



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Caracterización de los Síndromes Geriátricos en pacientes adultos
mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General
Monte Sinaí en el periodo 2024–2025.**

AUTOR (ES):

**Cartagena Loor Osttys Michelle
Llerena Jara Elizabeth Rosario**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Mayo Galbán, Caridad Isabel

Guayaquil, Ecuador

1 de mayo del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Cartagena Loor Osttys Michelle y Llerena Jara Elizabeth Rosario**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**CARIDAD ISABEL MAYO
GALBAN**

Validar únicamente con FirmaEC

f. _____

Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, MGS.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Cartagena Loor Osttys Michelle**
Llerena Jara Elizabeth Rosario

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **caracterización de los Síndromes Geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2024–2025**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026.

LOS AUTORES



f. _____
Cartagena Loor Osttys Michelle



f. _____
Llerena Jara Elizabeth Rosario



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Cartagena Loor Osttys Michelle**
Llerena Jara Elizabeth Rosario

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **caracterización de los Síndromes Geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2024–2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026.

LOS AUTORES



f. _____
Cartagena Loor Osttys Michelle



f. _____
Llerena Jara Elizabeth Rosario

REPORTE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

TT, Cartagena, Llerena, p76. Caracterización de los Síndromes Geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí

ID : a907b203461136a53b24b605039cd959e1e87edf



0%
Textos
sospechosos

Nombre del fichero : TT, Cartagena, Llerena, p76. Caracterización de los Síndromes Geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí.txt
Tamaño del archivo original : 400,83 kB
Número de palabras : 1756
Número de caracteres : 15888

Depositante : Caridad Isabel Mayo Galban
Fecha de depósito : 13 de abril de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 13 de abril de 2026

TUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
CARIDAD ISABEL MAYO GALBAN
Validar únicamente con FirmaEC

f. _____

DRA. MAYO GALBAN CARIDAD ISABEL

AGRADECIMIENTO

Este camino académico no es solo el resultado de mi propio esfuerzo, sino el reflejo del amor, la paciencia y el apoyo incondicional de quienes me han rodeado durante estos años. Una tesis es mucho más que un trabajo de investigación; es el cierre de un ciclo de aprendizaje y el inicio de una nueva etapa profesional que no habría sido posible sin las personas que menciono a continuación.

A mis padres, por ser mi ejemplo de integridad y fortaleza. Gracias por trabajar incansablemente para brindarme las oportunidades que hoy rinden frutos. Sus consejos, directos y llenos de sabiduría, fueron la brújula que me permitió mantener el rumbo en los momentos de mayor incertidumbre. Aprendí el valor de la responsabilidad y el honor de cumplir con el deber. Gracias por creer en mis sueños y por darme las herramientas necesarias para construir mi propio camino. Ver tu orgullo al finalizar esta etapa es mi mayor recompensa.

A mis hermanas, quienes han sido mis confidentes y mejores amigos desde la infancia. Ustedes son mi cable a tierra. Gracias por recordarme siempre quién soy y de dónde vengo, y por celebrar cada pequeño avance como si fuera propio.

A Dios, o a la vida, por permitirme gozar de salud y por poner en mi camino a cada una de las personas mencionadas. Este trabajo de grado es un testimonio de amor, amistad y perseverancia. Miro hacia atrás con gratitud y hacia adelante con esperanza, sabiendo que no camino sola.

Osttys Michelle Cartagena Loor.

AGRADECIMIENTO

Al llegar al final de este largo y desafiante camino, siento la necesidad de expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que me acompañaron, me apoyaron y creyeron en mí a lo largo de este proceso.

En primer lugar, agradezco a Dios, por darme la vida, la salud y la sabiduría para poder llegar a este momento. Gracias, Jehová, por brindarme la fortaleza para superar los obstáculos, por darme paz en los momentos de incertidumbre y por iluminar mi camino con tu amor infinito. Sin tu guía, este logro no habría sido posible.

A mis amorosos padres, que no solo me brindaron la vida, sino que también me enseñaron los valores más fundamentales de la perseverancia, la humildad y el compromiso.

A mi hermana, mi amiga, mi compañera leal e incondicional. No tengo palabras suficientes para agradecerte por todo lo que me has dado. Gracias por tu amor y apoyo constante, por tu compañía en los días de cansancio, de frustración, pero también en los de alegría y celebración.

A mis docentes y colegas de Medicina, que, con su sabiduría y experiencia, enriquecieron mi formación. Gracias por los debates, por las clases inspiradoras, y por compartir sus conocimientos de manera tan generosa. A todos ellos, les debo mucho de lo que hoy sé, y sus enseñanzas siempre serán una parte fundamental de mi vida profesional.

Elizabeth Rosario Llerena Jara.

DEDICATORIA

Finalizar este proyecto académico no es solo un logro individual, sino el resultado del apoyo incondicional de quienes creyeron en mí. A mi familia, mi motor y mi refugio: gracias por ser el cimiento de mis sueños. A mis padres, por cada sacrificio silencioso y por enseñarme que la perseverancia es la clave de cualquier meta. A mis hermanos y seres queridos, gracias por su paciencia en mis ausencias y por celebrar cada pequeño avance como si fuera propio; su amor ha sido mi mayor fortaleza durante los momentos de agotamiento.

A mis amigos, aquellos que la vida me regaló y los que la universidad me permitió encontrar: gracias por las jornadas compartidas, por las risas necesarias y por sostener mi ánimo cuando el camino se tornaba complejo. La complicidad y el apoyo mutuo hicieron que esta etapa fuera mucho más ligera y significativa.

Finalmente, expreso mi más profunda gratitud a los doctores y docentes que guiaron mi formación. Gracias por compartir su sabiduría con generosidad y por inculcarme la ética y el rigor que esta profesión exige. Su ejemplo de vocación y compromiso con el saber ha dejado una huella imborrable en mi visión del mundo y en mi futuro desempeño profesional. A todos ustedes, quienes de una forma u otra aportaron un grano de arena para que hoy pueda concluir esta etapa con éxito, les dedico este trabajo con total gratitud.

Osttys Michelle Cartagena Loor.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a quienes que, con su amor, y apoyo incondicional han sido mi guía en este camino.

En primer lugar, a Jehová Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y mi esperanza. Gracias por iluminar mi camino en cada paso, por darme sabiduría, paciencia y perseverancia para llegar hasta aquí.

A mis amorosos padres, quienes me dieron la vida y el valor de soñar. A ellos, que me enseñaron a no rendirme, y a creer en mis sueños, incluso cuando parecía que el camino se hacía más difícil. Su amor constante, su apoyo, y su fe en mí han sido el combustible que me ha impulsado a seguir adelante. Esta obra es tan suya como mía, porque todo lo que soy y lo que he logrado, se los debo a ustedes.

A mi hermana, mi refugio y consuelo en los días más oscuros, mi confidente y mi constante fuente de alegría. En este camino, me enseñó a reír cuando las lágrimas amenazaban con salir y a ser fuerte cuando el agotamiento me alcanzaba. Agradezco cada conversación, y cada gesto de apoyo, que me recordó que no estaba sola. En este logro está la esencia de nuestra hermandad.

A mi adorada abuela, que, aunque ya no está en este plano terrenal, me apoyó desde el primer día, y confió a ciegas en mí. Este logro es tan suyo como mío.

A mis amigos, quienes han sido mi luz en medio de la tormenta. En las noches interminables de estudio, en los momentos de agotamiento total, ustedes fueron mi espacio seguro.

Elizabeth Rosario Llerena Jara.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JOUVIN MARTILLO JOSÉ LUIS,
DECANO

f. _____

DR. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS, MGS
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. AYON GENKUONG ANDRÉS MAURICIO
COORDINADOR DE TITULACION

ÍNDICE

RESUMEN	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	3
1.1. PROBLEMA A INVESTIGAR	3
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3. OBJETIVOS	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos	4
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	4
2.1. Envejecimiento poblacional	4
2.2. Síndromes Geriátricos	5
2.2.1. Definición.....	5
2.2.2. Principales síndromes geriátricos	6
2.3. Deterioro cognitivo	8
2.3.1. Definición.....	8
2.3.2. Etapas del deterioro cognitivo.....	8
2.3.2.1. Sin deterioro cognitivo.....	8
2.3.2.2. Deterioro cognitivo subjetivo	9
2.3.2.3. Deterioro cognitivo leve.....	9

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	9
3.1. MATERIALES Y MÉTODOS	9
3.1.1. Diseño de la investigación	9
3.2. UNIVERSO Y MUESTRA	10
3.2.1. Universo	10
3.2.2. Muestra	10
3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	10
3.3.1. Criterios de inclusión	10
3.3.2. Criterios de exclusión	10
3.4. VARIABLES.....	11
3.4.1. Operacionalización de las variables.....	11
3.5. RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	12
3.6. ANALISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	13
3.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	13
4.1. RESULTADOS	14
4.1.1. Características Sociodemográficas.....	14
4.1.2. Principales síndromes geriátricos	17
4.1.3. Relación entre el deterioro cognitivo y los síndromes geriátricos	18
4.1.4. Factores de Riesgo y Enfermedades relacionadas a los pacientes del estudio	22
4.2. LIMITACIONES Y FORTALEZAS	23

