



AÑO 2026
VOL. XXI
ISSN 1816-8450



Artículo de Opinión

Experiencias en la aplicación del método clínico en ancianos

Experience in applying the clinical method to elderly people

Guido Emilio Lluís Ramos¹ <https://orcid.org/0000-0003-4938-241X>

Antonio Belaunde Clausell² <http://orcid.org/0000-0002-5602-0188>

Liliams Rodríguez Rivera^{2*} <https://orcid.org/0000-0003-1924-2459>

¹Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Centro de Investigaciones Sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: liliamrodriguez@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo: Lluís Ramos GE, Belaunde Clausell A, Rodríguez Rivera L. XX Rodríguez Rivera. Experiencias en la aplicación del método clínico en ancianos. GerolInfo-Revista de Gerontología y Geriátría. 2026; 21:e363.

RESUMEN:

El método clínico constituye la herramienta más eficaz de que dispone el médico. Existen elementos que particularizan la aplicación del método clínico en el adulto mayor. Quien formula el problema es un individuo cuyo largo tiempo de vida, en íntima interrelación con el medio, ha provocado cambios que le imprimen, más que en cualquier otro grupo etario, un sello propio e irrepetible. El objetivo del presente artículo es sistematizar las características de la aplicación del método clínico en adulto mayor. La herramienta más poderosa para el diagnóstico es el interrogatorio. Múltiples investigaciones confirman que el médico obtiene del interrogatorio y del examen físico más del 80 % de la información necesaria para el diagnóstico. En los ancianos ocurren cambios fisiológicos en los diferentes sistemas y aparatos del organismo que influyen significativamente en la forma en que se aplica el método clínico. Una particularidad esencial del método clínico en geriatría es el empleo de la clinimetría mediante escalas, índices, test psicométricos y pruebas de desempeño físico. Se concluye que un anciano es una categoría individual cuyas cualidades biopsicosociales, moldeadas por más de 60 años de vida, lo singularizan aún más. El razonamiento fisiopatológico constituye la vía más confiable para la construcción de hipótesis diagnósticas.

Palabras Clave: envejecimiento; anciano, método clínico, interrogatorio, examen físico.

ABSTRACT:

The clinical method is the most effective tool available to physicians. There are elements that distinguish the application of the clinical method in older adults. The individual presenting the problem is someone whose long lifespan, in close interaction with their environment, has brought about changes that, more than in any other age group, imprint a unique and unrepeatable character. The objective of this article is to systematize the characteristics of applying the clinical method to older adults. The most powerful diagnostic tool is the patient interview. Multiple studies confirm that physicians obtain more than 80% of the information necessary for diagnosis from the interview and physical examination. In older adults, physiological changes occur in the different systems and organs of the body that significantly influence how the clinical method is applied. An essential feature of the clinical method in geriatrics is the use of clinimetrics through scales, indices, psychometric tests, and physical performance tests. It is concluded that an elderly person is an individual category whose biopsychosocial qualities, shaped by more than



60 years of life, further distinguish them. Physiopathological reasoning constitutes the most reliable approach for constructing diagnostic hypotheses.

Keywords: aging; elderly, clinical method, interview, physical examination.

Recibido: 20/11/2025

Aceptado: 14/01/2026

INTRODUCCIÓN:

El método clínico constituye la herramienta más eficaz de que dispone el médico. Se define como la aplicación del método científico a la atención individual del paciente. ⁽¹⁾

El método científico o experimental es el razonamiento mediante el cual se llega a conocer la ley de los fenómenos, emplea una metodología específica. ⁽¹⁾ Es la forma de abordar la realidad para estudiar los fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, con el propósito de descubrir su esencia e interrelaciones. ⁽²⁾ Consta de las siguientes etapas: planteamiento del problema, formulación de hipótesis, experimentación, comprobación, y revisión y recomprobación. ^(1,2)

