

Artículos originales

Síndromes geriátricos y abandono

Geriatric Syndromes and Abandonment

Abel Pérez Pavón¹  Alejandra Villegas Villegas¹  Yamileth del Socorro López Franco¹  Donovan Casas Patiño²  Alejandra Rodríguez Torres³ 

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar 43, Tabasco, Mexico

² Universidad Autónoma del Estado de México, México, Mexico

³ Universidad Autónoma del Estado de México. Unidad de Medicina Familiar 73, México, Mexico

Cómo citar este artículo:

Pérez-Pavón A, Villegas-Villegas A, López-Franco Y, Casas-Patiño D, Rodríguez-Torres A. Síndromes geriátricos y abandono. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2023 [citado 2024 Jul 17]; 13(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1292>

Resumen

Fundamento: el abandono en la vejez es un condicionante de muchos trastornos de salud y constituye en mayor medida una condición de gran incidencia a nivel mundial.

Objetivo: comparar los síndromes geriátricos y el abandono en pacientes adultos mayores.

Métodos: se realizó un estudio transversal, descriptivo, analítico y correlacional, en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tabasco. La muestra se conformó con 203 pacientes de 60 años y más, que acudieron a consulta de Medicina Familiar y Atención Médica Continua. Se aplicaron 3 instrumentos: la escala de Pfeiffer, el International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form, la Escala de Percepción de Abandono del Adulto Mayor y se interrogó sobre el consumo de medicamentos prescritos y automedicados.

Resultados: existió relación entre los síndromes geriátricos y el abandono, como se comprobó en la correlación entre las variables analizadas. El deterioro cognitivo leve, moderado y severo, se encontró en bajas proporciones. El 40,7 % de los pacientes aceptó tener incontinencia urinaria. La presencia de polifarmacia se encontró en altas proporciones.

Conclusiones: los síndromes geriátricos presentes en el estudio fueron: deterioro cognitivo, polifarmacia e incontinencia urinaria, más la presencia de ser soltero, viudo o divorciado muestran una relación significativa para sufrir abandono.

Palabras clave: geriatría, abandono de ancianos, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, polifarmacia

Abstract

Foundation: abandonment in old age is a condition of many health disorders and is, to a greater extent, a condition of high incidence worldwide.

Objective: to compare geriatric syndromes and abandonment in older adult patients.

Methods: a cross-sectional, descriptive, analytical and correlational study was carried out in the Family Medicine Unit No. 33 of the Mexican Social Security Institute of Tabasco. The sample was made up of 203 patients aged 60 and over, who attended Family Medicine and Continuing Medical Care consultations. Three instruments were applied: the Pfeiffer scale, the International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form, the Perception of Abandonment Scale for the Elderly, and questions were asked about the consumption of prescribed and self-medicated medications.

Results: there is a relationship between geriatric syndromes and abandonment, as verified in the correlation between the variables analyzed. Mild, moderate and severe cognitive impairment was found in low proportions. 40.7 % of the patients accepted having urinary incontinence. The presence of polypharmacy was found in high proportions.

Conclusions: the geriatric syndromes present in the study such as: cognitive impairment, polypharmacy and urinary incontinence, plus the presence of being single, widowed or divorced show a significant relationship to suffering abandonment.

Key words: geriatrics, abandonment, cognitive impairment, urinary incontinence, polypharmacy

Recibido: 2023-07-13 14:08:24

Aprobado: 2023-12-04 11:49:57

Correspondencia: Abel Pérez Pavón. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar 43. Tabasco. México. abel.perezp@imss.gob.mx

INTRODUCCIÓN

El proceso del envejecimiento presenta modificaciones morfológicas, fisiológicas, sociales y psicológicas que son consecuencia directa del paso del tiempo, que se manifiestan en formas y momentos diferentes en cada individuo.⁽¹⁾ La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima que en el 2030 la población con edad de 60 años y más tendrá un crecimiento del 56 %, en un rango de 901 millones a 1,4 billones, y se estima que en el 2050 la población global de personas ancianas será de 2,1 billones.⁽²⁾ En la actualidad existe un progresivo aumento del envejecimiento de la población, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el número de personas de 60 años o más aumente de 605 millones a 2000 millones en el año 2050.⁽²⁾ Cardona y cols. presentaron en su estudio realizado en Antioquia, Colombia una mayor proporción de mujeres (72,8 %); es decir por cada hombre existen 2,68 mujeres en este mismo grupo poblacional.⁽²⁾