4.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	24
4.4. CONCLUSIONES	26
4.5. RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes del estudio ...	14
Tabla 2. Frecuencia de síndromes geriátricos.	17
Tabla 3. Clasificación del deterioro cognitivo	18
Tabla 4. Relación entre deterioro cognitivo y caídas.....	19
Tabla 5. Relación entre deterioro cognitivo e incontinencia urinaria.....	19
Tabla 6. Relación entre deterioro cognitivo y depresión.....	19
Tabla 7. Relación entre deterioro cognitivo y malnutrición	20
Tabla 8. Relación entre deterioro cognitivo y polifarmacia.	20
Tabla 9. Relación entre deterioro cognitivo y delirios.	20
Tabla 10. Factores de Riesgo y Enfermedades asociados al Deterioro Cognitivo.....	22

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de edad entre los pacientes	15
Figura 2. Prevalencia de sexo entre los pacientes.....	15
Figura 3. Prevalencia de procedencia entre los pacientes	16
Figura 4. Prevalencia de nivel educativo entre los pacientes.....	16
Figura 5. Síndromes geriátricos en los pacientes.	17

RESUMEN

El deterioro cognitivo en adultos mayores representa un problema de salud creciente, asociado a múltiples factores clínicos y síndromes geriátricos que impactan de manera significativa en la calidad de vida. El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar los síndromes geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2024–2025. Se realizó una investigación de tipo retrospectiva, cuantitativa, no experimental y de corte transversal, en una muestra de 60 pacientes mayores de 65 años. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, síndromes geriátricos, factores de riesgo y comorbilidades, utilizando herramientas estadísticas como el chi-cuadrado con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los resultados evidenciaron que los síndromes geriátricos más frecuentes son la polifarmacia (68%), la incontinencia urinaria (63%) y las caídas (53%). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el grado de deterioro cognitivo y todos los síndromes geriátricos analizados. Además, al revisar los factores de riesgo, la polifarmacia es el factor de riesgo más prevalente, mientras que, dentro de las comorbilidades, hipertensión arterial es la más prevalente, seguida de la depresión y la obesidad, observándose un incremento progresivo de estas condiciones en los estadios más avanzados del deterioro. Se concluye que el deterioro cognitivo es un proceso multifactorial estrechamente relacionado con la presencia de síndromes geriátricos y factores de riesgo, lo que resalta la necesidad de un abordaje integral, oportuno y multidisciplinario para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Palabras Clave:

Deterioro cognitivo, síndromes geriátricos, adulto mayor, factores de riesgo

ABSTRACT

Cognitive impairment in older adults represents a growing health problem, associated with multiple clinical factors and geriatric syndromes that significantly affect quality of life. The aim of this study was to characterize geriatric syndromes in elderly patients with cognitive impairment treated at Hospital General Monte Sinaí during the period 2024–2025. A retrospective, quantitative, non-experimental, cross-sectional study was conducted in a sample of 60 patients aged 65 years and older. Sociodemographic, clinical variables, geriatric syndromes, risk factors, and comorbidities were analyzed using statistical tools such as the chi-square test, with a significance level of $p < 0.05$. The results showed that the most frequent geriatric syndromes are polypharmacy (68%), urinary incontinence (63%), and falls (53%). A statistically significant association was found between the degree of cognitive impairment and all analyzed geriatric syndromes. Furthermore, when reviewing risk factors, polypharmacy is the most prevalent risk factor, while among comorbidities, high blood pressure is the most prevalent, followed by depression and obesity., with a progressive increase observed in more advanced stages of cognitive impairment. It is concluded that cognitive impairment is a multifactorial condition closely related to geriatric syndromes and risk factors, highlighting the importance of a comprehensive, timely, and multidisciplinary approach to improve the quality of life of older adults.

Key Words:

Cognitive impairment, geriatric syndromes, older adults, risk factors

INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XX, la población mundial mayores de 65 años aumentó de 400 millones a 700 millones entre los 50s y 90s donde este grupo etario ha presenciado un rápido crecimiento sin ningún precedente en años anteriores, pronosticando un incremento de aproximadamente de 1,200 millones de adultos mayores en el 2025.

(1) En América Latina y el Caribe (ALC), la situación de las personas mayores de 60 años en la actualidad señala que un 60% de este grupo viven en este territorio revelando una tasa mayor cercana al 75% hacia el 2025 (2), México es uno de los casos más específicos, pasando de tener un 7% de población de adultos mayores en el 2000, a duplicar dicho valor a 15% en 2025. (1) El perfil demográfico del país ecuatoriano indica que 1.520.590 son adultos mayores representando el 9% del total de la población. (3)

Las personas como *parte del ciclo de vida y proceso natural* llegan a la etapa del *envejecimiento* que comprende un amplio conjunto de procesos biológicos y varios estados de salud complejos conocidos como síndromes geriátricos. (4) Los síndromes geriátricos como el delirio, las caídas, la incontinencia, la fragilidad y el envejecimiento cerebral representan padecimientos comunes y graves en las actividades cotidianas de los adultos mayores. Cuando los cambios durante esta fase ocurren diariamente marcando un camino hacia cambios asociados con el envejecimiento cerebral se confirma la presencia de deterioro cognitivo. (5) El deterioro cognitivo hace referencia a la pérdida o anomalía notable y medible en las funciones de atención, la memoria o funciones cognitivas siendo común en la vejez atribuido al factor de riesgo del envejecimiento y trastornos físicos o psicológicos asociados (4); cuyo diagnóstico puede ser externalizado a través de pruebas neuropsicológicas y que a su vez son manifestados por el mismo adulto o un familiar. (6) Este deterioro conforma uno de los síndromes geriátricos afectando a seis dominios entre los cuales tenemos el aprendizaje y memoria, funcionamiento social, lenguaje, función visuoespacial, atención compleja y funcionamiento ejecutivo. (7)

En Ecuador, la información sobre la caracterización de los síndromes geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo es muy limitada, acompañado de la situación del Hospital General Monte Sinaí, que recibe un gran número de pacientes adultos mayores se convierten en motores para llevar a cabo esta

investigación. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo caracterizar los síndromes geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2024–2025 contribuyendo así con hallazgos que sean parte de estrategias clínicas a mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

CAPÍTULO I

1.1. PROBLEMA A INVESTIGAR

¿Cuáles son los síndromes geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2024–2025

1.2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación busca fortalecer el conocimiento científico sobre la relación entre el deterioro cognitivo y los principales síndromes geriátricos en las personas adultas mayores, brindando información actualizada en el contexto ecuatoriano. De esta manera, se espera que los resultados se conviertan en una base para el desarrollo de futuras investigaciones en el ámbito de la geriatría.

Desde el punto de vista asistencial, este estudio brindará información importante para el personal de salud del Hospital General Monte Sinaí, facilitando la detección temprana de los síndromes geriátricos y la aplicación oportuna de intervenciones adecuadas. Para así, mejorar la atención integral, disminuir posibles complicaciones y fomentar un envejecimiento más saludable y digno.

Asimismo, la investigación beneficiará directamente a los adultos mayores y a sus familias, al contribuir al diseño de estrategias orientadas a mejorar su bienestar físico, mental y social. De igual manera, favorecerá el fortalecimiento de políticas institucionales enfocadas en una atención geriátrica más humanizada, eficiente y centrada en el paciente.

Finalmente, los resultados servirán como una herramienta de apoyo para la toma de decisiones administrativas y clínicas dentro del hospital, permitiendo optimizar los protocolos de atención, los planes de cuidado y los programas de prevención dirigidos a pacientes con deterioro cognitivo, en beneficio de su calidad de vida.