A partir de los principios del método científico surge el método clínico. Sus etapas no difieren, pero se ajustan al fenómeno objeto de investigación: el enfermo. Es este, y no el investigador, quien plantea el problema, el cual debe ser formulado y comprendido con precisión. A continuación, el médico debe obtener toda la información posible mediante el interrogatorio y el examen físico para elaborar una o varias hipótesis diagnósticas. Estas deben contrastarse, ya sea mediante la simple evolución (como ocurre en un resfriado común), mediante un tratamiento específico instaurado desde el inicio o, con mayor frecuencia, a través de los resultados de análisis de laboratorio. Finalmente, tiene lugar la comprobación al interpretar dichos estudios. No es infrecuente que, durante este proceso escalonado y gradual hacia el diagnóstico, surjan nuevos aspectos que obliguen a modificar la hipótesis inicial. De forma simplificada, las etapas del método clínico, asumido como proceso diagnóstico, son: planteamiento del problema, obtención de información (interrogatorio y examen físico), formulación de hipótesis, contrastación y comprobación. ⁽³⁾

El proceso diagnóstico impone numerosos retos, particularmente en el adulto mayor. Cuba es un país envejecido. La población cubana terminó el año 2024 con una edad media de 42.1 años;



una razón por sexos de 970 hombres por cada mil mujeres y un grado de urbanización de 75.1%. En estos momentos la población de 60 años y más constituye el 25,7 %. Entre las características principales de la población cubana en la actualidad están que decrece, se concentra, urbaniza y envejece. ⁽⁴⁾

El objetivo del presente artículo es sistematizar las características de la aplicación del método clínico en adulto mayor.

DESARROLLO:

Existen elementos que particularizan la aplicación del método clínico en el adulto mayor. Quien formula el problema es un individuo cuyo largo tiempo de vida, en íntima interrelación con el medio, ha provocado cambios que le imprimen, más que en cualquier otro grupo etario, un sello propio e irrepetible.

Su capacidad para formular problemas y participar activamente en la relación médico-paciente está determinada por múltiples factores: ⁽⁵⁾

- **Estado biomédico y psicológico del anciano:** Condiciona su capacidad para formular correctamente sus problemas de salud, tomar decisiones y asumir la responsabilidad de sus actos.
- **Estado de las redes de apoyo formal e informal:** La familia juega un papel decisivo al facilitar o no el acceso a los servicios de salud.
- **Estado funcional del adulto mayor:** La capacidad funcional del anciano es el resultado de la interacción entre la capacidad intrínseca y el medio que lo rodea.

La herramienta más poderosa para el diagnóstico es el interrogatorio. Múltiples investigaciones confirman que el médico obtiene del interrogatorio y del examen físico más del 80 % de la información necesaria para el diagnóstico. ⁽⁶⁾

En los ancianos ocurren cambios fisiológicos en los diferentes sistemas y aparatos del organismo que influyen significativamente en la relación médico-paciente. Es frecuente la existencia de limitaciones sensoriales (principalmente visuales y auditivas) y psicológicas (cognitivas y afectivas) que entorpecen la comunicación, haciéndola casi dependiente de un tercero: el cuidador. Este se convierte en un elemento de gran valor, y en muchas ocasiones



indispensable, para la obtención de información, si bien su testimonio requiere una interpretación juiciosa. Está demostrado que, mientras el adulto mayor suele subvalorar sus limitaciones, el cuidador tiende a sobrevalorarlas. Incluir a un cuidador en la consulta solo debe ocurrir con el consentimiento del paciente. Es preferible preguntar si desea estar acompañado, ya que algunos pacientes se sienten más cómodos, pero la decisión debe partir de él.⁽⁶⁾

El familiar o cuidador puede influir en el motivo de consulta. No siempre la queja principal refleja de forma clara o directa el síntoma más importante que afecta la salud y que podría conducir directamente al diagnóstico. A menudo, corresponde al síntoma más familiar o fácilmente reconocible, a la carga que representa la enfermedad o a un problema que, en opinión del familiar, permite legitimizar o evocar una respuesta más eficaz por parte del médico. Seleccionar el motivo de consulta o ingreso puede ser una tarea ardua en algunos casos, por lo que a veces es preferible comenzar con la historia de la enfermedad actual e identificarlo posteriormente.⁽⁷⁾ Durante la anamnesis es importante:

