

Universidad de El Salvador

Facultad de Medicina

Escuela de Posgrado de Especialidades Medicas



INFORME FINAL DE TESIS DE GRADUACION

**“RELACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL CLUB DEL ADULTO
MAYOR DEL HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA MAYO- JUNIO 2025”**

Autores:

DRA. REYNA ALEJANDRINA MARIN MARAVILLA

DRA. JACQUELINE EDITH ISABAS BERRIOS

Para optar al Título de:

ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR.

Docente Asesor temático y Metodológico:

Celia Yanira Vanegas Hernández

Ciudad Universitaria, El Salvador, San Salvador, enero 2026

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADEMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfan

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M. Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalio Escobar

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saul Diaz Peña

VICEDECANO

M.SC. Franklin Arnulfo Mendez Duran

SECRETARIO

Msp. Roberto Carlos Hernandez Marroquin

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velasquez Raimundo

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.SC. Monica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodriguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRIAS

Dra. Blanca Aracely Martinez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

AGRADECIMIENTOS.

El mas importante: Dios que ha permitido que hasta el dia de hoy tenga vida, y aun mas importante darle un sentido a todo.

Agradezco de manera especial a una persona quien en su momento formo parte importante de una etapa significativa de mi vida. Su apoyo, compañía y palabras de aliento durante momentos claves de este proceso academico fueron valiosos y contribuyeron de distintas maneras, a que este logro hoy sea una realidad, aunque en el presente ya no forme parte de mi vida, estare profundamente agradecida ya que sin el no hubiera iniciado y culminado la formacion de mi postgrado.

Agradezco a mis abuelos y mis amigos mas cercanos, asi como mis docentes de las diferentes areas, por siempre creer en mis capacidades academicas, laborales y que de muchas maneras formaron parte de esas enseñanzas practicas que al momento forman parte aun de mi dia a dia.

Agradezco a mi compañera de tesis, por ser mas que una compañera una amiga, lejos de la formacion ha estado con disponibilidad ofreciendo su apoyo en estos tiempos tan cuesta arriba.

Por ultimo agradecer haber tenido la oportunidad de encontrar en la lectura esta frase de Nietzsche tan acertadas: "quien tiene un porque para vivir, puede soportar casi cualquier como".

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por brindarme la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa de mi formación profesional.

Expreso mi sincero agradecimiento a mis docentes y asesores académicos, quienes con su orientación, conocimientos y apoyo constante contribuyeron de manera significativa al desarrollo y culminación del presente trabajo de graduación.

De manera especial, agradezco al personal de salud y a los pacientes que participaron en este estudio, por su disposición y colaboración, las cuales hicieron posible la realización de esta investigación.

Asimismo, agradezco a mi familia: mi esposo, por su apoyo incondicional, comprensión y motivación a lo largo de todo este proceso académico, siendo un pilar fundamental para alcanzar este logro.

Lejos de ser un agradecimiento, es una dedicatoria a mi hijo, ya que también fue parte de mi formación académica.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, de forma directa o indirecta, contribuyeron al cumplimiento de este objetivo académico.

Tabla de contenido

I. RESUMEN	8
II. INTRODUCCION	9
III. OBJETIVOS	11
A. OBJETIVO GENERAL	11
B. OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
IV. MARCO TEÓRICO	12
1. El adulto mayor en El Salvador	12
2. Deterioro Cognitivo	13
3. El Impactó cognitivo-conductual de la hipertensión	14
4. Falta de adherencia a los tratamientos de enfermedades crónica como HTA en pacientes con déficit cognitivo	16
5. Escalas para el deterioro Cognitivo SPMSQ y su interpretacion	19
6. Deterioro cognitivo y relacion con el cumplimiento de tratamiento farmacologico.	21
7. Rol de la Familia y del medico familiar	22
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
VI. DISEÑO METODOLOGICO	25
A. TIPO DE INVESTIGACION:	25
B. SUJETO Y OBJETO DE ESTUDIO:	25
MUESTRA:	25
C. DELIMITACIONES Y CRITEROS DE SELECCION:	25
D. VARIABLES E INDICADORES	25
E. MATERIALES E INSTRUMENTOS	26
F. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	29
G. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	30
H. DISEÑO ETICO	30
I. RESULTADOS	31
VII. DISCUSION	38
VIII. CONCLUSIONES	40
IX. RECOMENDACIONES	41
X. REFERENCIAS	43
XI. ANEXOS	46
Anexo 1	46

Anexo 2.	47
Anexo 3. Estadísticas descriptivas.....	48
Anexo 4. Presupuesto	49
Anexo 5. Consentimiento Informado	50

I. RESUMEN

El deterioro cognitivo es una condición frecuente en la población adulta mayor y representa un desafío importante en la práctica de la medicina familiar, ya que puede afectar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y, en consecuencia, el control de las enfermedades crónicas. El presente estudio tuvo como objetivo describir la relación entre el deterioro cognitivo y el cumplimiento de la medicación en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Saldaña y que específicamente forman parte del Club del adulto mayor, durante el período de mayo a junio 2025.

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, el muestreo es no probabilístico por conveniencia. La población de estudio estuvo conformada por pacientes adultos mayores, que forman parte del Club del Adulto Mayor en el Hospital Saldaña. Para la evaluación del deterioro cognitivo se utilizó el instrumento cuestionario SPMSQ, mientras que el cumplimiento del tratamiento farmacológico fue evaluado mediante escala de adherencia de Morisky-8. El análisis de los datos se efectuó fueron analizados en el software estadístico SPSS.

Los resultados mostraron que no se puede concluir que exista relación entre el deterioro cognitivo y el cumplimiento de medicamentos o del tratamiento. Asimismo sin embargo de este trabajo se pueden identificar o encaminar trabajos similares para así encontrar el origen de la descompensación clínica de estos pacientes, ya que si se comprueba que hay una baja adherencia a tratamiento en la población en estudio.

Palabras Clave: Adulto mayor; Estado cognitivo; Adherencia al tratamiento; Hipertensión arterial; Adherencia al terapéutica.

II. INTRODUCCION.

Las enfermedades crónicas se han convertido en un problema alarmante para la humanidad por la alta incidencia y prevalencia que presentan. Los padecimientos crónicos requieren de tratamientos de larga duración o a largo plazo para su adecuada evolución y control (OMS, 2004). Estos deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente.

En el ámbito de la salud, los medicamentos juegan un papel fundamental en la prevención, tratamiento y control de enfermedades. A lo largo del tiempo, se han desarrollado fármacos específicos para abordar una amplia variedad de condiciones médicas, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y la esperanza de vida de la población mundial.

Los medicamentos desempeñan un papel esencial en el cuidado de la salud, pues permiten prevenir, tratar y curar enfermedades, así como aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas. Su importancia radica en varios aspectos fundamentales tales como la prevención de enfermedades: algunos medicamentos, como las vacunas, ayudan a prevenir enfermedades al preparar el sistema inmunológico para combatir virus y bacterias específicas. Esto reduce la propagación de enfermedades contagiosas y disminuye su impacto en la población, así también el tratamiento específico de las enfermedades que contribuyen a la mejora de la salud de la persona, además evitar complicaciones.

Los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos para cuidar la salud. Sin embargo, sus beneficios pueden verse alterados por la falta de cumplimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirse a determinadas patologías con una alta incidencia.

La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar.

De acuerdo al VII Censo de Poblacion y VI de Vivienda 2024 de El Salvador cuenta con una poblacion total de 6,029.976 habitantes de los cuales se encontro un indice de envejecimiento de 49.0% ademas una tasa de dependencia de 47.3 y una poblacion de mas de 65 años de 637,022 habitantes, si se compara con el censo de Poblacion del año 2007 se evidencia un aumento en el doble de este grupo poblacional, y es bien sabido que una gran cantidad de personas de mas de 65 años padecen de enfermedades cronicas no transmisibles, asi como son dependientes de mas de un tratamiento farmacologico.

