28(3): 218–219. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320210169_La_educacion_como_piedra_angular_de_la_adherencia_terapeutica_en_pacientes_con_Diabetes_Mellitus_tipo_2

135. Castro M, Herrera L, Padilla N. Efecto del apoyo educativo para la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio experimental. Rev enferm clínic. [Internet] 2014 [Consultado el 29 de junio de 2024]; 24(3): 162–167. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-efecto-del-apoyo-educativo-adherencia-S1130862113001745?covid=Dr56DrLjUdaMjzAgze452SzSInMN&rfr=truhgiz&y=kEzTXsahn8atJufRpNPuIGh67s1>

- 136.** Linares L, Vázquez L, González K, Escalona S, Linares L. Intervención educativa para cuidadores informales sobre atención de adultos mayores frágiles. Rev Univ Méd Pinar. [Internet] 2019 [Consultado el 29 de junio de 2024];15(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/6382/638268500010/638268500010.pdf>
- 137.** Mondéjar M, Junco G, Hernández N. Intervención educativa a cuidadores de pacientes con demencia de Alzheimer del área norte de Morón. Rev Polic Univ norte. [Internet] 2011 [Consultado el 29 de Junio de 2024];17(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2011/mdcs111h.pdf>
- 138.** Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias Asociadas [Internet]. San José, Costa Rica: ASCADA; 2009 [consultado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://ascadacr.wordpress.com/about/>
- 139.** Rodríguez Díaz L. Eficacia de los programas de intervención dirigidos a los/las cuidadores/as familiares de personas con la Enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. [Tesis de Bachillerato] San Cristóbal, España: Universidad de la Laguna; 2022.
- 140.** Cerquera A, Pabón D, Ruíz L . Implementación del programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer PIRCA. Rev Universitas Psychologica. [Internet] 2017 [Consultado el 1 de julio de 2024]; 16(2): 117-128. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672017000200117&script=sci_arttext
- 141.** Medina A, Martín E. Efectividad de los programas psicoeducativos dirigidos a cuidadores principales de familiares con enfermedad de Alzheimer. Rev Gerokomos [Internet]. 2018 [Consultado el 1 de julio de 2024] ; 29(1):22-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100022&lng=es.
- 142.** Contreras I, Corzo Z, Gonzáles J, Plata M. Estrategia de capacitación para cuidadores de personas con enfermedad de alzheimer [Tesis de maestría en Educación]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2020.
- 143.** Bertoldo P, Paraje M. Intervenciones farmacéuticas: desarrollo e implementación metodológica a partir de la evaluación de dos cohortes. Rev Ars Pharm. [Internet] 2015 [Consultado el 1 de julio de 2024]; 56(23). Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/3433>

- 144.** Muñoz D, Olarte M, Salamanca E. Grado de adherencia terapéutica en pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista electrónica trimestral de enfermería*. [Internet] 2021 [consultado el 10 de agosto de 2024];1(61): 1–10. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.412831>
- 145.** Amador B, Guerra M. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Rev Gaceta Sanitaria*. [Internet] 2017 [Consultado el 5 de julio de 2024]; 31(2), 154–160. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/ga/2017.v31n2/154-160/es>
- 146.** Alzubaidi H, Saidawi W, Hussein A, Hasan S. Critical Role of Pharmacists in Caring for Alzheimer's Disease Patients. *J Alzheimers Dis*. [Internet] 2020 [consultado el 5 de julio de 2024] ;73(3):1253-1264. Disponible en: DOI: [10.3233/JAD-190804](https://doi.org/10.3233/JAD-190804)
- 147.** Quesada Mora S. *Manual de Productos Farmacéuticos* 10 ma Ed. San José, CR

CAPÍTULO VII. ANEXOS

Anexo 1. Entrevista elaborada para aplicar a los participantes de estudio.

La presente investigación tiene como principal objetivo analizar las estrategias dirigidas en la mejora de la adherencia terapéutica en los pacientes con Enfermedad de Alzheimer, centrándose en el apoyo brindado a los cuidadores y el rol que estos cumplen en la evolución de la enfermedad con el fin de brindar una estrategia de apoyo enfatizada en los cuidadores apoyados por la Fundación de Alzheimer y otras demencias (ASCADA).

Tabla 31. Guía de preguntas elaborada para aplicar entrevista.