- **Dedicar un tiempo a solas con el anciano:** Es esencial para obtener información confidencial, especialmente la relacionada con abusos y maltratos.⁽⁸⁾
- **Considerar la omisión de síntomas:** Frecuentemente no reportan disnea, pérdidas visuales y/o auditivas, trastornos de la memoria, incontinencia, caídas, trastornos de la marcha, fatiga, pérdida de peso, disminución del apetito o estreñimiento, por considerarlos propios de la edad. Esto refleja la importancia de realizar un minucioso interrogatorio por aparatos.
- **Recordar motivos de consultas inusuales en adultos jóvenes:** No pocos motivos de consulta se relacionan con efectos adversos de medicamentos, somatizaciones de trastornos afectivos o simplemente con la necesidad de sentirse escuchado y acompañado.
- **Solicitar la descripción de un día típico:** Revela información valiosa sobre calidad y estilos de vida, dependencia física y autonomía.
- **Aplazar temas sensibles:** Obtener información de valor personal, como la vida matrimonial y las relaciones sexuales, debe dejarse para una segunda entrevista.
- **Explorar la autopercepción de la salud.**



Se conoce que el médico dedica más tiempo a interrogar y examinar a un anciano que a adultos más jóvenes. Se recomienda atender los casos nuevos en dos sesiones, evitar encuentros agotadores y ocasionalmente ineficaces de hasta dos horas. El uso de cuestionarios sencillos y breves, aplicados por otro personal antes de la consulta médica, ayuda a optimizar este tiempo. Una hora para los casos nuevos y treinta minutos para los de seguimiento es la media en la mayoría de las consultas, aunque reconocemos que no existen normas rígidas al respecto.⁽⁹⁾

Los principios básicos de un buen interrogatorio, según el profesor Miguel A. Moreno,⁽¹⁰⁾ eminente clínico, son: dejar que el enfermo se exprese libre y espontáneamente, definir todos los síntomas de la enfermedad actual, obtener la mayor semiografía posible, ordenarlos cronológicamente (cronopatograma), determinar las circunstancias de su inicio (condiciones de aparición), establecer la duración total del cuadro clínico y relacionar los síntomas con las funciones fisiológicas, actividades, hábitos, y situaciones afectivas y sociales. Estos principios deben aplicarse sentándose cerca del paciente para mantener contacto visual, hablándole de frente y usar un lenguaje claro, sin tecnicismos.

Respecto al examen físico, es crucial diferenciar los signos que, siendo positivos, no son necesariamente patológicos, sino cambios propios del envejecimiento. Algunos ejemplos incluyen:⁽¹¹⁾

- **Sistema visual:** Dificultad para visualizar objetos en movimiento, distinguir detalles finos o ver con poca iluminación a partir de los 70 años. Disminución de los reflejos pupilares y limitación de la mirada hacia arriba y la convergencia ocular.
- **Sistema auditivo:** Limitación para percibir sonidos de alta frecuencia y comprender palabras rápidamente, especialmente con ruido de fondo.
- **Sistema nervioso:** Disminución del umbral de dolor, que puede afectar la exploración de la sensibilidad dolorosa. Los reflejos cutáneo-abdominales pueden estar ausentes en un 21 % de los hombres y hasta en un 68 % de las mujeres obesas. El reflejo aquiliano puede estar disminuido en un pequeño porcentaje. La sensibilidad vibratoria en tobillos y rótula puede estar ausente en un 8-10 % de los ancianos entre 60-69 años. Puede aumentar a un 30-40 % entre los 80-89 años.