Por todo lo anterior este trabajo tiene como objetivo evidenciar o conocer si el deterioro cognitivo esta relacionado con el cumplimiento del tratamiento de las enfermedades cronicas especificamente en este caso de hipertension arterial en un grupo poblacional de adultos mayores, ya que seran utilizadas dos escalas de utilidad en practica clinica de Medicina Familiar en una para la deteccin de deterioro cognitivo y la otra con el cumplimiento del tratamiento y se relacionaran los resultados encontrados.

La investigacion se llevo a cabo en las reuniones del Club del Adulto Mayor del Hospital Nacional Saldaña ya que se cuenta con una mayor accesibilidad para entrevistar a un grupo representativo poblacional.

Se realizo la utilizacion de la escala de Morisky para el cumplimiento de tratamietno y la escala para el deterioro cognitivo de Pfeiffer (SPMSQ) y posreriormente se correlacionaron dichos resultados encontrados.

III. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos en adultos mayores con hipertensión arterial en el Club del Adulto Mayor del Hospital Saldaña en el periodo de mayo-junio 2025

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Evaluar el grado de deterioro cognitivo en el club del adulto mayor mediante pruebas estandarizadas, como cognitivo de Pfeiffer (SPMSQ).

Determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con hipertensión arterial en el Club del Adulto Mayor del Hospital Saldaña, mediante la escala de Morisky MMAS-8 para el cumplimiento de tratamiento

Correlacionar el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores y su relación con el cumplimiento del tratamiento de hipertensión arterial crónica.

IV. MARCO TEÓRICO

1. El adulto mayor en El Salvador

En El Salvador, según el Ministerio de Salud (Asamblea Legislativa, 2022), se considera adulto mayor a todo hombre y mujer que haya cumplido sesenta años o más. Dentro de esta población, se pueden identificar diferentes categorías en función del estado de salud y la autonomía. El anciano sano es una persona de edad avanzada que no presenta enfermedades objetivables, conserva bien su capacidad funcional, es independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no manifiesta problemas mentales ni sociales derivados de su estado de salud (Esmeraldas Vélez et al., 2019). Por otro lado, el anciano enfermo es aquel que, siendo previamente sano, presenta una enfermedad aguda. Su comportamiento clínico es similar al de un paciente adulto con una dolencia puntual; generalmente no tiene otras enfermedades relevantes ni trastornos mentales o sociales, y sus problemas de salud pueden ser tratados con normalidad en los servicios tradicionales de la especialidad médica correspondiente (Esmeraldas Vélez et al., 2019).

Existe también el anciano frágil, quien mantiene su independencia de forma precaria y está en alto riesgo de volverse dependiente. Esta persona suele tener varias enfermedades crónicas de base que, al estar compensadas, le permiten conservar su autonomía gracias a un equilibrio delicado con su entorno sociofamiliar. Sin embargo, factores intercurrentes como infecciones, caídas, hospitalizaciones o cambios en los cuidados pueden provocar la pérdida de esa independencia y la necesidad de apoyo sanitario o social (Esmeraldas Vélez et al., 2019). En una condición más avanzada se encuentra el paciente geriátrico, que es un adulto mayor con una o varias enfermedades crónicas y evolucionadas, acompañado de discapacidades evidentes. Estos pacientes suelen requerir ayuda para las actividades básicas de la vida diaria y con frecuencia presentan alteraciones mentales y problemas sociales (MINSAL, 2020).

2. Deterioro Cognitivo

El deterioro cognitivo se define como la disminución progresiva de una o más funciones cognitivas, tales como la memoria, la atención, el lenguaje, el razonamiento y las funciones ejecutivas, sin que necesariamente cumpla criterios de demencia. Esta condición es más frecuente en la población adulta mayor y se asocia al envejecimiento, a enfermedades crónicas y a factores biopsicosociales que afectan el funcionamiento global del individuo.

Desde el punto de vista clínico, el deterioro cognitivo puede clasificarse en leve, moderado o severo, según el grado de afectación funcional. En sus etapas iniciales, el paciente puede mantener relativa independencia; sin embargo, a medida que la alteración cognitiva progresa, se incrementa la dificultad para realizar actividades de la vida diaria, incluyendo la correcta administración de medicamentos. En el contexto de la medicina familiar, la detección temprana del deterioro cognitivo resulta fundamental para prevenir complicaciones asociadas al manejo inadecuado de las enfermedades crónicas.

El envejecimiento poblacional ha incrementado la prevalencia del deterioro cognitivo, convirtiéndolo en un problema relevante de salud pública. En el adulto mayor, los cambios fisiológicos propios de la edad, junto con la presencia de comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, contribuyen al deterioro de las funciones cognitivas.

Este proceso impacta directamente en la capacidad del adulto mayor para comprender, recordar y ejecutar las indicaciones médicas. En consecuencia, el deterioro cognitivo se convierte en un factor de riesgo para el incumplimiento terapéutico, aumentando la probabilidad de descompensaciones clínicas, hospitalizaciones y disminución de la calidad de vida. La medicina familiar, al centrarse en la atención integral y continua, desempeña un rol clave en la identificación de estas alteraciones y en la planificación de intervenciones individualizadas.

La salud cognitiva, fundamental en este grupo etario, se refiere a la capacidad de pensar, aprender y recordar claramente, habilidades necesarias para realizar actividades cotidianas de manera efectiva. Este tipo de salud es solo un aspecto de la salud general del cerebro (National Institute on Aging, 2024). Entre las

afecciones más comunes en los adultos mayores se encuentra la hipertensión arterial, definida como una presión arterial elevada de forma mantenida. Según las guías norteamericanas del American College of Cardiology y la American Heart Association (ACC/AHA, 2017), se considera hipertensión a una presión igual o superior a 130/80 mmHg. No obstante, las guías europeas ESC/ESH 2018 mantienen el umbral en 140/90 mmHg (Gorostidi et al., 2022).

3. El Impacto cognitivo-conductual de la hipertensión

La hipertensión arterial (HTA), la demencia y la depresión son 3 patologías crónicas, con alta prevalencia en la etapa adulta de la vida. En el mundo, un billón de personas padece HTA; se estima que 50 Millones de personas viven con demencia. Estas patologías son causas de discapacidad, contribuyen a la carga mundial de mortalidad e interactúan en forma compleja al mismo tiempo en el mismo órgano: el cerebro (OPS, 2022).

Durante las últimas décadas han ido en incremento el interés en las alteraciones y los déficits cognitivo en los adultos mayores, se ha observado un incremento en la morbilidad asociada a síndrome demenciales en este grupo de población, por lo que identificar de manera temprana este grupo de trastorno se torna de suma importancia. (3) Es así que el conocimiento sobre el daño cerebral mediado por la HTA se convierte en un imperativo tanto en el diagnóstico como en la clasificación del riesgo cardiovascular. El concepto actual por el cual las consecuencias cognitivas-conductuales de la HTA se presentan una década después que los procesos patológicos hayan comenzado a dañar el cerebro de forma silenciosa debería mover nuestro foco de atención e identificar los factores de riesgo y predictores y cambios preclínicos que permitan el diagnóstico precoz (CEPAL, 2019).

El término de deterioro cognitivo leve se refiere a la alteración de la función cognitiva que no cumple los criterios de demencia. De estos se dividen en dos tipos amnésico y no amnésico (CEPAL, 2019).

El deterioro cognitivo leve amnésico se considera el más común en un índice 2:1 comparado con el deterioro cognitivo leve no amnésico. Se considera el precursor de la enfermedad de Alzheimer. En el caso del tipo amnésico de

dominios múltiples existen alteraciones de otros dominios cognitivos que se revelan luego de un estudio neuropsicológico realizado de manera adecuada. Este tipo de déficit cognitivo leve ocurre en los individuos que pueden padecer una leve alteración de sus actividades diarias, pero sin incurrir en los criterios para considerarlos dementes (Zúñiga-Salazar et al., 2020).