El informe: Perspectivas de la población mundial 2019, proyecta que en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años.⁽³⁾ En México según el Censo de población y vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se prevé una tasa de crecimiento anual de 3,5; para 2030 y el 2050 llegará a 17 y 32,5 millones, respectivamente.⁽⁴⁾

Para abordar el tema de abandono en la vejez es necesario partir desde una vista psicosocial con atención especial en las personas que rodean a la persona mayor. Se definirá como una situación en la que un individuo vulnerable se percibe solo ante situaciones adversas internas o externas inherentes a su persona, haciéndola más susceptible a complicaciones de diversa índole. El núcleo familiar es visto como una herramienta importante para el cuidado y un correcto seguimiento de enfermedades crónico-degenerativas.⁽⁴⁾

El término síndrome geriátrico se refiere a las formas de presentación más frecuentes de las enfermedades en el adulto mayor, las cuales son consecuencia del deterioro en la salud por diversas causas propias del organismo o del ambiente.⁽⁵⁾ En general, los síndromes geriátricos son un complejo de síntomas y signos que generan diversas patologías las cuales se entrelazan y producen un aumento en la morbimortalidad del paciente geriátrico los cuales son:

- El deterioro cognitivo (DC): es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios intelectuales y neuropsicológicos como: memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Visto como un síndrome geriátrico, es cualquier alteración en alguna función mental superior.⁽⁶⁾

Pfeiffer es un instrumento de aplicación rápida que no requiere preparación especial, aporta información sobre diferentes áreas cognitivas, especialmente en memoria y orientación.⁽⁷⁾ El déficit cognitivo, al ser una patología multifactorial, requiere políticas públicas de salud en las que se evalúe al paciente mayor de manera integral, sin embargo, el padecer de algún tipo de deterioro cognitivo aumenta el riesgo de abandono por parte de familiares porque el paciente no exige una responsabilidad importante del cuidador.⁽⁸⁾

Figueroa y cols. realizaron un estudio transversal a 63 sujetos con depresión y evaluó el grado de deterioro cognitivo el cual obtuvo 40 participantes (62 %). De ellos sin deterioro: 17 (27 %); con indicios de deterioro leve: 4 (6 %); con deterioro moderado: dos (3 %); con deterioro grave lo cual indica que en personas con depresión existen una prevalencia de 9,5 %.⁽⁹⁾

Silva y cols. realizaron un estudio en Orizaba, Veracruz y mencionan que el abandono no causa estragos en los adultos mayores en cuanto a su salud física y mental, sin embargo, el 46,2 % de los pacientes presentaban falta de atención por sus familias, así como el 38,5 % presentó la ausencia de cuidados brindados por la familia, lo que provoca depresión moderada en el 42,3 % de los pacientes.⁽¹⁰⁾

- La incontinencia urinaria (IU) puede definirse como una condición en la que, de forma involuntaria, se escapa orina de la vejiga, síntoma común que aparece en muchas enfermedades y afecta a todos los grupos de edad y a ambos sexos.⁽¹¹⁾ El *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form* (ICIQ-SF) (por sus siglas en inglés) es un cuestionario breve dirigido a medir la percepción de los síntomas de IU y la calidad de vida del paciente.⁽¹²⁾

Sánchez y cols. realizaron un estudio y utilizaron

el instrumento: *Urinary Incontinence Quality of Life Scale (IQOL)* (por sus siglas en inglés) con subescalas para obtener evidencias del tipo de incontinencia: urinaria de urgencia, de esfuerzo o mixta. Evaluaron la vergüenza social y la limitación del comportamiento en cada uno de los tipos. Como resultado obtuvieron que la incontinencia mixta en la vergüenza reportó cifras del 48 % e impacto social del 75 %.⁽¹³⁾ No se encontraron estudios relacionados con abandono e incontinencia urinaria.