- **Aparato respiratorio:** Puede existir una disminución difusa de la expansibilidad torácica, de las vibraciones vocales y del murmullo vesicular. La frecuencia respiratoria puede estar ligeramente elevada debido a los cambios anatómo-funcionales del tórax y el pulmón (pulmón senil). Una frecuencia superior a 25 respiraciones por minuto puede ser un signo confiable de infección respiratoria baja.
- **Aparato cardiovascular:** Puede constatarse taquicardia como mecanismo compensatorio para evitar la hipotensión diastólica derivada de la rigidez de la aorta. La hipotensión ortostática puede ocurrir hasta en un 28 % de los mayores de 65 años. La existencia de un cuarto ruido es común en personas libres de cardiopatías, mientras que un tercer ruido suele asociarse a insuficiencia cardíaca congestiva.

Los principios básicos de un buen examen físico, según el profesor Miguel A. Moreno, son: realizarlo solo después de haber interrogado, ya que la anamnesis guía la exploración; ejecutar correctamente cada maniobra (semiotecnica depurada); seguir un orden sistemático; disponer de condiciones adecuadas (local, camilla, iluminación, privacidad); respetar el pudor del enfermo; no examinar por encima de la ropa; si ya se tiene un diagnóstico presuntivo, buscar los signos que lo apoyen; y definir con claridad cuándo un signo es equívoco o dudoso, consignándolo como tal. ⁽¹²⁾

Una particularidad esencial del método clínico en geriatría es el empleo de la clinimetría mediante escalas, índices, test psicométricos y pruebas de desempeño físico, lo que ofrece varias ventajas: ⁽¹³⁾

- **Detecta información no referida:** Emergen datos que el paciente suele atribuir al envejecimiento.
- **Homogeneiza la evaluación:** Ofrece un criterio uniforme.
- **Objetiva la información:** Proporciona datos más cuantificables.
- **Facilita el diagnóstico temprano:** Permite al personal con menos experiencia detectar problemas subclínicos.
- **Evalúa la progresión:** Proporciona información útil sobre la evolución de la enfermedad.

En el centro de la evaluación geriátrica se encuentra la valoración del estado funcional. La salud del anciano se mide en términos de su capacidad para realizar de manera independiente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Por esta razón, el concepto de



envejecimiento saludable no es la ausencia de enfermedades, sino la preservación de la capacidad funcional. Morbilidades como el deterioro cognitivo, Enfermedad de Parkinson, el temblor senil o los estados depresivos se tratan farmacológicamente cuando comprometen la funcionalidad. Esta peculiaridad explica por qué un paciente con una sola enfermedad puede tener una expectativa de vida más corta que otro con cinco o más comorbilidades, y por qué ancianos con enfermedades cuantitativa y cualitativamente similares pueden tener pronósticos vitales diferentes, determinados más bien por factores sociales y genéticos. ^(14,15)

El tercer paso del método clínico es la formulación de las hipótesis diagnósticas. Su construcción surge de integrar toda la información obtenida en las etapas anteriores (planteamiento del problema, interrogatorio y examen físico). Ordenar esta información cronológicamente, conocer la semiografía de cada dato y clasificarla según su jerarquía diagnóstica (datos "blandos" y "duros") permitirá al médico aplicar diferentes estrategias de razonamiento: probabilístico, determinístico y causal. ⁽¹⁶⁾

El **razonamiento probabilístico** es el más utilizado en la práctica cotidiana. Se basa en datos epidemiológicos sobre la frecuencia de asociación de síntomas, signos o hallazgos complementarios con la prevalencia de una enfermedad en una población determinada. Sin embargo, su utilidad es limitada en adultos mayores. La prevalencia abstracta de una enfermedad a una cierta edad no puede ser decisiva, ya que siempre se trata de un individuo que puede ser una excepción a la regla. La epidemiología habla el lenguaje de las poblaciones, mientras que un enfermo es una categoría individual. ⁽¹⁷⁾

El **razonamiento determinístico** se apoya en reglas bien definidas y establecidas a partir de la experiencia y el conocimiento. Su limitación radica en que las enfermedades en geriatría suelen presentarse de forma atípica. Por ejemplo: ⁽¹⁸⁾

- En el hipertiroidismo es más común la apatía que la hiperquinesia, e incluso algunos autores también consideran la anorexia y la fibrilación auricular.
- En el hipotiroidismo es más frecuente la pérdida que la ganancia de peso, y puede dominar el deterioro cognitivo.
- En la polimialgia reumática son más frecuentes los síntomas respiratorios (tos, ronquera) que las manifestaciones clásicas (cefalea, claudicación mandibular); incluso, la cefalea suele ser frontal, occipital o en el vértice, más que temporal.