Los de dominio único: se refiere a los individuos con un deterioro significativo y objetivo de la memoria, pero que no cumplen los criterios para demencia. Las características generales identificadas son (Feldberg et al., 2020):

- Queja del paciente en el rendimiento de la memoria, perfectamente corroborado por otro informe.
- Deterioro objetivo de la memoria medido por pruebas neuropsicológicas: el déficit de la memoria se encuentra por debajo de 1.5 desviaciones estándar para la edad y la educación.
- Función cognitiva general preservada
- Actividades de la vida diaria intactas
- Sin criterios para la clasificación de demencia

Las de dominios múltiples: la mayoría de los pacientes en este rubro solo se quejan de pérdida de memoria; sin embargo, presentan déficits leves en otros dominios cuando se les evalúa en pruebas neuropsicológicas. Las características detectadas son (Feldberg et al., 2020):

- Queja de déficit en la memoria, generalmente corroborado por otro informe.

Existen gran variabilidad acerca de la epidemiología del deterioro cognitivo leve, debido a los diferentes tipos de prueba utilizadas para valorar, la pérdida de participantes y la aleatoriedad del estudio (González et al., 2013).

El envejecimiento es un proceso biológico natural que se acompaña de cambios estructurales y funcionales en el sistema nervioso central. Aunque no todos los adultos mayores desarrollan deterioro cognitivo, es común observar una disminución progresiva en la velocidad de procesamiento de la información, la memoria reciente y la capacidad de atención sostenida. Estos cambios pueden

verse exacerbados por factores como enfermedades crónicas, bajo nivel educativo, aislamiento social y estilos de vida poco saludables.

Desde la medicina familiar, resulta fundamental diferenciar entre los cambios cognitivos propios del envejecimiento normal y aquellos que indican un proceso patológico. Esta distinción permite orientar adecuadamente el manejo clínico y evitar la subestimación de síntomas que pueden comprometer la adherencia terapéutica. La evaluación cognitiva periódica contribuye a una atención preventiva y centrada en la persona.

4. Falta de adherencia a los tratamientos de enfermedades crónica como HTA en pacientes con déficit cognitivo

La adherencia al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento para mantener una mejor condición de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud.

La falta de adherencia puede llevar a un mal control de la presión arterial, aumentando el riesgo de complicaciones graves como accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica (Holguín et al., 2006).

La polifarmacia, definida comúnmente como el uso de cinco o más medicamentos de manera simultánea, es una situación frecuente en el adulto mayor debido a la presencia de múltiples enfermedades crónicas. Si bien el tratamiento farmacológico es esencial para el control de estas patologías, el uso excesivo o inadecuado de medicamentos puede generar confusión, efectos adversos e interacciones farmacológicas.

En pacientes con deterioro cognitivo, la polifarmacia incrementa significativamente el riesgo de incumplimiento del tratamiento, ya que dificulta la comprensión de las indicaciones médicas y la correcta administración de los fármacos. La medicina familiar tiene un rol clave en la revisión periódica del

tratamiento, priorizando medicamentos esenciales y promoviendo esquemas terapéuticos simples y seguros.

El cumplimiento del tratamiento farmacológico es un fenómeno multifactorial influido por variables relacionadas con el paciente, el tratamiento, el sistema de salud y el entorno familiar. Entre los factores asociados al paciente se encuentran la edad, el nivel educativo, el estado cognitivo y la percepción de la enfermedad. En el adulto mayor con deterioro cognitivo, estas variables adquieren mayor relevancia debido a la disminución de la autonomía funcional.

Asimismo, los factores relacionados con el tratamiento, como la duración, la frecuencia de las dosis y la presencia de efectos secundarios, influyen directamente en la adherencia. Desde el punto de vista del sistema de salud, la accesibilidad a los servicios, la continuidad de la atención y la relación médico-paciente son determinantes fundamentales. La medicina familiar, al promover una relación longitudinal, facilita la identificación de barreras y la implementación de estrategias individualizadas para mejorar el cumplimiento terapéutico.

En 1971 Wilkie y Eidorfer publicaron en la revista Science un artículo en el cual demostraba la HTA estaba relacionada con significativos cambios intelectuales en los adultos mayores. La contribución vascular al deterioro cognitivo y en especial de la HTA han ido reconocidos en las declaraciones científicas conjuntas (Vicario & Cerezo, 2020).

En el estado actual del conocimiento, es evidente que los individuos con HTA están en riesgo de desarrollar demencia.

- El déficit cognitivo puede dificultar:
- Recuerdos sobre la toma del medicamento
- Entender la importancia del tratamiento
- Realizar actividades diarias necesarias para cumplir el tratamiento

La falta de adherencia al tratamiento puede:

- Provoca un empeoramiento de la HTA, lo que a su vez puede causar o empeorar el déficit cognitivo

- Aumentar el riesgo de accidente cardiovascular y otras funciones que puedan afectar las funciones cognitivas.
- Promover la enfermedad de Alzheimer.

El déficit cognitivo y la falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión son un círculo vicioso que pueden afectar la calidad de vida y la salud de los pacientes.

Identificación del deterioro cognitivo en la hipertensión arterial: Una revisión de las medidas de la detección:

En realidad, existen estudios contradictorios respecto al papel que la HTA desempeña en el deterioro cognitivo leve en la vejez. Así, por ejemplo, mientras que algunos estudios transversales muestran relaciones positivas entre la HTA y disminución de la competencia cognitiva, por lo que determinar si la HTA es un factor de deterioro cognitivo o el deterioro cognitivo es causa de complicaciones de HTA, lo importante es realizar un diagnóstico oportuno, una de las maneras de evaluar a los pacientes adultos mayores por el cuestionario de Pfeiffer, también conocido como SPMSQ (*Short portable Mental Status Questionnaire*), fue desarrollado en 1975 por el Dr. Edward Pfeiffer como una herramienta de cribado para detectar deterioro cognitivo en adultos mayores (Angamarca Coello et al., 2020).

Características del cuestionario Pfeiffer

- Sencillez: fácil de administrar y puntuar.
- Rápido: permite una evaluación rápida de la función cognitiva.
- 10 ítems: Evalúa la orientación, la memoria y la capacidad de cálculo

Utilidad de SPMSQ

- **Cribado:** sirve como primer paso en la evaluación del deterioro cognitivo
- **Identificación:** Permite identificar a individuos con mayor riesgo de demencia
- **Seguimiento:** puede ser utilizado para monitorizar el progreso del deterioro cognitivo.

El SPMSQ ha ido adaptando y validando en diferentes idiomas y contextos culturales.

Los 10 ítems del SPMSQ fueron seleccionados como los más discriminantes de entre 31 preguntas tomadas de los exámenes del estado mental existente y de la experiencia clínica. Las preguntas abarcan la orientación de tiempo y lugar, la memoria remota y los conocimientos generales.

Esta encuesta explora la memoria corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de calcular.

5. Escalas para el deterioro Cognitivo SPMSQ y su interpretación.

Es un estudio de tipo cuantitativo, que lleva unos pocos minutos para realizarlo, la interpretación se realiza contando el número de errores.

La puntuación del SPMSQ como cuenta el número de errores por lo que la puntuación 0 es ideal, según los resultados del cuestionario se pueden clasificar:

- 0-2 errores: Intacto
- 3-4 errores: Deterioro intelectual leve
- 5-7 errores: Deterioro intelectual moderado
- 8-10 errores: grave

El SPMSQ a su vez establece 4 categorías:

- 1) Funcionamiento mental intacto
- 2) Deterioro orgánico limítrofe o leve
- 3) Deterioro orgánico definido pero moderado
- 4) Deterioro orgánico severo

Preguntas de la escala SPMSQ:

- 1) ¿Cuál es la fecha de hoy?
- 2) ¿Qué día de la semana?
- 3) ¿En que lugar estamos? (2)

- 4) ¿Cuál es el numero de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
- 5) ¿Cuántos años tienes?
- 6) ¿Dónde nació?
- 7) ¿Cuál es el nombre del presidente?
- 8) ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
- 9) ¿mencione los dos apellidos de su madre?
- 10) A partir del numero 29 reste de tres en tres (3)

Los trastornos cognitivos y demencia, no es exclusivo del neurólogo y otros especialistas del tercer nivel de atención; el manejo a nivel comunitario por los equipos multidisciplinario de atención primaria (médicos familiares, médicos generales, psicólogos, fisioterapia, enfermería, educadores en salud, trabajo social voluntarios, grupos de apoyo, etc.) juegan un rol muy importante e indispensable para lograr un manejo socio sanitario integral del paciente, el cuidado y su familia.