1.3. OBJETIVO

1.3.1. Objetivo General

Caracterizar los síndromes geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2024–2025.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí.
- Identificar los principales síndromes geriátricos presentes en los pacientes estudiados.
- Analizar la relación entre el tipo de deterioro cognitivo y los síndromes geriátricos identificados.
- Describir los factores de riesgo y las enfermedades asociadas presentes en los pacientes estudiados.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Envejecimiento poblacional

En los últimos años, la evolución demográfica y epidemiológica ha adquirido un particular interés dado que el envejecimiento de la población, como inicialmente solo se observaba con más frecuencia en países de Europa, se ha expandido a una velocidad no antes vista hacia otras partes del mundo, acompañado de cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad generando así, nuevas formas en lo que se refiere a la demanda de los servicios sociales y de salud. (8)

El envejecimiento humano es un fenómeno inevitable que ocurre a nivel mundial. Aunque la población de América del sur todavía es relativamente joven, la misma está envejeciendo rápidamente, la proporción de personas mayores de 65 años está aumentando con bastante rapidez, debido a la mejora de los estándares de vida y que a su vez ha incrementado la esperanza de vida. (9) En 1996, Japón fue el primer país en alcanzar niveles altos de población envejecida y hoy en día, otras 19 economías, todas en Europa, han llegado a ese punto. No solamente en países desarrollados se observa un aumento significativo de adultos mayores, sino

también en países en vías de desarrollo donde para 2040 se proyecta que serán 5 países sudamericanos; Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Uruguay; al mismo nivel de economías que experimentan un envejecimiento demográfico. (10)

El crecimiento de este grupo etario está presente tanto en los países desarrollados donde ellos representan aproximadamente el 20% de la población, y en aquellos países en vías de desarrollo. Ecuador no está exento de esta realidad, datos demográficos recientes y proyecciones futuras, destacan la disminución de las tasas de fertilidad y el aumento de la esperanza de vida, demuestran claramente que Ecuador tiene una población que envejece rápidamente. En 2010, 940.905 personas en Ecuador tenían 65 años o más. Según las últimas publicaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censo, se estima que para el 2054, el número de personas mayores de 65 años incrementa al 18%. (3,11)

Estos cambios demográficos representan grandes desafíos para el sistema de salud pública de nuestro país y si a este suceso se le añade que, para el individuo que envejece estaría acumulando una gran variedad de daños en su cuerpo, lo que conlleva a una disminución considerable de las capacidades físicas y mentales, el aumento de probabilidad la probabilidad de padecer alguna enfermedad y si bien algunos adultos mayores llegan a esta etapa de con una vida saludable, es decir, la mayoría de sus funciones cognitivas se mantienen en un nivel similar a la de su juventud; no es el caso para la gran mayoría que padecen el fallo de algunas esferas cognitivas como el poder gozar de un funcionamiento motor rápido y aprender cualquier información nueva. (12)

2.2. Síndromes Geriátricos

2.2.1. Definición

La palabra síndrome es definido como “un grupo de signos y síntomas que ocurren simultáneamente y caracterizan una anormalidad” o “el agregado de signos y síntomas asociados con un proceso mórbido, y constituyen juntos el retrato de la enfermedad”. (13)

Ahora, el uso médico actual de la palabra síndrome se refiere área de geriatría y este se trata de un conjunto de alteraciones clínicas ocurridas con mayor frecuencia durante el envejecimiento, el cual tiene impacto en el sistema cardiovascular e incluyen comúnmente fragilidad, caídas, delirio, abuso de medicamentos y deterioro funcional o cognitivo, es decir, son trastornos que afectan a los adultos

mayores respecto a su fragilidad y discapacidad. Por lo general, los síndromes geriátricos pueden definirse como problemas de salud comunes únicamente en pacientes adultos mayores, en especial en los más vulnerables, no deben ser categorizados como enfermedades y sus causas son multifactoriales. (14)

De La Rosa (15) señala que:

Son de origen multifactorial, con factores precipitantes y predisponentes que interaccionan de forma compleja, responsables de malas evoluciones clínicas y funcionales ante enfermedades agudas, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones; que originan pérdida de capacidad de la reserva funcional y fisiológica del individuo, con un alto impacto en la independencia y la calidad de vida.

2.2.2. Principales síndromes geriátricos

El profesor Bernard Isaac al estudiar los problemas que genera el envejecimiento patológico creó el término “Gigantes de la Geriatria” en 1976, resaltando a los síndromes geriátricos que causan principalmente incapacidad en este grupo etario: caídas por inestabilidad, incontinencia urinaria o fecal, inmovilidad y deterioro cognitivo. (16)

La Universidad de los Angeles-California organizó una conferencia sobre los nuevos problemas en los cuidados geriátricos en 1988 donde el profesor de Medicina Geriátrica David Solomon introdujo nuevas definiciones para los síndromes geriátricos con una ingeniosa regla nemotécnica de las “ies”; inanition (malnutrición y anorexia), incontinence (incontinencia urinaria y fecal), impaction (impactación fecal o estreñimiento), immunodeficiency (inmunodeficiencia), infection (infecciones), iatrogenesis (iatrogenia), immobility (inmovilidad), instability (inestabilidad, caídas), intellectual impairment (deterioro cognitivo, demencia, delirios), insomnia (insomnio), impairment of hearing and vision (deterioro de la audición y visión), impairment of communication (problemas al momento de querer comunicarse), integrity skin (problemas de la piel, úlceras por presión), impotence (impotencia, disfunción sexual), isolation (aislamiento/ansiedad/depresión). (17)

En la actualidad, Kane y Marley sugieren añadir nuevos síndromes geriátricos tales como la pobreza, fragilidad y sarcopenia, aunque muchos autores consideran que los principales síndromes geriátricos son la inestabilidad, incontinencia urinaria y fecal, inmovilidad y el deterioro cognitivo. (18)

La inestabilidad en muchas ocasiones son causas de las caídas en la tercera edad y las caídas son la principal causa de mortalidad por lesiones dentro de este grupo etario a nivel mundial, solo siendo superado por accidentes de tráfico, aumentando la tasa de discapacidad e incluso la tasa de mortalidad, aproximadamente 27.000 de adultos mayores han fallecido por caídas al año. (19) Cuando las personas adultas mayores son víctimas de caídas, estas llegan a sufrir daños físicos graves, incluyendo fracturas, especialmente si han tenido una cirugía de cadera previa u osteoporosis, incluso experimentan pérdida de independencia y se ven obligados a ingresar en asilos. (20)

La incontinencia fecal se define por la pérdida involuntaria de heces sólidas o líquidas y esta se clasifica por tipos de urgencia, pasiva o combinada, etiología: alteración anorrectal, síntomas intestinales o ambos, y gravedad derivada de la frecuencia, volumen, consistencia y naturaleza de la pérdida de heces. (21) Por otro lado, la incontinencia urinaria es un trastorno que se caracteriza por la pérdida del control de orina teniendo un profundo impacto, no solo problemas físicos sino también psicológicos, sociales, económicos y en la calidad de vida de las personas afectadas, este problema es más común en mujeres durante la vejez. (22)

Los tres tipos más conocidos de incontinencia urinaria en adultos mayores son la incontinencia de esfuerzo, la incontinencia urinaria de urgencia, y la incontinencia mixta. (22) Las personas de la tercera edad que viven con incontinencia de esfuerzo se quejan frecuentemente por la pérdida involuntaria de la orina al toser, estornudar o realizar algún esfuerzo físico porque estos movimientos aumentan la presión intraabdominal, mientras que los adultos mayores con incontinencia de urgencia sienten una necesidad repentina de orinar. (23)

Entonces, la incontinencia urinaria y fecal son problemas comunes en la población de edad avanzada, especialmente para aquellos que son frágiles o presentan pocos síntomas previos a la fragilidad debido a la disminución de la fuerza muscular, la movilidad reducida y otros factores asociados con el envejecimiento. Aunque la incontinencia urinaria y fecal constituye un síndrome geriátrico clásico, la investigación científica sobre la identificación de factores relacionados con la incontinencia urinaria y fecal en adultos mayores con fragilidad es escasa. (23)

La movilidad representa un papel fundamental en la calidad de vida de los adultos mayores, en cambio, la inmovilidad como síndrome geriátrico es un elemento que afecta la salud de las personas mayores, disminuyendo la fuerza muscular, la

independencia y el rendimiento funcional, creando así síntomas psicológicos y conductuales tales como depresión, ansiedad y agresividad. (24) Los factores psicológicos; miedo a caerse y lesionarse, desmotivación, depresión; factores físicos; dolor crónico o trastornos neurológicos, cardiovasculares y musculoesqueléticos; y factores ambientales; acceso casi nulo a la atención médica de calidad y poca ayuda para su movilización debido a la falta de pasamanos y barras de apoyo; son aquellos que contribuyen a la inmovilidad en este grupo etario. (25)

2.3. Deterioro cognitivo

2.3.1. Definición

El deterioro cognitivo es señalado como un síndrome clínico, en el que se “observa la alteración parcial o total en uno o más dominios superiores de la cognición (memoria, atención, función ejecutiva, capacidad visoespacial y lenguaje) con respecto a lo esperado en una persona del mismo grupo etario y nivel educativo”. (26) Este padecimiento es un rasgo coincidente causado por una combinación de cuatro enfermedades prevalentes: enfermedad de Alzheimer, lesión cerebral vascular, enfermedades con cuerpos de Lewy (enfermedad de Parkinson y demencia con cuerpos de Lewy), y encefalopatía asociada a la proteína TDP-43 relacionada con la edad y predominio límbico. (27)

2.3.2. Etapas del deterioro cognitivo

Cada paciente que realice los diferentes test psicométricos obtiene resultados que determinan el grado de déficit en sus funciones cognitivas y en la vida diaria, estableciendo los siguientes grados de deterioro cognitivo: sin deterioro cognitivo, deterioro cognitivo subjetivo, deterioro cognitivo leve y demencia.