- Las infecciones urinarias suelen presentarse sin fiebre ni síntomas urinarios, y sí con confusión mental, anorexia, fatiga y debilidad.
- La apendicitis puede manifestarse con dolor abdominal difuso en lugar de localizado en el hemiabdomen inferior derecho.
- El infarto agudo de miocardio se manifiesta más por disnea, síncope, astenia, vómitos o confusión que por dolor torácico.
- En la insuficiencia cardíaca congestiva dominan los síntomas de bajo gasto (astenia, anorexia, sudoración, frialdad, cambios mentales) sobre los de disnea y congestión.

Como puede apreciarse, el cuadro clínico y la conducta a seguir en este grupo etario se alejan considerablemente de los marcos rígidos establecidos en textos, triadas y algoritmos.

El **razonamiento causal** utiliza las asociaciones fisiopatológicas de causa-efecto entre los datos clínicos y paraclínicos. Toma en cuenta la anatomía, fisiología y bioquímica del organismo, y es fundamental para asegurar un diagnóstico. Permite inferir hipótesis con alta precisión al asociar los mecanismos fisiopatológicos de una enfermedad con los cambios propios del envejecimiento, los efectos de los medicamentos, las comorbilidades, los factores psicosociales y el estado funcional del anciano. (Figura).⁽¹⁹⁾

Presentación Atípica de las Enfermedades					
Envejecimiento	Comorbilidades	Efecto de los Medicamento	Factores Psicológicos	Factores Sociales	Fragilidad y Discapacidad

Figura. Aspectos que influyen en la presentación de las enfermedades en el anciano.

La comorbilidad es una condición propia de los adultos mayores, con una frecuencia en torno al 70 %. Es imprescindible considerar que la enfermedad actual no siempre se expresa a través del órgano previamente afectado, sino por aquel más insuficiente o menos compensado (por ejemplo, un estado confusional como única manifestación de una infección urinaria en un paciente con demencia). Los problemas médicos interactúan en detrimento del paciente; la



enfermedad peor compensada conducirá a un mayor deterioro funcional, y múltiples patologías pueden interactuar fármacos, entorpeciendo la evolución clínica. ⁽²⁰⁾

Las múltiples patologías hacen improbable que una sola enfermedad explique todas las manifestaciones clínicas. Ser "unicista" no implica buscar una única enfermedad, sino entender al paciente como un individuo que experimenta un fenómeno único: el envejecimiento, lo que requiere una evaluación integral.

Construir hipótesis diagnósticas en casos complejos se aconseja seguir los pasos descritos Eddy y Clanton, después de analizar 50 ejercicios clínicos patológicos publicados en la revista *New England Journal of Medicine*, con el objetivo de analizar “el procesos psicológicos por el cual los médicos resuelven problemas diagnósticos complejos” y que el Profesor Rodríguez Rivera reseñó en su libro sobre método clínico: ⁽²¹⁾

- Agrupar los hallazgos por patrones o síndromes.
- Seleccionar un hallazgo clave (síntoma, signo o síndrome). Analizar sus causas específicas más allá de lo probabilístico.
- Desestimar los hallazgos blandos o irrelevantes para el diagnóstico (diagnóstico diferencial).
- Seleccionar una hipótesis que explique la mayoría de los síntomas y signos restantes.
- Validar la hipótesis mediante su contrastación y comprobación.