La propuesta del Plan Nacional de Acción contra la Demencia en El Salvador, elaborada por un grupo de expertos (López Contreras, 2019), plantea una respuesta integral y articulada a los desafíos que plantea la demencia en el país. Esta propuesta se basa en los valores y principios de un sistema de salud centrado en la atención primaria, incorpora los atributos esenciales de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), y adopta el modelo de atención integral por curso de vida. Además, promueve una atención centrada en la persona y se alinea con las orientaciones de documentos estratégicos internacionales y regionales, tales como *Demencia: una prioridad de salud pública* (OMS & OPS, 2013), el Plan Regional de Acción sobre la Demencia, las recomendaciones para planes nacionales de demencia, y el Plan de Acción Mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025 (OMS, 2017). En su conjunto, esta propuesta busca establecer una respuesta coordinada, equitativa y centrada en las personas que viven con demencia y sus cuidadores, promoviendo su bienestar, inclusión y calidad de vida.

La herramienta para la provisión de servicios será a través del modelo de redes integrales e integradas de servicios de salud, que permite fortalecer el continuo de atención a través de una red integrada que brinda una atención de salud

centrada en la persona, la familia y la comunidad, bajo la perspectiva. Toda la red debe ser coordinada a través de un sistema de referencia y retorno entre el nivel comunitario y especializado. Este modelo de atención se abordará como estrategia y no como programa, ante lo cual no tendrá necesidad de recursos específicos destinados para tal actividad, sino más bien se deberá hacer una educación y coordinación para lograr brindar este tipo de atención de una manera interdisciplinaria en la red.

La red Nacional de clínicas de memoria comunitarias, utilizara guías de manejo como una red de atención comunitario integral y constituida a través del continuo acorde del modelo de atención integral en salud por curso de vida, centrada en la persona. En coordinación con la atención especializada, para la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico temprano, el manejo integral y la rehabilitación de personas que viven con trastornos de memoria, deterioro cognitivo y demencia. Estas acciones de salud serán adaptadas a las necesidades de las personas en cada una de las fases de la evolución de la enfermedad; además se incluyen la atención y apoyo al cuidado y la familia. En fases avanzadas se dará atención domiciliar de cuidados paliativos.

Contar con un importante componente de promoción de la salud, control y fomento de factores protectores y prevención de los factores de riesgos de demencia y otras enfermedades crónicas.

6. Deterioro cognitivo y relacion con el cumplimiento de tratamiento farmacologico.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con deterioro cognitivo tiene consecuencias clínicas, económicas y sociales significativas. Desde el punto de vista clínico, se asocia a un mal control de las enfermedades crónicas, mayor número de complicaciones, incremento de hospitalizaciones y deterioro progresivo del estado funcional del paciente.

En el ámbito familiar, el incumplimiento terapéutico aumenta la carga del cuidador y puede generar conflictos, estrés y desgaste emocional. A nivel del sistema de salud, esta problemática se traduce en un mayor uso de recursos y

costos adicionales. Por ello, la identificación de pacientes en riesgo y la implementación de medidas preventivas son prioritarias dentro del enfoque de la atención primaria y la medicina familiar.

Diversas estrategias han demostrado ser efectivas para mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con deterioro cognitivo. Entre ellas se incluyen el uso de recordatorios visuales, organizadores de medicamentos, esquemas simplificados y la educación continua del paciente y su familia. Estas intervenciones deben adaptarse al grado de compromiso cognitivo y a las características individuales del paciente.

El médico familiar, en coordinación con el equipo de salud, puede implementar planes de seguimiento personalizados, reforzando las indicaciones médicas en cada consulta y evaluando periódicamente la adherencia. La participación activa del cuidador es fundamental para garantizar la correcta administración de los medicamentos y prevenir errores.

7. Rol de la Familia y del medico familiar

La familia constituye un pilar fundamental en el cuidado del adulto mayor con deterioro cognitivo. La supervisión del tratamiento farmacológico, el acompañamiento en las consultas y la comunicación efectiva con el equipo de salud favorecen el cumplimiento terapéutico y reducen el riesgo de errores en la medicación.

Por su parte, el médico familiar cumple un rol central al coordinar la atención, educar al paciente y a la familia, y promover intervenciones preventivas y de seguimiento continuo. La integración del enfoque biopsicosocial permite abordar no solo la enfermedad, sino también los factores cognitivos y sociales que influyen en el cumplimiento del tratamiento.

El enfoque biopsicosocial constituye uno de los pilares fundamentales de la medicina familiar y resulta especialmente relevante en el abordaje del deterioro cognitivo y el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Este enfoque

reconoce la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en el proceso salud-enfermedad.

La evaluación integral del paciente adulto mayor permite identificar no solo las alteraciones cognitivas, sino también aspectos emocionales, familiares y sociales que influyen en la adherencia terapéutica. De esta manera, la medicina familiar contribuye a un manejo más humano, continuo y efectivo, orientado a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad, el uso de medicamentos es fundamental en el tratamiento de enfermedades y en la mejora de la calidad de vida de las personas. Sin embargo, existen diversos desafíos asociados con el consumo y el cumplimiento del tratamiento, la falta de adherencia al tratamiento, y la aparición de efectos secundarios o resistencias a ciertos fármacos, especialmente a los antibióticos, así como las complicaciones de las enfermedades crónicas que pudieron evitarse con la adecuada administración o adherencia al tratamiento. Estos problemas pueden reducir la efectividad de los tratamientos y al final generar costos elevados para los sistemas de salud.

Esta investigación permitirá identificar si existe o no deterioro cognitivo en los adultos mayores y su relación con el apego al cumplimiento del tratamiento de las enfermedades crónicas como hipertensión arterial.

¿Cuál es la relación entre estado cognitivo y el cumplimiento al tratamiento de Hipertensión Arterial crónica en el club del adulto mayor del Hospital Nacional Saldaña del Hospital Nacional Saldaña en el periodo de mayo-junio 2025?

VI. DISEÑO METODOLOGICO

A. **TIPO DE INVESTIGACION:** El tipo de investigación es descriptiva, el muestreo es no probabilístico por conveniencia. Se lograron registrar un total de 31 casos de adultos mayores pertenecientes al Club del Adulto Mayor del Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña." Posterior a la tabulación de los datos en Excel ® los datos fueron analizados en el software estadístico SPSS.