La OMS define a la polifarmacia como el empleo de múltiples fármacos o el uso simultáneo de más de 3 fármacos;⁽¹⁴⁾ mientras que la Guía de Práctica Clínica (GPC) se refiere al uso de 5 o más fármacos.⁽¹⁵⁾ Una de las principales consecuencias de la polifarmacia es el riesgo de recibir una prescripción inadecuada y reacciones adversas a fármacos con impacto en la adherencia, lo que incrementa el riesgo de síndromes geriátricos, morbilidad y mortalidad.⁽¹⁶⁾ En países de Latinoamérica, la falta de coordinación entre los niveles de salud sumada al exceso de consultas de dos o más veces con distintos profesionales de la salud eleva el promedio de fármacos utilizados por adultos mayores. Un estudio realizado en España, comparó el uso inadecuado de fármacos con respecto a un 79,4 % de adultos mayores no pluripatológicos e identificó que uno de los problemas más grandes radica en el efecto cascada y la prescripción inadecuada.⁽¹⁶⁾

Ramírez y cols. realizaron un estudio transversal y analítico en los centros de atención geriátrica de Bogotá, Colombia, y evaluó a un total de 102 personas en edad geriátrica. Se encontró que entre los medicamentos más utilizados se encuentran los inhibidores de la bomba de protones (IBP) con un 40 %, antipsicóticos con un 11 %, calcio-antagonistas con un 9 % y medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) con un 7 %.⁽¹⁷⁾ En él, también se evaluó el síndrome de fragilidad en el adulto mayor y se encontró un porcentaje del 47,06 % de la población en quienes consumen dos o más de los fármacos mencionados anteriormente.⁽¹⁸⁾ No se encontraron artículos relacionados con el abandono y polifarmacia.⁽¹⁸⁾

Por todo lo anteriormente expresado, el objetivo de esta investigación es: comparar los síndromes geriátricos y el abandono en pacientes adultos mayores.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con enfoque analítico y correlacional en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Emiliano Zapata, Tabasco, con el propósito de identificar la relación entre los síndromes geriátricos y la variable abandono. El cálculo de la muestra se realizó mediante la fórmula de n para poblaciones infinitas que correspondió a 203 sujetos ($n = 203$), con un intervalo de confianza del 95 %, mediante la técnica de muestreo aleatorio simple. Se incluyeron a pacientes: ≥ 60 años, derechohabientes de la UMF que acudieron a consulta externa de medicina familiar y atención médica continua, que aceptaron participar en la investigación y que firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron a: menores de 60 años, discapacitados mentales, los que acudieron a urgencias por patologías que afectan el estado mental de forma transitoria, que no tuvieran adscripción en la UMF No. 33 y no derechohabientes al IMSS. Se utilizaron 4 cuestionarios autoaplicables:

- Encuesta sociodemográfica: evalúa el nivel socioeconómico, situación demográfica, estado civil, religión y escolaridad.
- El instrumento ICIQ-SF: evalúa la calidad de vida del paciente, consta de 3 incisos que califican la severidad de la IU y un inciso que enumera la frecuencia.
- La escala de percepción de abandono del adulto mayor: identifica el grado de abandono que sufre un adulto mayor y consta de 14 preguntas en la que se clasifica en: no se percibe abandono, ligeramente abandonado y medianamente abandonado.
- Escala de Pfeiffer: evalúa el deterioro cognitivo. Se realiza por observación directa y/o entrevista al paciente, valora la memoria y consta de 10 incisos. Se valora a partir de: de 0 a 2, normal; de 3 a 4, DC leve, de 5 a 7 DC moderado y de 8 a 10 DC grave.

La recolección de datos se realizó mediante una base de datos de Excel, donde se integraron las variables consideradas y personas involucradas en el estudio.

El análisis de las variables se realizó mediante la fórmula de X^2 y la fórmula H no paramétrica de *Kruskal-Wallis* con el paquete estadístico SPSS

versión 23 para Windows.

RESULTADOS

Variable edad:

- Media: 71,02.
- Mediana: 69,00.
- Moda: 60.
- Desviación estándar: 8,828.
- Varianza: 77,934.
- Rango: 43, mínimo: 60, máximo: 103.

Distribución por género:

- Masculino: 99 (49,7 %).
- Femenino: 100 (50,3 %).

Ubicación geográfica:

- Zona suburbana: 162 (79,8 %).
- Rural: 41 (20,19 %).