Las últimas etapas del método, la contrastación y comprobación, se refieren a los procedimientos, pruebas u observaciones para confirmar o refutar las hipótesis diagnósticas. En estas etapas, el arsenal tecnológico desempeña un papel crucial. Es peligroso menospreciar las etapas precedentes y subordinar el diagnóstico al resultado acrítico de las pruebas, es decir, violentar el método. En geriatría, uno de los grandes síndromes es la iatrogenia, frecuentemente derivada del uso indebido de la tecnología. Por otra parte, es necesario rechazar las prácticas nihilistas; la edad por sí sola no debe ser una contraindicación para acceder a tecnología de punta cuando esté indicada. ⁽²²⁾

La crisis actual del método clínico está condicionada fundamentalmente por tres aspectos: ⁽²³⁾

- El deterioro de la relación médico-paciente.
- El menosprecio por la clínica.



- El uso irracional de la tecnología diagnóstica.

CONCLUSIONES:

Un anciano es una categoría individual cuyas cualidades biopsicosociales, moldeadas por más de 60 años de vida, lo singularizan aún más. Su único punto en común con sus pares es transitar por la etapa más diversa del ciclo vital: la vejez. El reto que implica la aplicación del método clínico en este grupo está determinado por la presentación inusual de las enfermedades. El razonamiento fisiopatológico (causal) constituye la vía más confiable para la construcción de hipótesis diagnósticas, las cuales posteriormente serán validadas por la respuesta al tratamiento, la evolución temporal y el uso juicioso de la tecnología disponible.

REFERENCIAS:

1. López Jordi MC, Gómez A. Razonamiento clínico y el error diagnóstico. Odontoestomatología [Internet]. 2025 [Acceso: 28-12-2025]; 27(45): e340. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sciarttext&pid=S168893392025000101340&lng=es>.
2. Pérez Romero FR. Construcción de algoritmos como estrategia de aprendizaje en medicina. Investigación educ. Médica [Internet]. 2023 Mar [Acceso: 28-12-2025]; 12(45): 30-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sciarttext&pid=S200750572023000100030&lng=es>.
3. Arteaga Herrera J, Fernández Sacasas JA. El método clínico y el método científico. Medisur 2010 [Acceso: 28-12-2025]; 8(5) Suplemento "El método clínico". Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098003.pdf>
4. Héctor Rodríguez Y, Anzardo Álvarez, AO. Cuba en Datos: La población cubana envejece, decrece y se urbaniza [Internet]. Cubadebate. 2025 [Acceso: 28-12-2025]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2025/06/12/cuba-en-datos-la-poblacion-cubana-envejece-decrece-y-se-urbaniza-video/>
5. Guillen-León L, Campos-Sánchez C, Acosta-Escanaverino I. Consideraciones acerca de la crisis del método clínico ante el desarrollo tecnológico. FEM 2021 [Acceso: 28-12-2025]; 24: 271-273. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/fem/v24n5/2014-9832-fem-24-5-271.pdf>



6. Blanco Azpiazú M, Moreno Rodríguez MA, Samper Noa JA, Hernández Ascuy O. Percepción del valor diagnóstico de la anamnesis, el examen físico y los análisis complementarios por internos de medicina. Rev Cubana Med Milit 2003[Acceso: 28-12-2025]; 32 (2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_2_03/mil04203.htm
7. Moreno Rodríguez MA. Crisis del Método Clínico. Rev Cubana Med 1998[Acceso: 28-12-2025]; 37(2):123-128. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v37n2/med10298.pdf>
8. Guillen-León LA, Campos-Sánchez CM, Acosta-Escanaverino I. Consideraciones acerca de la crisis del método clínico ante el desarrollo tecnológico. FEM (Ed. impresa) [Internet]. 2021 [Acceso: 28-12-2025]; 24(5): 271-273. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S201498322021000500271&lng=es.
9. Quintero FA, Garraza M, BNavazo, Cesani MF. Teorías del envejecimiento biológico: una revisión integradora. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2024[Acceso: 28-12-2025]; 59: 101530. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Florencia-Cesani-2/publication/382237634_Theories_of_biological_aging_An_integrative_review/links/669d80b5cb7fbf12a465534e/Theories-of-biological-aging-An-integrative-review.pdf
10. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento 2024. Gerokomos. 2025[Acceso: 28-12-2025]; 36(3):161-169. Disponible en: <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2025/10/36-3-2025-161.pdf>
11. Salech MF, Jara LR, Michea AL. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. REV. MED. CLIN. CONDES. 2012[Acceso: 28-12-2025]; 23(1) 19-29. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864012702699>
12. Romero-Cabrera Á, Espinosa-Brito A. El método clínico en geriatría. Revista Finlay. 2017 [Acceso: 28-12-2025]; 7(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/510>
13. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Díaz Machado A. Índice de fragilidad para ancianos hospitalizados. Rev haban cienc méd [Internet]. 2023 [Acceso: 28-12-2025]; 22(4):e5370; Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5370>
14. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE. Valoración geriátrica desde la atención hospitalaria. Rev. cuba. med. mil [Internet]. 2020 [Acceso: 28-12-2025]; 49(2):434-7. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/513>



15. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Valladares Reyes D, Marcheco Moreira O. Diagnóstico del síndrome de fragilidad / Diagnosis of the frailty syndrome. Arch Hosp Univ Gen Calixto García" [Internet]. 28 de febrero de 2022 [Acceso: 28-12-2025]; 10(1). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e837>
16. Lemus Lago ER, Pardías Milán LJ, Falcón Caballero P, Fernández Gálvez PR, Morejón Alderete RC, Dedeu Martínez AJ. Daily Evaluation in Geriatrics with a Person-Based Healthcare Approach. REMS [Internet]. 2024 [Acceso: 28-12-2025]; 38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412024000100020&lng=es.
17. Herrera Sánchez F, Belaunde Clausell A. Concepción y ruta investigativa. Arch Hosp Univ Gen Calixto García" [Internet]. 28 de febrero de 2022 [Acceso: 28-12-2025]; 10(1). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e852>
18. Suardiáñez EME, Aguirre GJ, Garciarena PQ, et al. Importancia de la fase preanalítica para el laboratorio clínico. Rev Acta Médica. 2021[Acceso: 28-12-2025]; 22(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=103979>
19. Vonnes C, El-Rady R. Cuando oigas el ruido de los cascos, busca las cebras: Presentación atípica de la enfermedad en el adulto mayor. La revista para enfermeras profesionales. 2021[Acceso: 28-12-2025]; 17(4): 458-461. Disponible en: https://www-sciencedirect-com.translate.goog/science/article/abs/pii/S1555415520305511?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=wa
20. González Silva Y, Abad Manteca L, Fernández-Gómez MJ, Martín-Vallejo J, Red GallegoH, Pérez-Castrillón JL. Utilidad del índice de comorbilidad de Charlson en personas ancianas. Concordancia con otros índices de comorbilidad. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2021 [Acceso: 28-12-2025]; 14(2): 64-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2021000200005&lng=es.
21. Rodríguez Rivera L. Proceso de construcción de hipótesis diagnóstica. En: La clínica y su método. Reflexiones de dos épocas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2013[Acceso: 28-12-2025]; 36-52. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/2013/07/11/1689/>
22. Jiménez López M, Toledo Pimentel BF, Hidalgo Mesa CJ, Castillo Díaz N. El método clínico en tiempos de COVID-19. EDUMECENTRO [Internet]. 2022 [Acceso: 28-12-2025]; 14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207728742022000100102&lng=es.



23. Guillén-León LA, Campos-Sánchez CM, García-Arcia M. Considerations about the crisis of the clinical method in the face of technological development. 16 de Abril [Internet]. 2022 [Acceso: 28-12-2025]; 61(284):e1262. Disponible en: http://www.rev16deabrill.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1262

Conflictos de interés:

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Financiación:

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación

Contribución de autoría:

Guido Emilio Lluís Ramos: Conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto y redacción del borrador original.

Antonio Belaunde Clausell: Conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto y redacción del borrador original.

Liliams Rodríguez Rivera: Conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto y redacción del borrador original.