B. SUJETO Y OBJETO DE ESTUDIO:

1. POBLACION: Todos aquellos pacientes que sean hipertensos y parte del club del adulto mayor del Hospital Nacional Saldaña

MUESTRA: Porque la población es pequeña se tomará en su totalidad el club del adulto mayor y que sean hipertensos: 31 en total

C. DELIMITACIONES Y CRITERIOS DE SELECCION:

Pacientes de Club del adulto mayor

Mujeres y Hombres

Pacientes hipertensos que pertenecen a dicho club y están inscritos hasta la fecha

D. VARIABLES E INDICADORES

Tipo de variable	Nombre	Instrumento	Categorías
Independiente	Estado cognitivo	Escala SPMSQ de Pfeiffer	Cognición normal, leve, moderado, severo
Dependiente	Adherencia al tratamiento	Escala MMAS-8 de Morisky	Alta, media, baja adherencia

De control	Edad, sexo, escolaridad, comorbilidades	Cuestionario sociodemográfico	Según cada variable
-------------------	---	-------------------------------	---------------------

E. MATERIALES E INSTRUMENTOS

Para la medición del nivel de adherencia, se utilizó la escala de adherencia de Morisky-8 (*8-item Morisky Medication Adherence Scale*), cómo puede encontrarse en Pagès-Puigdemont et. al. (1). Para fines de este estudio, los resultados de la escala de adherencia, se tratan como una variable continua, para fines de determinar el análisis de correlación con los resultados del deterioro cognitivo, que también son considerados como una variable continua. En ese sentido, la variable para Morisky-8 puede tomar valores entre 0 y 8 en función de la respuesta. En este caso 0 indica nula adherencia y 8 la mayor adherencia a los medicamentos. El método para convertir a variable se determina en la siguiente Tabla:

Ítem	Respuesta posible	Valor
1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Si o No	Si = 0; No = 1
2. Algunas veces las personas no toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	Si o No	Si = 0; No = 1
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Si o No	Si = 0; No = 1

4. ¿Cuando viaja o sale de casa, olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Si o No	Si = 0; No = 1
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Si o No	Si = 1; No = 0
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Si o No	Si = 0; No = 1
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Si o No	Si = 0; No = 1
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?	Nunca/Raramente De vez en cuando A veces Normalmente Siempre	Nunca/Raramente = 1 De vez en cuando = 0.75 A veces = 0.5 Normalmente = 0.25 Siempre = 0.00

8 puntos: Adherencia alta

6 a 7 puntos: Adherencia Moderada

Menos de 6 puntos: Adherencia baja

No se consideran otros métodos de adherencia en este estudio más allá del ya descrito.

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

Por otra parte, en cuanto al tercer objetivo, para determinar la correlación entre las variables de interés del estudio, se optó por el desarrollo del análisis de regresión simple, para determinar la relación que existe entre estas dos variables.

Para ello, se siguió el modelo descrito a continuación:

$$Result_{SPMSQ} = \beta_0 + \beta_1 Edad + \beta_2 Adherencia + Error$$

En donde

β , los coeficientes a estimar en el modelo.

$Result_{SPMSQ}$, son los resultados obtenidos de la evaluación al test SPMSQ

Edad, la edad de los pacientes y

Adherencia, el valor continuo de adherencia estimado para cada paciente.

F. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se realizó contacto previo con el personal de salud que está a cargo del club del adulto mayor, para tener acceso a cada una de las reuniones de mayo y abril, posterior autorización de comité ético de dicha institución, se explicó a cada uno de los participantes del Club del adulto mayor cada uno de los instrumentos y el objetivo se procederá a implementar los cuestionarios, para luego tabular por medio de cuadros en Excel dichos resultados y de manera porcentual establecer si existe o no deterioro cognitivo la gravedad y de acuerdo a ello comparar si estos presentan adherencia adecuada al tratamiento.

G. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Una vez se recolecto la información a través de los instrumentos previamente establecidos, se procedió a su procesamiento mediante un enfoque descriptivo, con el fin de obtener un análisis integral de los datos.

Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos y análisis de correlación (Pearson o Spearman, según normalidad de datos). Se empleo Excel y software estadístico como SPSS

H. DISEÑO ETICO

a) Respeto a la autonomía

Se garantizo el respeto por la autonomía de cada participante, quienes serán debidamente informados sobre el propósito, metodología, riesgos y beneficios del estudio. La participación será completamente voluntaria, y cada persona firmará un consentimiento informado previo a su inclusión.

b) Consentimiento informado

El consentimiento fue solicitado de manera clara, utilizando un lenguaje comprensible. En el caso de que el participante presente deterioro cognitivo severo, se acudirá al familiar o responsable legal para la firma del consentimiento informado, asegurando su comprensión total del estudio.

c) Confidencialidad

Toda la información recopilada fue tratada con estricta confidencialidad respetando lo establecido en la Ley de Acceso a la Información Pública por ser datos confidenciales y sensibles. Se asignará un código a cada participante para evitar la divulgación de datos personales. Los resultados se utilizarán únicamente con fines académicos y científicos.

d) Beneficencia

El estudio tiene como fin contribuir a la mejora de la atención médica de los adultos mayores, al identificar factores que influyen en la adherencia al tratamiento. No se prevén riesgos significativos para los participantes, ya que las herramientas utilizadas son no invasivas.

I. RESULTADOS

Uno de los objetivos específicos es determinar el grado de deterioro cognitivo en el club del adulto mayor mediante la prueba de Pfeiffer (SPMSQ), la cual se realizó en 31 participantes o pacientes del club del adulto mayor del Hospital Nacional Saldaña.

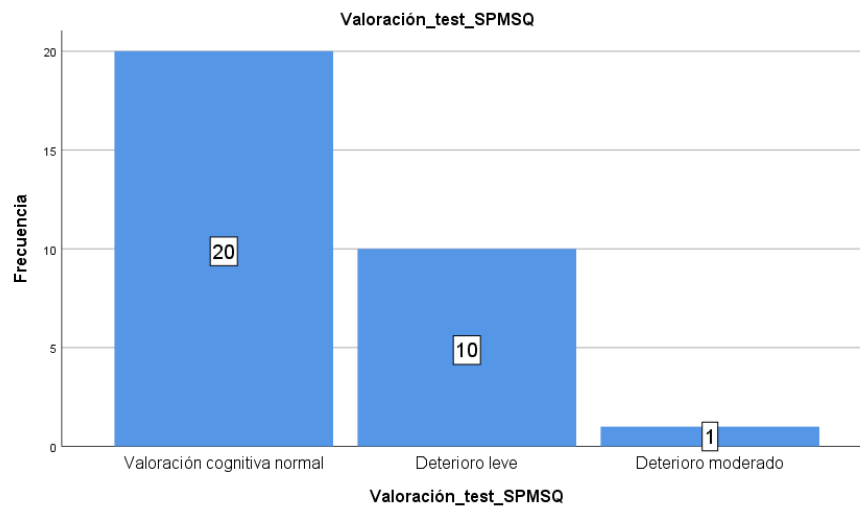
Evidenciando 20 pacientes con estado cognitivo normal, 10 con deterioro leve y un paciente con deterioro moderado.

Grado de Deterioro Cognitivo

Del total de participantes, el 64.5% presentó una valoración cognitiva normal, mientras que el 32.3% mostraron un “Deterioro cognitivo leve” y el restante 3.2% un deterioro cognitivo “Moderado” (Figura 1). No obstante, esta escala oculta detalles sobre los resultados de la evaluación cognitiva.

Figura 1

Resultados de la evaluación cognitiva según escala nominal

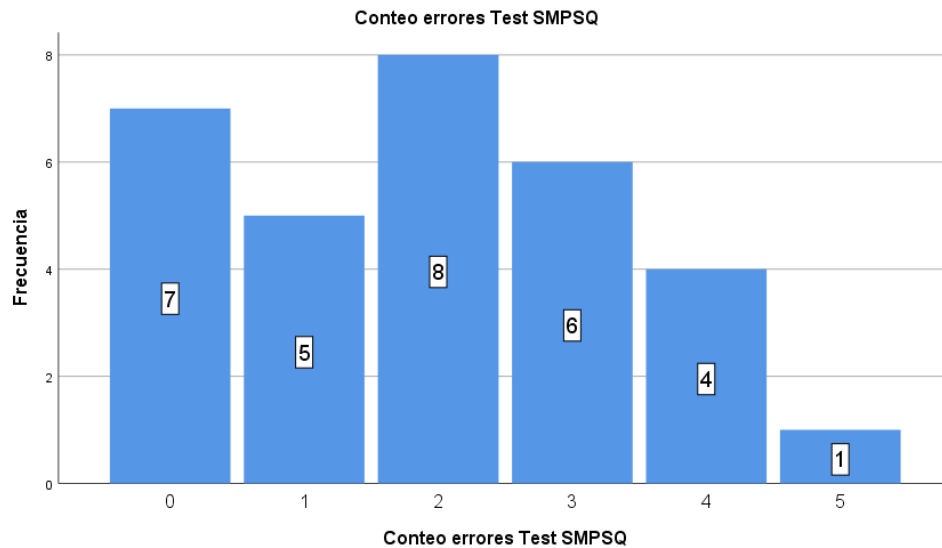


Fuente: Resultado de la Escala de Pfeiffer (Test SPMSQ) en 31 participantes del club del adulto mayor Del Hospital Nacional Saldaña.