Al realizar el cálculo estadístico de las variables sociodemográficas situación geográfica y abandono mediante la fórmula de X^2 de Pearson se encontraron los datos siguientes: x^2 : 5,749; GL: 4, P: 0,219.

Nivel de escolaridad:

- Analfabeta: 10 (5,0 %).
- Primaria: 63 (31 %).
- Secundaria: 75 (36,9 %).
- Bachillerato: 45 (22,6 %).
- Licenciatura: 2 (5,0 %).

En el contraste de las características sociodemográficas donde se contempló la variable escolaridad y abandono, mediante la fórmula no paramétrica de Kruskal-Wallis se obtuvo el siguiente resultado: Kruskal-Wallis de $H= 1,753$; GL: 4; P: 0,001.

El análisis de la religión:

- Ateo: 7 (3,44 %).
- Católico: 166 (81,77 %).
- Sectas: 30 (14,7 %).

El estado civil:

- Solteros: 10 (4 a 5 %).
- Casados: 114 (56,3 %).
- Divorciados: 9 (4,5 %).

- Viudos: 55 (27,1 %).
- Unión libre: 8 (4,0 %).
- Separados: 7 (3,5 %).

Nivel socioeconómico:

- Pobreza extrema: 72 personas (35,46 %).
- Solo en pobreza: 69 (33,9 %).
- En nivel medio-bajo: 41 (20,9 %).
- Clase media: 19 (9,3 %).
- Clase alta: 2 (1 %).

Nivel de deterioro cognitivo:

- Normal: 165 (82,4 %).
- Deterioro cognitivo leve: 22 (11,1 %).
- Deterioro cognitivo moderado: 7 (3,5 %).
- Deterioro cognitivo severo: 4 (0,5 %).

En el proceso de datos del factor cognición y abandono, se obtuvo: Kruskal-Wallis de: $H= 22,781$; GL: 4; P: 0,001. Al hacer el análisis mediante la fórmula no paramétrica de Kruskal-Wallis, se identificaron los siguientes datos: Kruskal-Wallis de: $H = 1,753$; GL: 4; P: 0,140.

Presencia de incontinencia urinaria:

- Sin incontinencia: 112 (55,17 %).
- Con incontinencia: 83 (40,8 %).

El análisis estadístico de la variable clínica incontinencia urinaria y abandono en el cálculo sistematizado se reporta: Kruskal-Wallis de: $H= 98,141$; GL: 4; P: 0,008.

Presencia de polifarmacia:

- Menos de 5 medicamentos: 93 (45,81 %).
- Más de 5 medicamentos: 104 (51,23 %).

En el contraste de variables de polifarmacia y abandono se obtuvieron los siguientes resultados: Kruskal-Wallis de: $H= 13,228$; GL: 4; P: 0,001.

Nivel de percepción de abandono:

- No se percibe abandono: 158 (77,8 %)
- Ligeramente abandonado: 31 (15,6 %),
- Muy abandonado: 2 (0,98 %).
- Totalmente abandonado: 1 (0,5 %).

El análisis estadístico mediante la fórmula no paramétrica de Kruskal-Wallis de las variables síndromes geriátricos y abandono dio como

resultado los siguientes datos: Kruskal-Wallis d : $H= 29,363$; $GL: 2$; $P: 0,001$.

DISCUSIÓN

Al analizar las variables sociodemográficas: género y situación geográfica, se encontró que 49,7 % son hombres y 50,3 % mujeres con una proporción de 78,9 % perteneciente a la zona suburbana, este resultado es equiparable a los obtenidos por Cardona D. y cols. reportan una mayor proporción del género femenino 72,8 % y un 94,7 % y la población de mayor frecuencia es la zona urbana.⁽²⁾ En un estudio realizado en España se valoró prevalencia de abandono y se reportó un 29,1 % de ancianos asociados al sexo femenino.⁽¹⁹⁾