2.3.2.1. Sin deterioro cognitivo

La persona durante un periodo aproximado de 30 años no percibe algún signo de deterioro cognitivo ni en las habilidades complejas diarias que surgen de sus capacidades cognitivas. La presente etapa abarca a las personas con envejecimiento normal como a aquellas con algún trastorno cognitivo no considerado lo suficientemente grave como para producir cambios en cada una de estas capacidades. (28)

2.3.2.2. Deterioro cognitivo subjetivo

Consiste en un deterioro percibido o subjetivo de las capacidades cognitivas o funcionales, el mismo no significa una limitación en las personas para realizar sus actividades cotidianas ni las tareas complejas que requieren de sus habilidades. La persona con este deterioro es consciente que ha disminuido el rendimiento en alguna capacidad, pero todavía puede compensarlo para seguir ejecutándola. Esta etapa puede ser observada constantemente durante la etapa de la vejez, así como en aquellos que están progresivamente más afectados por un trastorno cognitivo, particularmente, en la enfermedad de Alzheimer dura aproximadamente 15 años. (28)

2.3.2.3. Deterioro cognitivo leve

El deterioro cognitivo Leve (DCL), también llamado trastorno neurocognitivo leve, está marcado por “un declive en las funciones cerebrales superiores, tales como atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social, el cual se basa en las quejas percibidas del propio individuo o su familia”. (4) Las personas durante esta fase son capaces de conducir, comprar, cocinar, pagar facturas, gestionar sus finanzas, realizar tareas domésticas y otras actividades que aprenden en el camino, bajo la condición de no excederse con la cantidad de nueva información que adquiere. La etapa del deterioro cognitivo leve no es una pieza del envejecimiento normal, más bien se da gracias a uno o más trastornos cognitivos, particularmente, en la enfermedad de Alzheimer dura aproximadamente 7 años. (28)

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes mayores de 65 años ingresados en el Hospital General Monte Sinaí, con deterioro cognitivo, en el periodo 2024-2025.

3.1.1. Diseño de la investigación

El presente estudio de investigación es de tipo retrospectivo, cuantitativo, no experimental, de corte transversal. Se analizaron las características clínicas de

pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo y se obtuvieron las historias clínicas de los pacientes mediante el Software SIGHOS del Hospital General Monte Sinaí. El estudio se realizó en los pacientes adultos mayores (n=60) ingresados en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo entre 2024 hasta 2025 diagnosticados con deterioro cognitivo. Se evaluaron las variables demográficas y clínicas.

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1. Universo

Las pacientes de 65 años o más de edad que fueron ingresadas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo del 2024 al 2025, cuyo diagnóstico fue deterioro cognitivo, conforman el universo de 60 personas.

3.2.2. Muestra

La muestra está constituida por 60 pacientes por la cual fueron ingresadas con diagnóstico de deterioro cognitivo en el Hospital General Monte Sinaí. La muestra será tomada aleatoriamente según los siguientes parámetros: $p=0,5$, nivel de confianza del 99% y margen de error esperado= 5%.

3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes de 65 años o más
- Pacientes con diagnóstico clínico de deterioro cognitivo confirmado por el especialista atendidos en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2024–2025.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas que no estén relacionadas con deterioro cognitivo.
- Pacientes con expedientes clínicos incompletos o con datos insuficientes.

3.4. VARIABLES

3.4.1. Operacionalización de las variables

Variable	Definición de la variable	Dimensiones	Indicadores
Factores demográficos			
Edad	Edad vivida en años	Cuantitativa Discreta	65-74 75-84 >=85
Sexo	Sexo del paciente según lo reportado en sus cédulas de identidad	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de residencia registrado en la historia clínica.	Cualitativa Nominal Politómica	Costa Sierra Oriente Región insular
Nivel educativo	Nivel educativo reportado por el paciente o familiar.	Cualitativa Ordinal	Sin Escolaridad Primaria Secundaria Superior
Síndromes geriátricos			
Caídas	Presencia de caídas de los pacientes adultos mayores	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No
Delirios	Episodios de delirios de los pacientes adultos mayores	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No
Incontinencia urinaria	Presencia de incontinencia de los pacientes adultos mayores	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No

Malnutrición	Estado nutricional de los pacientes adultos mayores	Cuantitativa continua	IMC < 18.5 kg/m ²
Depresión	Síntomas depresivos de los pacientes adultos mayores	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No
Polifarmacia	Uso de 5 o más fármacos de forma continua (más de 6 meses).	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No
Deterioro cognitivo			
Tipo de deterioro cognitivo	Evaluación del deterioro cognitivo al medir orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y funciones visuoespaciales (resultados del Test Mini-Mental)	Cualitativa Ordinal	Leve Moderado Grave
Factores de riesgo y comorbilidades			
Tabaquismo	Consumo actual o previo de tabaco	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No
Hipertensión arterial	Diagnóstico médico de HTA	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No
Obesidad	Exceso de peso según IMC mayor o igual a 30	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No

3.5. RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Se recolectaron los datos de las historias clínicas de los pacientes a través del permiso otorgado por la Subdirección de Docencia e Investigación del Hospital General Monte Sinaí, facilitando la base de datos mediante la cual se extrajo la información pertinente para este estudio. Los datos obtenidos se ingresaron en una

hoja de cálculo de Microsoft Excel, posteriormente se organizaron los datos de cada variable codificándolas con números (0=Ausente, 1=Presente) para el análisis respectivo.

3.6. ANALISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Una vez recopilada toda la información, los datos fueron analizados mediante el programa IBM SPSS Statistics y la planilla de cálculo de Microsoft Excel de Office Profesional para XP y así desarrollar los objetivos enfocados a la caracterización de los síndromes geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo. Para las variables cuantitativas se utilizaron tablas simples de frecuencia y porcentaje. Para las variables cualitativas se utilizaron tablas simples de frecuencia y porcentaje, además del análisis de tablas cruzadas mediante la prueba Chi Cuadrado. Para el análisis se empleó un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los resultados de esta investigación fueron expresados como porcentajes, considerando un nivel de confianza del 95%.

3.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación, orientada a la caracterización de los síndromes geriátricos en adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2024–2025, se llevó a cabo en estricto cumplimiento de los principios éticos. La información utilizada fue obtenida de una base de datos institucional, por lo que no fue necesario solicitar consentimiento informado, ya que los datos estaban destinados exclusivamente a fines investigativos.

En todo momento se garantizó la confidencialidad y privacidad de los pacientes mediante el uso de información anonimizada, evitando cualquier posibilidad de identificación. Asimismo, el estudio se desarrolló con honestidad, integridad y objetividad, con el propósito de generar evidencia útil que contribuya a mejorar la calidad de los cuidados médicos.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Características Sociodemográficas

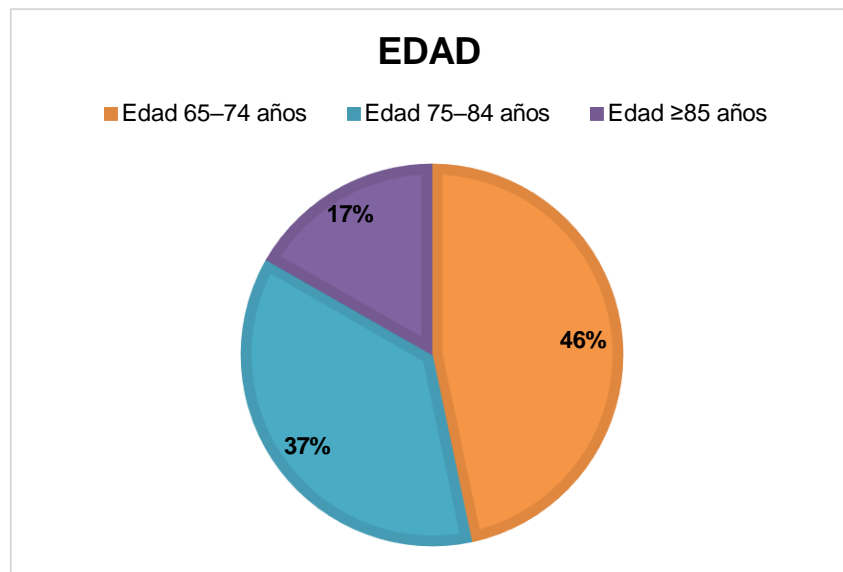
En la presente investigación sobre pacientes diagnosticados con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2024–2025 60 han cumplido con los criterios de inclusión del estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes del estudio.