El instrumento o escala consta de 10 preguntas, como se describe anteriormente, sin embargo a continuación se puede evaluar en detalle los resultados por cada participantes, de los errores cometidos, teniendo en cuenta que 5 errores fue lo maximo cometido en esta escala, es decir una persona, 7 personas no cometieron ningun error evidenciado, 8 personas solamente 2 errores, 5 solamente 1 error, teniendo en este caso 20 personas con una valoracion normal. (Figura 2)

Figura 2

Resultados de la evaluación cognitiva, conteo de errores.



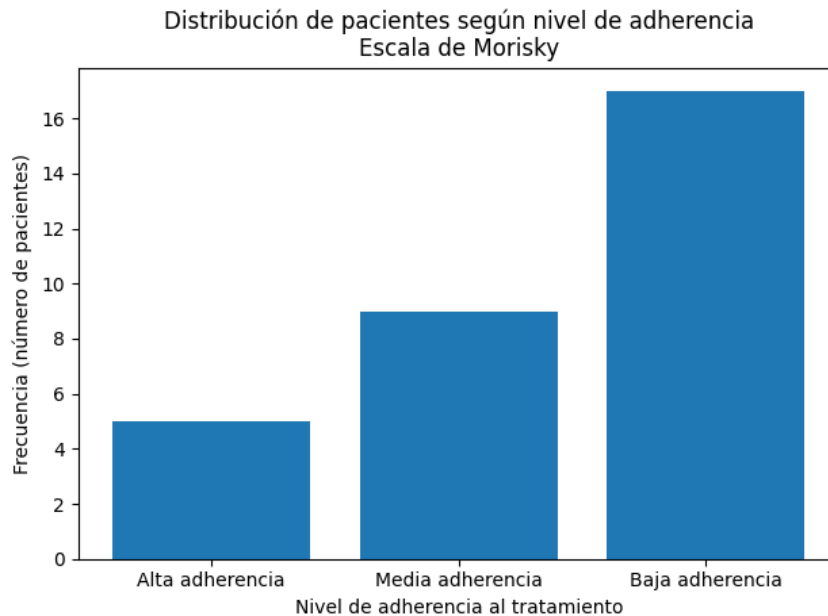
Fuente: Resultado de la Escala de Pfeiffer (Test SPMSQ) en 31 participantes del club del adulto mayor Del Hospital Nacional Saldaña.

Nivel de Adherencia al tratamiento:

Como se menciono anteriormente la Escala o Test de Morisky-Green (MMAS-8), evalua 8 parametros o realiza 8 preguntas, de las cuales una puntuacion menos de 6 es una adherencia baja, de 6-7 es una adherencia moderada, y de 8 puntos es una alta adherencia a tratamiento.

Figura 3

Resultados de Nivel de Adherencia a tratamiento según Escala de Morisky.



Fuente: Resultado de la Escala de Morisky en 31 participantes del club del adulto mayor Del Hospital Nacional Saldaña.

Las dos variables que se construyeron a partir del cuestionario suministrado son:

(1) Suma de errores del cuestionario SPMSQ y Nivel de adherencia terapéutica.

En la siguiente tabla se muestra la información descriptiva de estas variables. En promedio, para el nivel de adherencia terapéutica, se obtuvo una media de 5.78/8. Se obtiene una adherencia baja. No obstante la dispersión es de 1.7. En cuanto al conteo de errores para el test de deterioro cognitivo, en promedio se obtuvo 1.94 errores de un total de 10 errores posibles. La dispersión fue de 1.46.

Tabla 1. Datos recolectados para relacionar Nivel de deterioro Cognitivo y Adherencia a tratamiento.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Nivel de adherencia terapéutica	31	1	8	5.7823	1.70751
Conteo errores Test SMPSQ	31	0	5	1.94	1.459

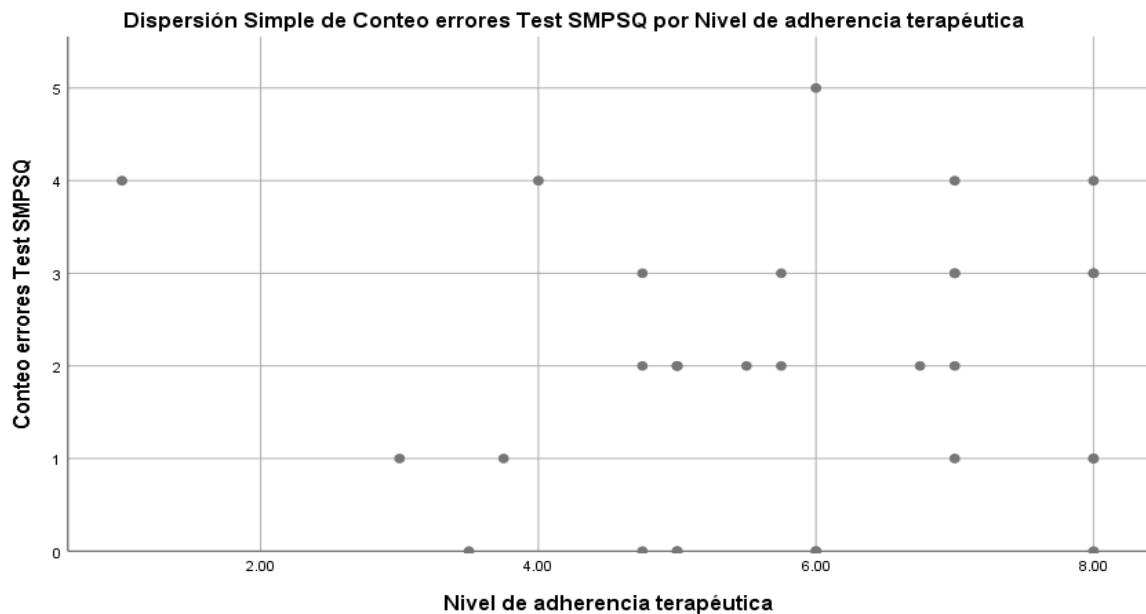
Fuente: Resultado de la Escala de Pfeiffer (Test SPMSQ) y Escala de Morisky en 31 participantes del club del adulto mayor Del Hospital Nacional Saldaña.

Relación entre la adherencia a medicamentos y deterioro cognitivo

En un primer momento, para determinar la correlación entre ambas variables, tanto el resultado del test SPMSQ como la adherencia a los medicamentos, se graficaron los puntos para determinar a simple vista si existía correlación entre las variables (Figura 4). No obstante, a simple vista no se puede constatar que exista una tendencia ya sea creciente o decreciente entre ambas variables.

Figura 4

Dispersión simple de conteo de errores Test SMPSQ por Nivel de adherencia terapéutica



Fuente: Resultados de Escala de Pfeiffer (Test SPMSQ) y Escala de Morisky en 31 participantes del club del adulto mayor Del Hospital Nacional Saldaña.

El siguiente paso, fue la estimación del coeficiente de correlación entre ambas variables, el resultado fue en R^2 de 0.051035, lo que indica la poca a nula correlación entre ambas variables.

Los resultados del análisis de regresión no fueron significativos, por lo que bajo las condiciones del estudio y por las respuestas obtenidas, los resultados no muestran una relación con un nivel de significancia al 5% ($p < 0.05$) una relación entre el deterioro cognitivo y la adherencia a medicamentos.