Al analizar las variables sociodemográficas abandono y estado civil, en este proyecto se encuentra que el 56,3 % son casados, 27,1 % son viudos y 4,5 % son divorciados, donde el 15,6 % se percibe ligeramente abandonado y solo el 0,5 % se perciben muy abandonados y totalmente abandonados, diferente a los resultados obtenidos por Zúñiga y cols. donde se reporta que el 51 % de su población son viudos, el 34 % casados y el 10 % divorciados, de ellos el 49 % de los viudos se perciben muy abandonados y totalmente abandonados.⁽²⁰⁾ En otro estudio realizado en Guatemala por Belesaca y cols. realizada a 159 pacientes demostró que ser soltero, viudo y divorciado genera mayor vulnerabilidad a maltratos y abusos aumentando el riesgo de abandono.⁽²¹⁾

El nivel socioeconómico con mayor proporción fue la pobreza extrema 72 pacientes (35,46 %) y de clase pobre 69 (33,9 %) resultados semejantes a los obtenidos por Díaz y cols. el nivel socioeconómico medio estuvo representado por el 72,2 % de la población.⁽²²⁾ Otro estudio realizado por Cobeñas en el 2019, identificó, que el tipo de abandono familiar más prevalentes en Chiclayo, Perú fue el abandono económico, ya que el 75 % de los ancianos sufren de problemas económicos.⁽²³⁾

Los resultados demuestran que el deterioro cognitivo leve se encuentra en una proporción de 22, equivalente al 11,1 %, el deterioro cognitivo moderado de 7 (3,5 %) y el deterioro cognitivo severo de 1 (0,5 %), es decir el 15 % de la población total, estos datos son equiparables a los obtenidos por Nieves y cols. donde encontraron que un 15 % de la población estudiada presentaba deterioro cognitivo leve.⁽²⁴⁾

Al elaborar el análisis de la variable polifarmacia, se encontró que el 51,23 % de los adultos mayores de edades de 60 años y más presentó polifarmacia, es decir la mitad de la población estudiada, estos resultados son similares a los presentados por Luna y cols. que reportaron que una población, con edades entre los 65 años y más presentó ingesta de 5 fármacos o más, los 74 años fue la edad promedio y el 87 % tenía polifarmacia.⁽¹⁸⁾

Los resultados del análisis de la incontinencia urinaria reportan la presencia de este síndrome en un 40,7 % de la población, similares a los resultados de Busquets y cols. donde se encontraron proporciones mayores: 76 casos (62,3 %) que estuvieron bajo tratamiento médico para la IU y 46 (37,7 %) bajo tratamiento quirúrgico.⁽¹²⁾

Existe una relación entre síndromes geriátricos y el abandono debido a la significancia de p que muestra Kruskal-Wallis, con lo cual concuerdan los resultados encontrados por Bailón y cols. en el Centro Integral del Adulto Mayor en Ecuador, donde el 44 % de los adultos mayores viven en abandono por la aparición de síndromes geriátricos que afectan la calidad de vida y convivencia dentro del núcleo familiar.⁽²⁵⁾

Las unidades de medicina familiar del primer nivel deberán implementar el diagnóstico completo de cada paciente para identificar el estado de salud en el que se encuentran, las comorbilidades que presenten y el tratamiento integral. Durante los inicios de la vejez, el médico familiar debe orientar a los pacientes y familiares sobre el proceso del envejecimiento y los síndromes geriátricos, esto con la finalidad de hacerles de su conocimiento sobre padecimientos exclusivos de la vejez. Es fundamental la creación de módulos de orientación enfocada en el envejecimiento activo y saludable, con énfasis en la idea que esta no es una enfermedad, sino una etapa más en la vida del ser humano.

Se debe evitar en la mayoría de lo posible, ser parte de la formación de síndromes geriátricos y enviar al paciente a segundo nivel siempre que esté bien fundamentado. Evitar la prescripción deliberada de medicamentos para cada padecimiento y fomentar la implementación de medidas terapéuticas tales como: ejercicio físico de moderada intensidad, dieta balanceada con moderada restricción salina y fomentar las actividades familiares para el aumento en la

calidad de vida del paciente geriátrico. Fomentar en las unidades médicas las prácticas integrales de integración y participación activa entre los familiares y el adulto mayor con el objetivo de crear alianzas saludables que permitan el correcto desarrollo del integrante mayor dentro del núcleo familiar y evitar la aparición de deterioro cognitivo. Distribuir entre los familiares del adulto mayor los ejercicios recomendados para evitar el debilitamiento muscular, sobre todo los periféricos y urinarios con el objetivo de impedir la aparición de la incontinencia urinaria o la discapacidad motriz.