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad	65–74 años	28	47%
	75–84 años	22	37%
	≥85 años	10	17%
Sexo	Masculino	24	40%
	Femenino	36	60%
Procedencia	Costa	45	75%
	Sierra	15	25%
	Oriente	0	0%
Nivel educativo	Sin escolaridad	12	20%
	Primaria	30	50%
	Secundaria	12	20%
	Superior	6	10%

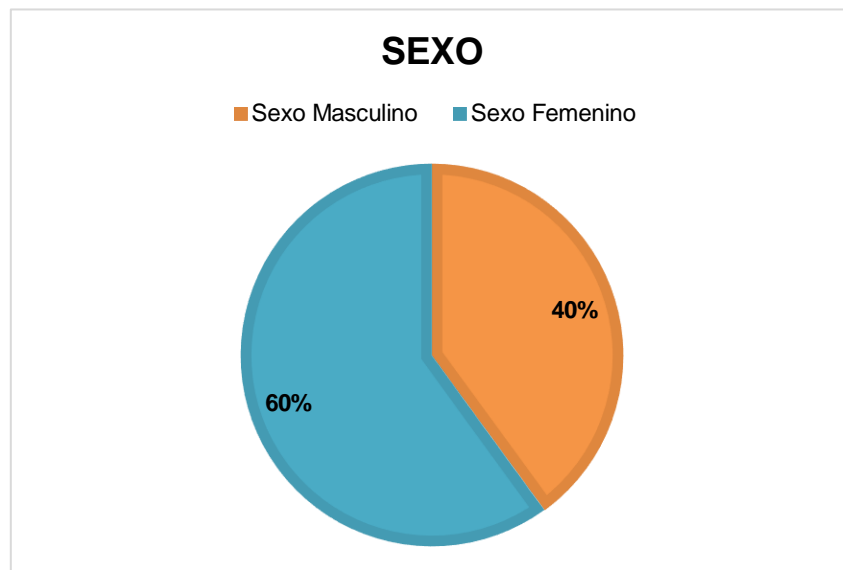
Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

Figura 1. Prevalencia de edad entre los pacientes.



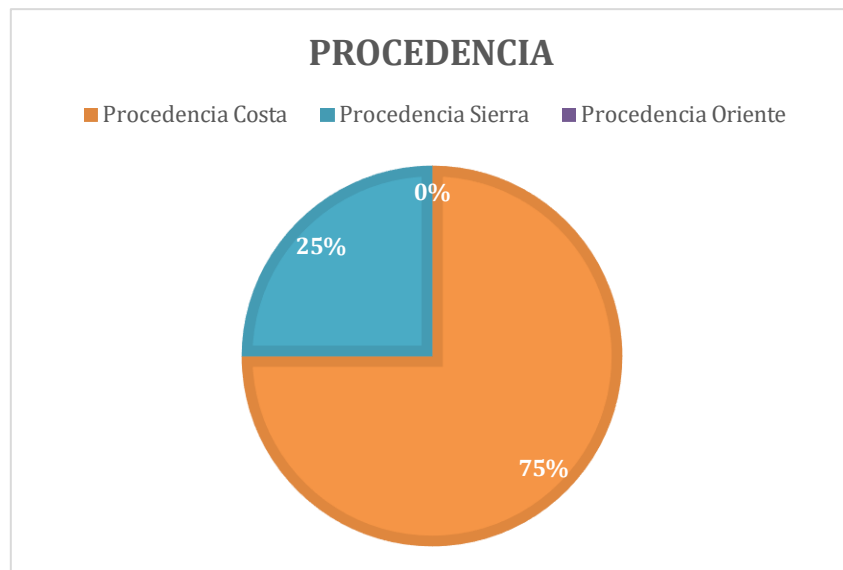
Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

Figura 2. Prevalencia de sexo entre los pacientes.



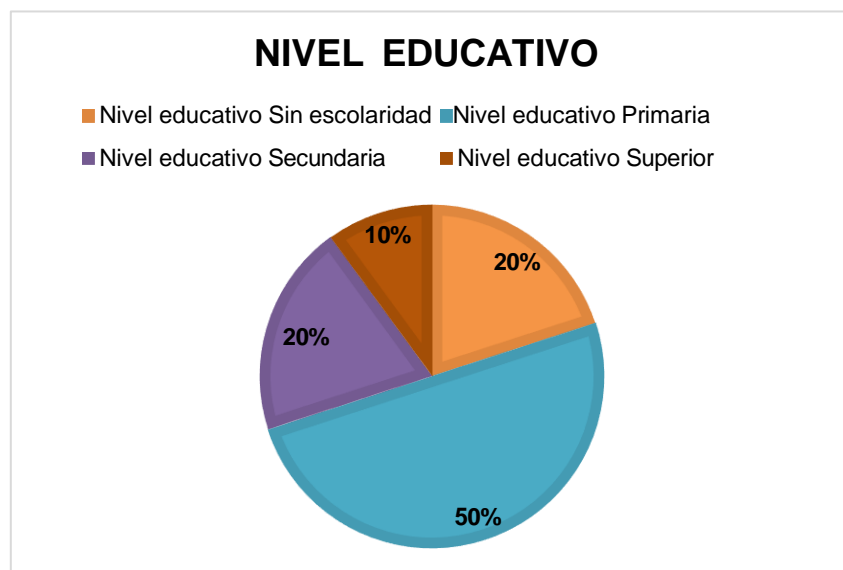
Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

Figura 3. Prevalencia de procedencia entre los pacientes.



Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

Figura 4. Prevalencia de nivel educativo entre los pacientes.



Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

La tabla 1 describe las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores estudiados. Las edades más frecuentes comprenden los rangos entre 65-74 años (47%) y 75-84 años (37%), la mayoría de los adultos mayores que son diagnosticados con deterioro cognitivo pertenecen al sexo femenino (60%) con respecto a los hombres (40%). En cuanto al lugar de procedencia, la mayoría de

los pacientes provenía de la región Costa (75%). En cuanto al nivel educativo, el 50% de los adultos mayores poseen como mínimo un nivel educativo primaria.

Estos resultados permiten delinear un perfil sociodemográfico bastante claro del adulto mayor con deterioro cognitivo en este contexto. Los primeros signos de deterioro cognitivo suelen aparecer mayormente en las etapas iniciales del envejecimiento y un menor nivel educativo puede estar relacionado con una menor reserva cognitiva.

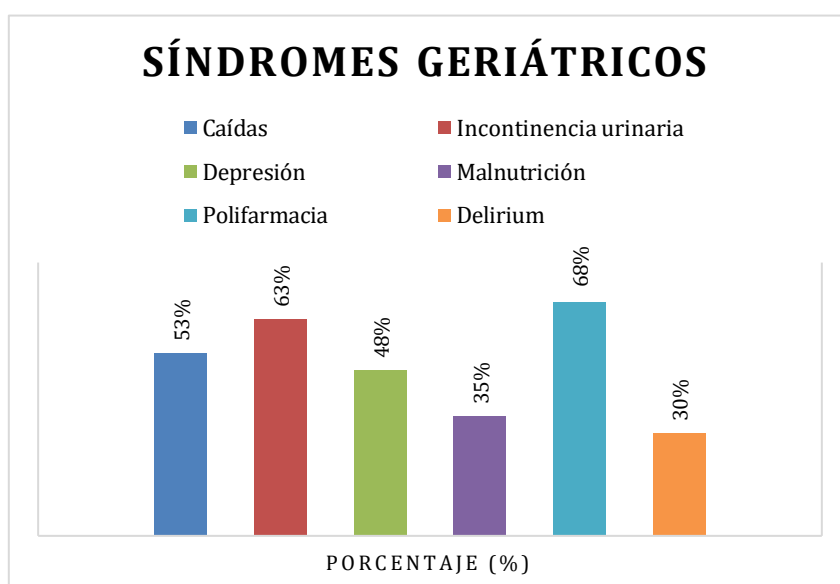
4.1.2. Principales síndromes geriátricos

Tabla 2. Frecuencia de síndromes geriátricos.

Síndrome geriátrico	Presente (n)	Ausente (n)	Porcentaje (%)
Caídas	32	28	53%
Incontinencia urinaria	38	22	63%
Depresión	29	31	48%
Malnutrición	21	39	35%
Polifarmacia	41	19	68%
Delirio	18	42	30%

Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

Figura 5. Síndromes geriátricos en los pacientes.



Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

En el estudio se han encontrado varios síndromes geriátricos que no solo representan simples diagnósticos, sino que se convierten en situaciones muy complicadas que afectan directamente la calidad de vida de los adultos mayores.

Como se puede observar en la tabla 2, entre los síndromes geriátricos, la polifarmacia ocupa el 68%; donde el uso de varios medicamentos, aun cuando sea necesario, aumenta el riesgo; en segundo lugar, la incontinencia urinaria con un 63%, seguido de las caídas con un 53%, depresión con el 48%, malnutrición con un 35% y un 30% para delirios.

El síndrome geriátrico que presentan algunos adultos mayores diagnosticados con deterioro cognitivo son las caídas (53%) que están relacionadas con la inestabilidad al caminar, la debilidad muscular y ciertos problemas neurológicos, estas no solo representan un evento puntual, sino que pueden marcar el inicio de una mayor dependencia y temor a movilizarse.

En cuanto a los síndromes menos frecuentes en el estudio, se observa a la malnutrición en un (35%); donde se hace presente la dificultad para realizar actividades diarias, la pérdida del apetito o incluso el aislamiento social, factores; y el delirio (30%); generados por infecciones, efectos de medicamentos o alteraciones metabólicas, y representa una complicación aguda que requiere atención.