N° de Ítem	Pregunta
1	¿Considera que obstáculos como socioeconómicos, falta de educación con respecto a la enfermedad, poco acompañamiento por parte de profesionales de salud; son de los principales problemas a los que se enfrentan los cuidadores?
2	¿Cree usted que las barreras tales que enfrentan los cuidadores como a nivel económico, falta apoyo por parte de un experto y poca educación con respecto a la enfermedad pueden causar una influencia en el progreso de la enfermedad?
3	¿Considera que la falta de información brindada a los cuidadores y familiares de pacientes con Enfermedad de Alzheimer acerca del tratamiento y todas sus implicaciones, tienen un efecto negativo en el paciente?,
4	¿Cree usted que la complejidad, falta de información, administración y control de múltiples medicamentos son de los principales retos que enfrenta el cuidador?.
5	¿Cree usted que es importante que el cuidador conozca bien acerca de la terapia farmacológica que recibe el paciente?
6	¿Conoce acerca de las estrategias de apoyo dirigidas a los cuidadores tales como charlas, acompañamiento en la terapia o herramientas de apoyo para cuidadores?
7	¿Cree que son útiles estas herramientas y los recursos brindados a cuidadores considerando las condiciones como la etapa de la enfermedad y necesidades como cuidados especiales que requiere el paciente?
8	¿Considera usted que las charlas y otras estrategias de educación pueden ser beneficiosas para el cuidador y si tienen un impacto en la terapia del paciente?
9	¿Considera usted que la información u orientación que es ofrecida por profesionales brindan los conocimientos necesarios para cuidar a los pacientes?

10	¿Tiene sugerencias con respecto a posibles mejoras que se pueden hacer en el acompañamiento que brinda por parte de profesionales tal como el apoyo por parte de un profesional en la medicación del paciente?
11	¿Considera que la educación y asesoría brindada por parte de un profesional en farmacia para aclarar dudas y recibir información de los medicamentos tal como efectos que puede presentar el paciente, como administrarlos y que no hacer sería de gran utilidad?
12	¿Cree usted que factores como el nivel socioeconómico, grado de escolaridad del cuidador, experiencia y calidad del vida del cuidador tenga un impacto en la terapia farmacológica del paciente?
13	¿Considera que es necesario que se le brinden herramientas que faciliten la labor del cuidador en la administración y control de la terapia farmacológica, tales como folletos informativos, herramientas digitales o aplicaciones?
14	¿Cree usted que de acuerdo a las necesidades del paciente se adecuen herramientas como aplicaciones, estrategias como charlas y un seguimiento con un profesional en farmacia?
15	¿Qué información cree que es importante conocer acerca de la terapia del paciente, tal como efectos adversos, forma adecuada de administración, información de los medicamentos ?

Fuente: Elaboración propia 2024.

Anexo 2. Ejemplo de afiche educativo de medicamento.

Reminyl
Galantamina

Dosis 4 mg dos veces al día (cada 12 horas)
es decir:

- 4 mg AM
- 4 mg PM

¿Cómo debe administrarse?

- Administrar con el desayuno
- Administrar con la cena

¿Con qué no debes administrarlo?

- Relajantes musculares como la succinilcolina.
- Beta-bloqueadores como el Atenolol, Propanolol, Nebivolol.
- Diltiazem y Verapamilo (usado en problemas cardiacos)
- AINES (analgésicos) como: Dexketoprofeno, Ibuprofeno, Diclofenaco
- Ketoconazol (antifungico).
- Antihistaminicos de primera generación Clorfeniramina y Difenhidramina (se encuentra en Antigripales)

¿Cuales efectos puedes esperar con este medicamento?

- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea
- Mareo
- Fatiga
- Perdida de apetito
- Sueño
- Decaimiento
- Dolor de cabeza
- Dolor abdominal

IMPORTANTE

En caso de duda con respecto al fármaco consultar al médico y no suspender el tratamiento si no lo indica el profesional

Reminyl^{ER}
Galantamina 8 mg
Cápsulas de liberación prolongada
Venta bajo receta
Administración por vía oral
Industria farmacéutica
de cápsulas de liberación prolongada
G# : 367, 500
janssen

Fuente: Elaborado en base a la referencia ¹⁴⁷

CONTROL DE MEDICAMENTOS



Paciente:

Elaborado por Diana Castrillo Díaz

Fuente. Elaboración propia.

Información del paciente.

Nombre

Fecha de nacimiento

--	--

Patologías del paciente

Alergias a medicamentos

--

Medicos tratantes

Medico	Especialidad

Observaciones u anotaciones importantes

Fuente. Elaboración propia.

Control diario

Fecha:

Signos vitales:

PA:

Oxigenación:

Glicemia:

Otros:

Medicamento	Horario de administración	¿Se administró?	
		Sí	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones u anotaciones importantes

Fuente. Elaboración propia