Los profesionales de la salud, en especial médicos generales y familiares en el primer nivel de atención, deben analizar la situación familiar e individual de cada paciente a su cargo para la identificación de factores condicionantes que provoquen la aparición de violencia intrafamiliar; factor importante para el abandono en las personas de la tercera edad.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Abel Pérez Pavón, Alejandra Villegas Villegas, Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres.
2. Curación de datos: Abel Pérez Pavón, Alejandra Villegas Villegas, Yamileth del Socorro López Franco.
3. Análisis formal: Abel Pérez Pavón, Alejandra Villegas Villegas, Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres.
4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con adquisición de fondos.
5. Investigación: Abel Pérez Pavón, Alejandra Villegas Villegas, Yamileth del Socorro López Franco, Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres.
6. Metodología: Abel Pérez Pavón.
7. Administración del proyecto: Abel Pérez Pavón.
8. Recursos: Alejandra Villegas Villegas, Yamileth

del Socorro López Franco, Donovan Casas Patiño.

9. Software: Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres.

10. Supervisión: Abel Pérez Pavón.

11. Validación: Alejandra Villegas Villegas, Yamileth del Socorro López Franco.

12. Visualización: Yamileth del Socorro López Franco, Donovan Casas Patiño.

13. Redacción del borrador original: Abel Pérez Pavón, Alejandra Villegas Villegas, Yamileth del Socorro López Franco, Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres.

14. Redacción, revisión y edición: Abel Pérez Pavón, Alejandra Villegas Villegas, Yamileth del Socorro López Franco, Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meléndez J, Sanz T, Navarro E. Deterioro cognitivo leve: método y procedimiento de clasificación. *Anales Psicol* [Internet]. 2012 [citado 24 Mar 2023];28(2):[aprox. 6p]. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.28.2.148891>
2. Cardona D, Segura A, Garzón M, Segura A, Cano SM. Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [citado 15 Nov 2022];19(1):[aprox. 10p]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403844773007.pdf>
3. Alvarado AM, Salazar AM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* [Internet]. 2014 [citado 24 Mar 2023];25(2):[aprox. 5p]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
4. Espinosa G, López VM, Escobar DA, Conde M, Trejo E, González B, et al. Programa para la rehabilitación funcional del adulto mayor. Mejorar la marcha, el equilibrio y la independencia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2013 [citado 24 Mar 2023];51(5):[aprox. 11p]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im135l.pdf>

5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica [Internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011 [citado 24 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/190GER.pdf>
6. Benavides CA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Rev Mex Anestesiol [Internet]. 2017 [citado 24 Mar 2023];40(29):[aprox. 5p]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
7. García S, Díaz MC, Peraita H. Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y con deterioro cognitivo leve (DCL) a través del TAVEC. Anales Psicol [Internet]. 2017 [citado 24 Mar 2023];30(1):[aprox. 7p]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100040
8. Barahona MN, Villasán A, Sánchez DA. Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve (DCL). INFAD Rev Psicol [Internet]. 2014 [citado 24 Mar 2023];2(1):[aprox. 7p]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349833719007.pdf>
9. Figueroa MR, Aguirre DP, Hernández RR. Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. PSICUMEX [Internet]. 2021 [citado 24 Mar 2023];11(397):[aprox. 8p]. Disponible en: <https://psicumex.unison.mx/index.php/psicumex/article/view/397/314>
10. Silva K, Cabrera M, Peña M, Salazar J, Conzatti M, López J, et al. Impacto del abandono en la salud física y mental del adulto mayor. Ciencia Latina Rev Multidis [Internet]. 2023 [citado 24 Mar 2023];7(1):[aprox. 10p]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5242/7934>
11. Chiang H, Susaeta R, Valdevenito R, Rosenfeld R, Finsterbusch C. Incontinencia urinaria. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2013 [citado 24 Mar 2023];24(2):[aprox. 8p]. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/magenes/PDF_revista_médica/2013/2_marzo/6-Chang.pdf
12. Busquets M, Urquidi C, Pertossil E. Sensibilidad al cambio de la versión español-chileno del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) para incontinencia urinaria femenina. Rev Med Chile [Internet]. 2016 [citado 24 Mar 2023];144(8):[aprox. 5p]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000800007
13. Sotomayor M. Incontinencia urinaria y calidad de vida en mujeres adultas mayores que residen en el hogar de ancianos San José, provincia de Imbabura [Internet]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte Repositorio Digital; 2019 [citado 24 Mar 2023]. Disponible en: <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10199?locale=en>
14. Brenes FJ, Cozar JM, Esteban M, Fernández A, Molero JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. Medicina de familia. SEMERGEN [Internet]. 2013 [citado 24 Mar 2023];45(5):[aprox. 10p]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-criterios-derivacion-incontinencia-urinaria-atencion-S1138359312002997>
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica para la prescripción razonada para el adulto mayor [Internet]. México: IMSS; 2010 [citado 24 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/558GER.pdf>
16. Sánchez J, Escare CA, Castro VE, Robles CR, Vergara MI, Jara CT, et al. Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Rev Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 24 Mar 2023];21(2):[aprox. 7p]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2019.v21n2/271-277/>
17. Ramírez MC, Ruge AL, Saavedra AL, Sogamoso MA. Efectos de la polifarmacia inadecuada sobre la calidad de vida de los adultos mayores en centros geriátricos de Barrios Unidos de la ciudad de Bogotá en el periodo de Marzo a Noviembre de 2017 [Internet]. Bogotá: Repositorio Institucional UDCA; 2019 [citado 24 Mar 2023]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/849>
18. Luna MA, Peralta ML, Pinedo V, Durán YC, Ávalos AM, Aguirre MC, et al. Prescripción inapropiada en el adulto mayor con padecimiento