Tabla 2.*Resultados del análisis de regresión del modelo*

Variable	Coeficiente
β_0	-1.457 intercepto constante valor negativo (3.809)
β_1 Edad	0.044 mayor edad (0.052)
β_2 Adherencia	0.058 (0.160)
R ² ajustado = -0.052; n = 31; p (<0.01) Significancia: *10%; **5%, ***1%	

Fuente: Resultado de la Escala de Pfeiffer (Test SPMSQ) y Escala de Morisky en 31 participantes del club del adulto mayor Del Hospital Nacional Saldaña.

VII. DISCUSION

Los resultados del presente estudio evidencian que el deterioro cognitivo no se asocia con un menor cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes adultos mayores, lo cual no coincide con lo reportado en la literatura científica, donde se señala que las alteraciones en la memoria, la atención y las funciones ejecutivas dificultan la correcta administración de los medicamentos. Este hallazgo es particularmente relevante en el ámbito de la medicina familiar, donde el seguimiento longitudinal del paciente permite estudiar mas a profundidad el comportamiento en nuestros pacientes asi mismo permite evidenciar que escalas son mas aceptables para nuestra poblacion y determinar si la literatura coincide con nuestros resultados.

Los resultados del analisis de regresion no fueron significativos, por lo que los resultados no muestran una relacion con un nivel de significancia al 5%.

Sin embargo pese a tener esos resultados no significa que la investigacion no haya cumplido el objetivo principal ya que esta solo queria determinar la relacion en la existencia de un deterioro cognitivo y nivel de cumplimiento de medicamento, asi mismo la relacion entre el incumplimiento de medicamentos no podria desarrollarse.

Desde el punto de vista metodológico, al tratarse de un estudio descriptivo con muestreo no probabilístico por conveniencia, los resultados no pueden generalizarse a toda la población; sin embargo, aportan información relevante sobre una problemática frecuente en la práctica clínica diaria. Estos hallazgos permiten visibilizar la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana del deterioro cognitivo y de promover intervenciones orientadas a mejorar la adherencia terapéutica y cuales son las que afectan la adherencia al tratamiento en el primer nivel de atención y a nivel hospitalario.

En este sentido, la medicina familiar juega un rol clave al integrar la evaluación cognitiva dentro del control de enfermedades crónicas, optimizar los esquemas farmacológicos y fomentar la educación tanto del paciente como de su familia. La implementación de estas estrategias podría contribuir a mejorar el cumplimiento del tratamiento y, en consecuencia, los resultados en salud y la calidad de vida del adulto mayor.

VIII. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se pudo evidenciar que no hay un deterioro cognitivo significativo, solo una persona si presento deterioro cognitivo moderado, diez personas presentan un deterioro cognitivo leve y veinte un estado cognitivo normal. En conclusion no se evidencio significancia en el deterioro cognitivo.

Esta investigacion muestra los resultados de la Escala de Pfeiffer o SPMSQ para el deterioro cognitivo en un determinado periodo de tiempo, lo cual podria conllevar a variaciones en investigaciones futuras.

En cuanto a la adherencia de tratamiento en este caso Antihipertensivo, se puede concluir que si existe poca Adherencia a tratamiento antihipertensivo según los resultados obtenidos en la Escala de Morisky MMAS-8, mas de la mitad de la poblacion en estudio obtuvo una baja adherencia al tratamiento antihipertensivo, y solo cinco personas tuvieron una alta adherencia a tratamiento, el resto una moderada adherencia.

En cuanto a la relacion del deterioro cognitivo o podriamos llamarlo del estado cognitivo del paciente y la adherencia del tratamiento antihipertensivo, se concluye con base a los resultados de la investigacion el deterioro cognitivo no presenta relacion con la adherencia a tratamiento antihipertensivo en los pacientes de este estudio, pese a que si existe mala adherencia al tratamiento, el estado cognitivo de los pacientes no influye en el cumplimiento de este.

Desde la perspectiva de la medicina familiar, estos hallazgos resaltan la necesidad de un abordaje integral y continuo que considere no solo la condición clínica del paciente, sino también su estado cognitivo en diferentes etapas o en años fututos, el contexto familiar y social, y la complejidad del esquema terapéutico asi como las causas que dependen especificamente con la adherencia al tratamiento. La identificación temprana del deterioro cognitivo permite implementar estrategias oportunas como la simplificación de tratamientos, la educación dirigida al paciente y al cuidador, y el fortalecimiento del apoyo familiar si fuera el caso existiera en un futuro.

IX. RECOMENDACIONES

Para las Instituciones

□ **Fortalecer la detección temprana del deterioro cognitivo**

Se recomienda incorporar de forma sistemática la evaluación del estado cognitivo en la consulta de medicina familiar, especialmente en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas, con el fin de identificar oportunamente dificultades que puedan afectar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

□ **Simplificar los esquemas terapéuticos**

Es aconsejable reducir, en la medida de lo posible, la complejidad de los tratamientos farmacológicos, evitando la polifarmacia innecesaria y ajustando los horarios de administración, para facilitar la adherencia en pacientes con compromiso cognitivo.

Para el medico de Familia

□ **Promover la participación activa de la familia o cuidador**

Se recomienda involucrar al cuidador principal o a los familiares en el proceso de atención, brindándoles educación clara sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento, la correcta administración de los medicamentos y la detección de signos de incumplimiento.

□ **Implementar estrategias educativas adaptadas al nivel cognitivo**

Es fundamental desarrollar intervenciones educativas sencillas, utilizando lenguaje claro, material visual y recordatorios, que permitan mejorar la comprensión del tratamiento tanto en el paciente como en su entorno familiar.

A los Investigadores

□ **Impulsar futuras investigaciones**

Se sugiere realizar estudios con diseños analíticos y muestras más amplias que permitan profundizar en la relación entre deterioro cognitivo, cumplimiento del

tratamiento farmacológico ya que en esta investigación puede que la muestra no sea representativa, así como la edad de los pacientes, pese a ello no se descarta que el deterioro cognitivo tenga relación en el cumplimiento de medicamentos ya que se realizó la investigación en un corte específico de edad, sin incluir edades más avanzadas. Y puede ser un inicio y punto de partida para tomar en cuenta en futuras investigaciones.

X. REFERENCIAS

- Angamarca Coello, D. E., Domínguez Villizhañay, J. D., González Ortega, Á., & Muñoz Palomeque, D. G. (2020). Eficacia del mini mental y PFEIFFER (SPMSQ) para detectar deterioro cognitivo en mayores de 65 años. *Vive Revista de Salud*, 3(9), 149-157.
- Asamblea Legislativa. (2022). *LEY DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR*. ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR.
<https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/AE10A36E-0CD6-4299-B219-987FFEAA5C83.pdf>
- CEPAL. (2019). *Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva Regional y de Derechos Humanos* (S. Huenchuan, Ed.). UN. <https://doi.org/10.18356/19532890-es>
- Esmeraldas Vélez, E. E., Falcones Centeno, M. R., Vásquez Zevallos, M. G., & Solórzano Vélez, J. A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *RECIMUNDO*, 3(1), 58-74.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.58-74](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74)
- Feldberg, C., Tartaglini, M. F., Hermida, P. D., Moya-García, L., Licenciada-Caruso, D., Stefani, D., Somale, M. V., & Allegri, R. (2020). El rol de la reserva cognitiva en la progresión del deterioro cognitivo leve a demencia: Un estudio de cohorte. *Neurología Argentina*, 13(1), 14-23.
<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2020.10.001>
- González, M. F., Facal, D., & Yaguas, J. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas: Resultados del Estudio ELES. *Escritos de Psicología (Internet)*, 6(3), 34-42.
<https://doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1611>
- Gorostidi, M., Gijón-Conde, T., de la Sierra, A., Rodilla, E., Rubio, E., Vinyoles, E., Oliveras, A., Santamaría, R., Segura, J., Molinero, A., Pérez-Manchón, D., Abad, M., Abellán, J., Armario, P., Banegas, J. R., Camafort, M., Catalina, C., Coca, A., Divisón, J. A., ... García-Donaire, J. A. (2022). Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión—Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión

- Arterial (SEH-LELHA). *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 39(4), 174-194.
<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2022.09.002>
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006).
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL: EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BIOPSIICOSOCIAL. 5(3), 535-547.
- López Contreras, R. (2019). *PLAN NACIONAL DE ACCIÓN CONTRA LA DEMENCIA*.
https://w5.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias_2019/telesalud_2019_presentaciones/presentacion13112019/PLAN-NACIONAL-DE-ACCION-CONTRA-LA-DEMENCIA.pdf
- MINSAL. (2020). *Norma Técnica de Atención Integral en Salud A La Persona Adulta Mayor*. Ministerio de Salud.
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/357831/download&ved=2ahUKEwjgieW494iNAXXUSTABHcH9KHQQFnoECA0QAQ&usg=AOvVaw0TeJX9Rt2CYNsT_n79TzAh
- National Institute on Aging. (2024). Salud cognitiva y los adultos mayores.
National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/espanol/cerebro-salud/salud-cognitiva-adultos-mayores>
- OMS. (2017). *Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia*.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-sp.pdf
- OMS, & OPS. (2013). *Demencia: Una prioridad de salud pública*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/98377>
- OPS. (2022). Hipertensión. *OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
- Vicario, A., & Cerezo, G. H. (2020). El impacto cognitivo-conductual de la hipertensión. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 37(3), 125-132.
<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.04.003>
- Zúñiga-Salazar, G. A., Hincapié-Arias, S. M., Salazar-Bolaños, E. E., Lara-Terán, J. J., Cáceres-Vinueza, S. V., Duarte-Vera, Y. C., Zúñiga-Salazar, G. A., Hincapié-Arias, S. M., Salazar-Bolaños, E. E., Lara-Terán, J. J., Cáceres-Vinueza, S. V., & Duarte-Vera, Y. C. (2020). Efecto de la

hipertensión arterial en la función cognitiva de pacientes de 45 a 65 años. Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador. *Archivos de cardiología de México*, 90(3), 284-292.

<https://doi.org/10.24875/acm.20000350>

XI. ANEXOS

Anexo 1

Escala de adherencia a la medicación de Morisky-8 (MMAS-8)

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	Sí	No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Sí	No
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Sí	No
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Sí	No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Sí	No
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas? Nunca/Raramente... De vez en cuando... A veces... Normalmente.... Siempre...		

8 puntos: Adherencia alta

6 a 7 puntos: Adherencia Moderada

Menos de 6 puntos: Adherencia baja

No se consideran otros métodos de adherencia en este estudio más allá del ya descrito.

Anexo 2. Escala para determinar el deterioro cognitivo

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

(4) Día, mes y año

(5) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(6) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

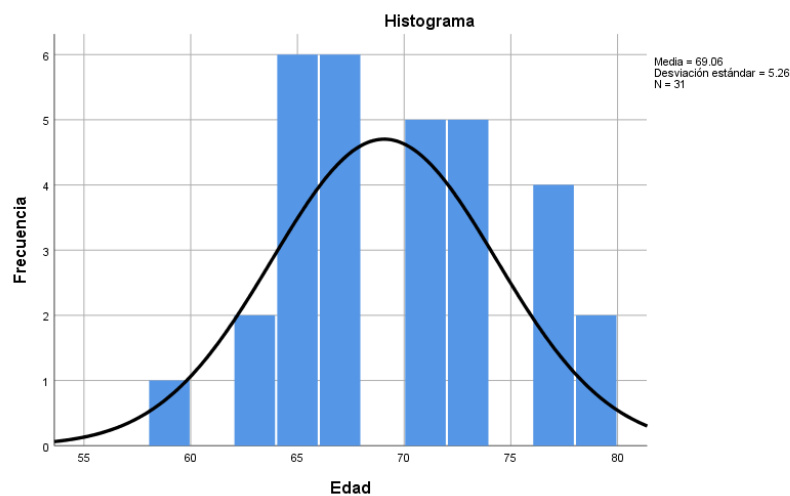
- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

Anexo 3. Estadísticas descriptivas

En cuanto a la edad de los participantes encuestados, se determinaron los siguientes resultados, del total de 31 participantes, la edad media es de 69.06 años, la edad mínima de 59 y la edad máxima de 78 años (Figura 1).

Figura 5.

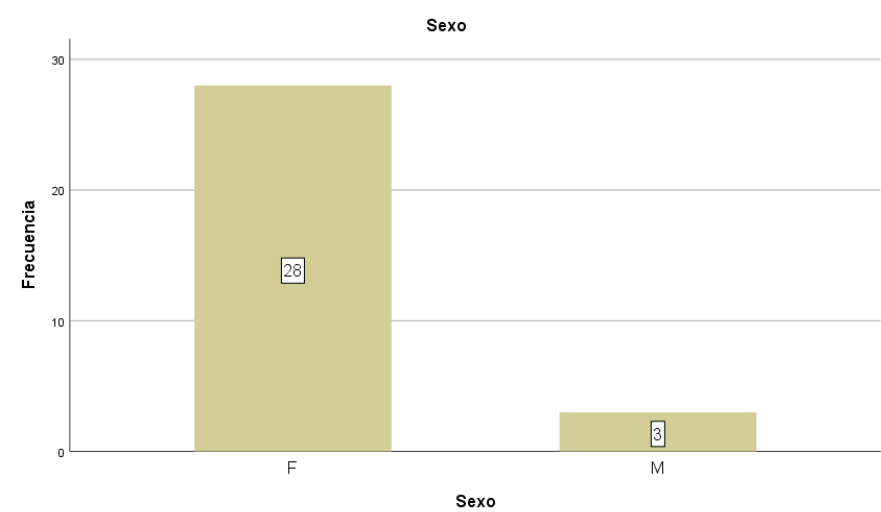
Histograma de distribución de edades



En cuanto al sexo de los participantes, en su mayoría se tuvo la participación de mujeres, este es un valor que no se podía controlar en el estudio, ya que la participación de femenina es mayor en el Grupo de Adultos Mayores para este caso (Figura 2).

Figura 6

Sexo de los participantes sugetos del estudio



Anexo 4. Presupuesto

RUBRO	COSTO APROXIMADO (USD)
Reproducción de instrumentos	30
Material de papelería (hojas, carpetas)	20
Refrigerio para participantes	60
Viáticos para cada una de las visitas	40
Total	150

Anexo 5. Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: RELACION DEL ESTADO COGNITIVO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA MAYO-JUNIO 2025

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha:

Justificación y objetivo del estudio: La investigación de la función familiar en los pacientes hipertensos es un elemento importante para el reforzamiento del apego al tratamiento para estos pacientes, evitando así el daño a órganos blancos y el origen de crisis hipertensivas. El objetivo de este estudio es determinar el funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Procedimientos: Se aplicará una serie de cuestionarios en un clima de confianza para que el paciente responda a ello y se tenga un diagnóstico importante de su deterioro

cognitivo y adherencia al
tratamiento
antihipertensivo.

Posibles riesgos y molestias:

Las molestias son
mínimas al incomodarle
algunas preguntas, pero
no hay riesgo en este
estudio, al conocerse que
los datos serán
confidenciales y
únicamente para fines de
investigación.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: El beneficio más
importante es
conocer su
deterioro cognitivo y
adherencia al
tratamiento
antihipertensivo, y
poder disponer de
apoyo que le será
útil a su
enfermedad.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Posterior al
análisis de los
cuestionarios se
proporcionarán los
resultados a la
Unidad Médica
Familiar

Participación o retiro:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted no participa su decisión no afectará su relación con la institución y su derecho a obtener los servicios de salud u otros que recibe del Hospital. Así mismo tendrá la libertad de retirarse del mismo en el momento en que usted lo decida.

Privacidad y confidencialidad:

Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice

Beneficios al término del estudio:

Identificar si existe deterioro cognitivo y una buena adherencia al tratamiento de hipertensión para mejor control.

FIRMA

DE

QUIEN

AUTORIZA _____

NOMBRE COMPLETO Y NUMERO DE DUI.