4.1.3. Relación entre el deterioro cognitivo y los síndromes geriátricos

Para entender mejor como evoluciona la vida del adulto mayor en el tiempo se requiere analizar la relación entre el grado de deterioro cognitivo y la presencia de síndromes geriátricos.

Tabla 3. Clasificación del deterioro cognitivo.

Tipo de deterioro cognitivo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Leve	20	33%
Moderado	25	42%
Grave	15	25%

Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

Se evidencia en la tabla 3 que el deterioro cognitivo moderado es el más representativo (42%), seguido del nivel leve (33%) y en menor proporción el grave (25%). Los resultados obtenidos muestran que los pacientes se encuentran en una fase intermedia de la enfermedad. Aunque existen limitaciones en este punto, la posibilidad de implementar estrategias es viable, estas ayudan a frenar el avance del deterioro y a preservar la funcionalidad del adulto mayor a largo plazo.

Tabla 4. Relación entre deterioro cognitivo y caídas.

Deterioro cognitivo	Caídas (n)	No caídas (n)	Total	Chi2 (Valorp)
Leve	6	14	20	0,0000
Moderado	14	11	25	
Grave	12	3	15	
Total	32	28	60	

Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

Tabla 5. Relación entre deterioro cognitivo e incontinencia urinaria.

Deterioro cognitivo	Presente (n)	Ausente (n)	Total	Chi2 (Valorp)
Leve	8	12	20	0,000
Moderado	18	7	25	
Grave	12	3	15	
Total	38	22	60	

Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

Tabla 6. Relación entre deterioro cognitivo y depresión.

Deterioro cognitivo	Depresión (n)	No depresión (n)	Total	Chi2 (Valorp)
Leve	6	14	20	0,0002
Moderado	12	13	25	
Grave	11	4	15	

Total	29	31	60
--------------	-----------	-----------	-----------

Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

Tabla 7. Relación entre deterioro cognitivo y malnutrición.

Deterioro cognitivo	Malnutrición (n)	No malnutrición (n)	Total	Chi2 (Valorp)
Leve	3	17	20	0.000
Moderado	8	17	25	
Grave	10	5	15	
Total	21	39	60	

Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

Tabla 8. Relación entre deterioro cognitivo y polifarmacia.

Deterioro cognitivo	Polifarmacia (n)	No polifarmacia (n)	Total	Chi2 (Valorp)
Leve	10	10	20	0,000
Moderado	18	7	25	
Grave	13	2	15	
Total	41	19	60	

Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

Tabla 9. Relación entre deterioro cognitivo y delirios.

Deterioro cognitivo	Delirios (n)	No delirium (n)	Total	Chi2 (Valorp)
Leve	2	18	20	0,000
Moderado	7	18	25	
Grave	9	6	15	
Total	18	42	60	

Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

En el caso de las caídas (tabla 4), estas se vuelven más frecuentes en las etapas avanzadas, lo que puede explicarse por las alteraciones en el equilibrio, la marcha y la capacidad para interpretar adecuadamente el entorno. Esto aumenta el riesgo de accidentes y de complicaciones físicas importantes.

La incontinencia urinaria en la tabla 5 muestra que también se presenta frecuentemente en los estadios moderados y graves, evidenciando una pérdida progresiva del control neurológico y funcional, lo que repercute directamente en la autonomía y dignidad del paciente.

En cuanto a la depresión (tabla 6), esta puede manifestarse desde fases iniciales y persistir a lo largo de toda la evolución de la enfermedad. Su presencia afecta significativamente la calidad de vida, influyendo tanto en el estado emocional como en la adherencia al tratamiento.

La malnutrición en la tabla 7 se asocia principalmente con el deterioro severo, ya que en estas etapas el paciente suele presentar mayor dependencia, disminución del apetito y dificultades para alimentarse por sí mismo, lo que impacta negativamente en su estado general.

Por su parte, la polifarmacia en la tabla 8 está presente en todos los niveles de deterioro, aunque se hace más evidente en las fases avanzadas. Esto se debe, en gran medida, a la coexistencia de múltiples enfermedades crónicas que requieren tratamiento, lo que incrementa el riesgo de interacciones medicamentosas y efectos adversos.

Finalmente, el delirio (tabla 9) es más frecuente en etapas avanzadas del deterioro cognitivo, constituyendo una complicación aguda que empeora el pronóstico y requiere una atención inmediata. Su aparición refleja la fragilidad del paciente y la necesidad de un manejo clínico integral.

Ahora, se prosigue con el análisis de la relación entre el grado de deterioro cognitivo y la presencia de síndromes geriátricos, para aquello se aplicó la prueba de Chi-cuadrado a las tablas de contingencia correspondientes.

Los resultados de las tablas 5, 6, 7, 8 y 9 evidenciaron que todos los síndromes geriátricos analizados presentaron una asociación estadísticamente altamente significativa con el deterioro cognitivo ($p \leq 0.05$).

Al analizar los resultados, se pudo identificar un patrón claro y constante en todas las variables estudiadas. A medida que el deterioro cognitivo avanza desde etapas leves hasta formas más graves se incrementa progresivamente la presencia de diversas condiciones que afectan la salud del adulto mayor.

Este comportamiento permite comprender que el deterioro cognitivo está relacionado directamente proporcional con todos los síndromes geriátricos evaluados en este estudio. Es decir, no solo se ven comprometidas las funciones mentales, sino también el estado físico, la capacidad funcional y el bienestar emocional. En este sentido, la relación observada afirma que, a mayor grado de deterioro cognitivo, mayor es la vulnerabilidad del adulto mayor frente a múltiples síndromes geriátricos, lo que resalta la importancia de un abordaje integral y oportuno en este grupo poblacional.

4.1.4. Factores de Riesgo y Enfermedades relacionadas a los pacientes del estudio

Tabla 10. Factores de Riesgo y Enfermedades asociados al Deterioro Cognitivo

Deterioro cognitivo	Tabaquismo (n)	HTA (n)	Obesidad (n)	Depresión (n)	Polifarmacia (n)
Leve (n=20)	4	10	6	6	10
Moderado (n=25)	7	17	9	12	18
Grave (n=15)	7	12	7	11	13
Total (n=60)	18	39	22	29	41

Fuente: Base de datos IESS Monte Sinaí. Cartagena-Llerena. 2026

Al analizar la relación entre el grado de deterioro cognitivo y la presencia de factores de riesgo y comorbilidades, se puede observar un patrón progresivo en la mayoría de las variables estudiadas.

Para empezar, la polifarmacia fue altamente prevalente en todos los grupos (41 pacientes), especialmente en los pacientes con deterioro moderado (18 casos) y grave (13 casos), lo cual refleja la coexistencia de múltiples enfermedades crónicas y el riesgo de interacciones medicamentosas. La Polifarmacia a pesar de ser un síndrome geriátrico se comporta como un factor de riesgo importante, que mayor puntuación tiene en la tabla (tabla 10)

En segundo lugar, la hipertensión arterial representa la comorbilidad más frecuente en todos los niveles de deterioro cognitivo (39 pacientes), con una mayor presencia en los estadios moderado (17 casos) y grave (12 casos). Este hallazgo sugiere una posible relación entre el compromiso vascular y el deterioro de las funciones cognitivas.

En tercer lugar, la depresión se muestra con mayor frecuencia en los estadios avanzados del deterioro cognitivo (29 pacientes), alcanzando 11 casos en el grupo grave, lo que evidencia su impacto significativo en la evolución clínica y calidad de vida del paciente.

En cuanto a la obesidad también mostró una tendencia a incrementarse en los niveles más avanzados del deterioro cognitivo (22 pacientes), posiblemente debido a su relación con enfermedades metabólicas y cardiovasculares que afectan la función cerebral

De igual manera, los resultados del tabaquismo determinaron una gran frecuencia en los pacientes (18) con deterioro moderado y grave, lo que refuerza su papel como factor de riesgo modificable asociado a daño vascular y neuronal.

Estos síndromes evidencian que las complicaciones en el cuidado geriátrico no suelen tener una sola causa, sino que son el resultado de varios factores que se relacionan entre sí, y que poco a poco van deteriorando el estado general de salud. Por lo cual, se debe manejar al paciente de manera integral, considerando tanto los aspectos físicos como emocionales y sociales.

4.2. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. Al tratarse de un diseño retrospectivo y transversal, no es posible

establecer relaciones de causa-efecto, sino únicamente asociaciones entre las variables.

Además, el tamaño de la muestra fue limitado (60 pacientes), lo que puede dificultar la generalización de los resultados a otras poblaciones. También, al basarse en historias clínicas, existe la posibilidad de que algunos datos estén incompletos o no hayan sido registrados con precisión.

Por otro lado, no se incluyeron factores como el nivel socioeconómico o el apoyo familiar, que podrían tener un impacto sobre el estado de salud de los pacientes. Finalmente, al realizarse en un solo hospital, los resultados pueden no representar otras realidades.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta información valiosa en un área poco investigada en el contexto ecuatoriano. Se basa en datos reales de pacientes, lo que le da un enfoque práctico y cercano a la realidad clínica.