- crónico degenerativo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2013 [citado 24 Mar 2023];51(2):[aprox. 7p]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42100>
19. Jürschik P, Viladrosa M, Botigué T, Lavedán A, Vena A, Noguera T. Prevalencia y factores asociados a sospecha de malos tratos en la unidad geriátrica del área de urgencias del hospital. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2013 [citado 2 May 2023];48(5):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90195061&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=85&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v48n02a90195061pdf001.pdf
20. Zúñiga A, Pasquel PE, Mendoza AZ. Percepción del adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por sus familiares. Desarrollo Cientif Enferm [Internet]. 2012 [citado 24 Mar 2023];20(4):[aprox. 5p]. Disponible en: <https://www.index-f.com/dce/20pdf/20-134.pdf>
21. Belesaca Z, Buele AV, Arévalo CM, Peñafiel MB. Causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor del centro gerontológico Cristo Rey [Internet]. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Enfermería; 2016 [citado 24 Mar 2023]. Disponible en: <https://1library.co/document/y95ggpjz-causas-consecuencias-abandono-adulto-centro-gerontologico-cristo-cuenca.html#fulltext-content>
22. Díaz R, Marulanda F, Martínez MH. Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana. Acta Neurol Colomb [Internet]. 2013 [citado 24 Mar 2023];29(3):[aprox. 10p]. Disponible en: <https://actaneurologica.com/index.php/anc/article/view/1376/997>
23. Cobeñas R, Gálvez NC. Características geriátricas y abandono familiar del adulto mayor en el asilo de ancianos de Chiclayo. Revista Científica CURAE [Internet]. 2019 [citado 24 Mar 2023];2(1):[aprox. 12p]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/346449656_CHARACTERISTICAS_GERIATRICAS_Y_ABANDONO_FAMILIAR_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_EL_ASILLO_DE_ANCIANOS_DE_CHICLAYO_2018
24. Nieves ER. Prevalencia de síndromes geriátricos detectados por la enfermera especialista en medicina de familia. Nure Inv [Internet]. 2016 [citado 24 Mar 2023];13(84):[aprox. 12p]. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/888/71945>
25. Bailón MC, Pilligua JK. Identificación de los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos Centro de Atención Integral del Adulto Mayor. Santa Elena 2012-2013 [Internet]. La Libertad: Repositorio UPSE; 2023 [citado 24 Mar 2023]. Disponible en: https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1009/1/IDENTIFICACION_DE_LOS_FACTORES_DE_RIESGOS_DE_LOS_GRANDES_SINDROMES_GERIATRICOS.pdf