También, analiza varios síndromes geriátricos de manera conjunta, permitiendo una visión integral del adulto mayor. El uso de herramientas estadísticas como el Chi-cuadrado también fortalece los resultados al demostrar asociaciones significativas.

Es así que estos resultados pueden servir como base para mejorar la atención y el manejo de los pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo.

4.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el presente estudio evidencian que el deterioro cognitivo en los adultos mayores se encuentra estrechamente relacionado con la presencia de síndromes geriátricos, así como con diversos factores de riesgo y comorbilidades.

En relación con las características sociodemográficas, se observó que el deterioro cognitivo fue más frecuente en pacientes entre 65 y 84 años, con predominio del sexo femenino y bajo nivel educativo. Este hallazgo coincide con estudios internacionales, como el de Alhalaseh et al. (2024), quienes reportan una mayor prevalencia de síndromes geriátricos y deterioro cognitivo en mujeres y en personas

con menor nivel educativo, lo cual se asocia a una menor reserva cognitiva y mayor vulnerabilidad social (29).

Asimismo, investigaciones en Latinoamérica, como la de Moreno et al. (2023), han descrito que factores como la edad avanzada y el bajo nivel educativo influyen significativamente en la aparición del deterioro cognitivo. Estos resultados son similares a los encontrados en este estudio, lo que sugiere que estas características sociodemográficas siguen siendo determinantes importantes en diferentes contextos geográficos (30).

En cuanto a los principales síndromes geriátricos, se identificó que la polifarmacia, la incontinencia urinaria y las caídas fueron los más frecuentes. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Lin et al. (2025) y Avelino-Silva et al. (2026), quienes destacan que estos síndromes son altamente prevalentes en adultos mayores con deterioro cognitivo, debido a la coexistencia de múltiples enfermedades crónicas y la disminución de la funcionalidad (31,14). De manera similar, Yilmaz et al. (2025) evidencian que condiciones como la fragilidad, las caídas y la malnutrición tienden a coexistir con el deterioro cognitivo, reforzando su carácter multifactorial. En este estudio, aunque la malnutrición y el delirio presentaron menor frecuencia, su presencia sigue siendo clínicamente relevante, lo cual coincide con la literatura internacional (32).

En el contexto latinoamericano, estudios como el de Parada-Muñoz et al. (2022) también han señalado una alta carga de síndromes geriátricos en pacientes con deterioro cognitivo, especialmente depresión y polifarmacia, lo cual es comparable con nuestros hallazgos (33).

Por otro lado, uno de los resultados más importantes de este estudio fue la relación estadísticamente significativa entre el grado de deterioro cognitivo y todos los síndromes geriátricos evaluados. Se evidenció que cuando el deterioro cognitivo progresa, aumenta la frecuencia de condiciones como caídas, incontinencia urinaria, depresión, malnutrición, polifarmacia y delirio. Estos resultados coinciden con lo descrito por Avelino-Silva et al. (2026), quienes señalan que la acumulación de síndromes geriátricos incrementa conforme avanza el deterioro cognitivo,

afectando de manera directa la funcionalidad y aumentando el riesgo de mortalidad (14).

Asimismo, Elmotia et al. (2025) destacan que los pacientes con deterioro cognitivo presentan mayor riesgo de múltiples síndromes geriátricos simultáneamente, lo que genera un efecto acumulativo sobre la salud del adulto mayor. Este patrón también fue observado en nuestro estudio, donde la progresión del deterioro cognitivo se relacionó con un aumento progresivo de las complicaciones (34).

En relación con los factores de riesgo y enfermedades asociadas, se identificó que la polifarmacia (como factor de riesgo), la hipertensión arterial, la depresión, la obesidad y el tabaquismo fueron altamente prevalentes, con un incremento progresivo en los estadios más avanzados del deterioro cognitivo.

Estos resultados concuerdan con estudios internacionales como el de Lin et al. (2025), que señala que las enfermedades crónicas, especialmente la hipertensión arterial, están estrechamente relacionadas con el deterioro cognitivo debido a su impacto en la microcirculación cerebral y el daño vascular (31).

De igual manera, Yılmaz et al. (2025) destacan que factores como la obesidad, el tabaquismo y la depresión contribuyen al deterioro cognitivo a través de mecanismos inflamatorios, estrés oxidativo y alteraciones metabólicas, lo que coincide con lo observado en este estudio (32).

En el contexto latinoamericano, Moreno et al. (2023) también reportan que la hipertensión, el tabaquismo y la depresión son factores clave en la aparición y progresión del deterioro cognitivo, lo cual refuerza la consistencia de nuestros resultados (30).

4.4. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten comprender que el deterioro cognitivo en los adultos mayores no es un proceso separado de su realidad, sino una condición compleja que se relaciona estrechamente con la presencia de síndromes geriátricos y diversos factores de riesgo clínicos. En conjunto, estos resultados evidencian que

se trata de un problema multifactorial que impacta de manera integral la salud física, funcional y emocional del paciente.

Se observó que el deterioro cognitivo fue más frecuente en pacientes con edades comprendidas entre los 65 y 84 años, con un predominio en el sexo femenino y en personas con bajo nivel educativo. Estos resultados sugieren que dichas características podrían influir tanto en la aparición como en la progresión del deterioro cognitivo, posiblemente debido a factores biológicos, sociales y de acceso a recursos de salud.

En relación con los síndromes geriátricos, se identificó que los más frecuentes fueron la polifarmacia, la incontinencia urinaria y las caídas. Esto refleja una elevada carga de condiciones que afectan directamente la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida del adulto mayor, evidenciando la necesidad de un abordaje integral en su manejo.

El análisis mostró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de deterioro cognitivo y todos los síndromes geriátricos evaluados ($p \leq 0.05$). Esto indica que, a medida que el deterioro cognitivo progresa, aumenta también la presencia de estas condiciones, lo que refuerza la idea de un deterioro global del paciente.

Finalmente, se concluye que factores de riesgo como la hipertensión arterial, el tabaquismo y la obesidad, junto con comorbilidades como la depresión y la polifarmacia, están estrechamente relacionados con el deterioro cognitivo.

4.5. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos, se recomienda fortalecer una atención integral del adulto mayor con deterioro cognitivo, considerando no solo su estado clínico, sino también sus necesidades emocionales y sociales. En el ámbito asistencial, es fundamental efectuar evaluaciones geriátricas completas de forma rutinaria, promover la detección temprana del deterioro cognitivo y optimizar el manejo de la polifarmacia para mejorar la seguridad del paciente. Asimismo, se sugiere fomentar el trabajo multidisciplinario, juntando distintas áreas de la salud para brindar un cuidado más completo.

Desde la prevención, es importante involucrar activamente a familiares y cuidadores mediante programas educativos, así como promover estilos de vida saludables que contribuyan a mantener la funcionalidad del adulto mayor. También se recomienda implementar medidas para prevenir caídas y garantizar un seguimiento continuo de los pacientes con factores de riesgo.

A nivel institucional, se propone fortalecer los protocolos de atención geriátrica, capacitar de manera continua a los integrantes pertenecientes a todos niveles de atención y en especial en la atención primaria de salud, para así promover modelos de atención centrados en el paciente, que prioricen un trato más humano y personalizado. En conjunto, estas acciones permitirán mejorar la calidad de vida de los pacientes y optimizar la atención en el sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Newmyer L, Verdery AM, Wang H, Margolis R. Population aging, demographic metabolism, and the rising tide of late middle age to older adult loneliness around the world. *Populat Develop Rev.* 2022; 48:829–62.
2. Casa Simbaña, K. A. Análisis descriptivo de estudios realizados sobre el deterioro cognitivo y su influencia en el estilo de vida del adulto mayor en latinoamérica en los últimos 10 años (Bachelor's thesis). 2022.
3. Censo Ecuador. Desafíos y oportunidades para el Ecuador ante el envejecimiento poblacional: INEC destaca datos claves en el Día Mundial de la Población. 2014. Disponible en: <https://www.censoecuador.gob.ec/desafios-y-oportunidades-para-el-ecuador-ante-el-envejecimiento-poblacional-inec-destaca-datos-claves-en-el-dia-mundial-de-la-poblacion/>.
4. Parada-Muñoz K, Guapizaca-Juca J, Bueno-Pacheco G. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Rev Cient UISRAEL.* 2022;9(2):77–93. doi:10.35290/rcui.v9n2.2022.525.
5. Moreno-Noguez M, Castillo-Cruz J, García-Cortés LR, Gómez-Hernández HR. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores: estudio transversal [Risk factors associated with cognitive impairment in aged: cross-sectional study]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2023;61(Suppl 3):S395–S406. doi:10.5281/zenodo.8319815.
6. Tasioudi, L.; Aravantinou-Karlatou, A.; Karavasileiadou, S.; Almegewly, W.H.; Androulakis, E.; Kleisiaris, C. The Impact of Frailty and Geriatric Syndromes on the Quality of Life of Older Adults Receiving Home-Based Healthcare: A Cross-Sectional Survey. *Healthcare.* 2022;1(1): 82. doi: [10.3390/healthcare11010082](https://doi.org/10.3390/healthcare11010082).

7. Noa, F. Apoyo familiar y deterioro cognitivo de los adultos mayores en una casa de reposo en Lima-2023. 2023.
8. Valdés-Pino Ana Margarita, Cecilia-Paredes Eduardo Enrique, Santaya-López Rolando, Soto-Álvarez Eliatne Milagros, Cabrera-Mejico Damaris, Echevarría-Cruz Ángel. Factores asociados al deterioro cognitivo en ancianos en un consultorio médico. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2024 Feb; 28(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942024000100007&lng=es.
9. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
10. Romero S. Envejecimiento poblacional en América latina: Una visión contrastada desde la revisión documental. *Revista Gerontología Latinoamericana*. 2024;2(2): 05-14.
11. Parra-Polanía J, Juan D, Riveros L. *Fuerza de trabajo y envejecimiento poblacional*. Colombia: Banco de la Republica Colombia; 2025.
12. Robledo, LMG, Cano-Gutiérrez, C, Garcia, EV. Healthcare for older people in central and South America. *Age Ageing*. 2022;51(5):afac017. doi:10.1093/ageing/afac017.
13. Lemaire P. Aging, emotion, and cognition: The role of strategies. *Journal of Experimental Psychology: General*. 2024;153(2):435–453. doi:10.1037/xge0001506.
14. Avelino-Silva TJ, Roma MFB, Dutra AF, et al. Geriatric Syndromes and Mortality Among Hospitalized Older Adults. *JAMA Netw Open*. 2026;9(1):e2555740. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.55740.

15. Gómez Ayala AE. Grandes síndromes geriátricos: descripción. *Farm Prof.* 2005;19(6):70-4.
16. La Rosa A. Frecuencia de síndromes geriátricos en los adultos mayores atendidos en la consulta de geriatría y hospitalizados en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto. 2025. Disponible en: <http://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/9277/Tesis.E.FM.2025.Frecuencia.De%20la%20Rosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. La Rosa D, Damián A. Frecuencia de síndromes geriátricos en los adultos mayores atendidos en la consulta de geriatría y hospitalizados en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto. 2025.
18. Ropero Sánchez A. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. 2025. p. 279-283.
19. Armas Borges D, Abreus Mora JL, González Curbelo VB, Sarría Quesada JR. Prevención de las caídas en adultos mayores institucionalizados. *RCCD* [Internet]. 19 de junio de 2023 [citado 15 de abril de 2026];8(2):49-58. Disponible en: <https://rccd.ucf.edu.cu/index.php/aes/article/view/458> .
20. Giovannini S, Brau F, Galluzzo V, Santagada D, Loreti C, Biscotti L, Bernabei R. Falls among older adults: screening, identification, rehabilitation, and management. *Applied Sciences*. 2022; 12(15):7934.
21. Bharucha AE, Knowles CH, Mack I et al (2022) Faecal incontinence in adults. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):53. doi: [10.1038/s41572-022-00381-7](https://doi.org/10.1038/s41572-022-00381-7)
22. Tamanini JTN, Franceschi Júnior O, Santos JLF, et al. Fecal incontinence: incidence and risk factors from the SABE (health, wellbeing and aging) study. *Int Urogynecol J*. 2022; 33(11): 2993-3004. doi:[10.1007/s00192-021-04914-8](https://doi.org/10.1007/s00192-021-04914-8) .

23. Corral-Pérez J, Ávila-Cabeza-de-Vaca L, Valero-Cantero I, González-Mariscal A, Ponce-González J, Gázquez-Sánchez M et al. Predictors of urinary and faecal incontinence in pre-frail and frail older adults: A cross-sectional study of the fragsalud project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2024;79:glae072. doi:10.1093/gerona/glae072.
24. Pengpid S, Peltzer K. Prevalence and associated factors of physical inactivity among middle-aged and older adults in India: results of a national cross-sectional community survey. *BMJ Open* 2022;12:e058156. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058156.
25. Ellmers TJ, Delbaere K, Kal EC. Frailty, falls and poor functional mobility predict new onset of activity restriction due to concerns about falling in older adults: a prospective 12-month cohort study. *Eur Geriatr Med*. 2023;14(2):345-51. doi: 10.1007/s41999-023-00749-2.
26. Sáez C, Espeso E, Sánchez L, Jentoft A. El Deterioro Cognitivo en Los mayores. *FMC Form Med Contin*. 2021;13(46):2671–87.
27. López-García I, Sánchez-Paz LC, Pineda-Cásarez F, et al. Prevalencia de síndrome demencial y deterioro cognitivo en adultos mayores con hipoacusia. *Otorrinolaringología*. 2023;68(1):24-28.
28. Peñaloza-Morán G. Factores asociados al deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores. Diagnóstico y tratamiento. Implicaciones actualizadas. 2023.
29. Alhalaseh L, Makahleh H, Al-Saleem B, Al-Omran F, Schoenmakers B. Functional Status in Relation to Common Geriatric Syndromes and Sociodemographic Variables - A Step Forward Towards Healthy Aging. *Clin Interv Aging*. 2024;19:901-910. doi:10.2147/CIA.S462347.

30. Moreno M, Castillo J, García L, Gómez H. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores: estudio transversal. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2023; 61(3): S395-406.
31. Lin CL, Wu HC, Yu NC, Liu YC, Chien WC (2025) Factors associated with geriatric syndromes in older adults with type 2 diabetes. *Aging Clin Exp Res*. 2025;38(1):1.
32. Özlem Yılmaz, Tugce Nur Turkoglu, Nurdan Senturk Durmus, Pinar Kucukdagli, Hanife Usta Atmaca. Association Between Cognitive Function and Geriatric Syndromes in Community-Dwelling Older Adults. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 01 Eylül 2025;47(6):1029-3. doi:10.20515/otd.1720741
33. Parada-Muñoz K, Guapizaca-Juca J, Bueno-Pacheco G. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Rev Cient UISRAEL*. 2022;9(2):77–93.
34. Elmotia K, Abouyaala O, Bougrine S, Ouahidi ML. Geriatric Syndromes in Older Adults With and Without Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research in Gerontological Nursing*. 2025;18(2):99-108. doi:10.3928/19404921-20250115-01.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cartagena Loor Osttys Michelle**, con **C.C:0931428973** autor/a del trabajo de titulación: previo a la obtención del título de **Caracterización de los Síndromes Geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2024–2025**. En la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de mayo de 2026

f. _____



Nombre: Osttys Michelle Cartagena Loor
C.C: 0931428973



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Elizabeth Rosario Llerena Jara**, con **C.C: 0923694582** autor/a del trabajo de titulación: previo a la obtención del título de **Caracterización de los Síndromes Geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2024–2025**. En la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **1 de mayo de 2026**

f. _____



Nombre: **Elizabeth Rosario Llerena Jara**

C.C: 0923694582



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Caracterización de los Síndromes Geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2024–2025.		
AUTOR(ES)	Osttys Michelle Cartagena Loor. Elizabeth Rosario Llerena Jara.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Caridad Isabel Mayo Galbán		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo del 2026	No. DE PÁGINAS:	32
ÁREAS TEMÁTICAS:	Geriatría, neurología, epidemiología clínica, salud pública y gerontología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Deterioro cognitivo, síndromes geriátricos, adulto mayor, factores de riesgo		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	El deterioro cognitivo en adultos mayores representa un problema de salud creciente, asociado a múltiples factores clínicos y síndromes geriátricos que impactan de manera significativa en la calidad de vida. El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar los síndromes geriátricos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo atendidos en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2024–2025. Se realizó una investigación de tipo retrospectiva, cuantitativa, no experimental y de corte transversal, en una muestra de 60 pacientes mayores de 65 años. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, síndromes geriátricos, factores de riesgo y comorbilidades, utilizando herramientas estadísticas como el chi-cuadrado con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los resultados evidenciaron que los síndromes geriátricos más frecuentes son la polifarmacia (68%), la incontinencia urinaria (63%) y las caídas (53%). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el grado de deterioro cognitivo y todos los síndromes geriátricos nalizados. Además, al revisar los factores de riesgo, la polifarmacia es el factor de riesgo más prevalente, mientras que, dentro de las comorbilidades, hipertensión arterial es la más prevalente, seguida de la depresión y la obesidad, observándose un incremento progresivo de estas condiciones en los estadios más avanzados del deterioro. Se concluye que el deterioro cognitivo es un proceso multifactorial estrechamente relacionado con la presencia de síndromes geriátricos y factores de riesgo, lo que resalta la necesidad de un abordaje integral, oportuno y multidisciplinario para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	CON	Teléfono: +593985833119 +593 99476 2275	E-mail: osttys.cartagena@cu.ucsg.edu.ec elizabethlllerena@cu.ucsg.educ.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	CON LA	Nombre: Andrés Mauricio Ayon Genkuong	
	DEL	Teléfono: +593-997572784	
		E-mail: Andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			