



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

**Soledad, Aislamiento Social y Deterioro Cognitivo en Personas Mayores
desde la ENASEM. Hallazgos para una intervención.**

TESIS

Para obtener el Grado de Maestra en Psicología

PRESENTA

Beatriz Arias Atayde

Directora de Tesis

Dra. Elizabeth Aveleyra Ojeda

Comité Tutorial

Dr. Miguel Ángel Gallardo Estrada

Dra. Gabriela Orozco Calderón

Dr. Paul Saft Lama

Mtra. Maribel de la Cruz Gama

Mayo 2026

Dedicatoria

A mi hijo, por ser fuente permanente de inspiración y recordarme cada día el sentido profundo de mis esfuerzos.

A mi madre, por demostrarme que la determinación abre caminos aun en los momentos más difíciles.

A mi hermana Dulce, por enseñarme a creer en mí y por respaldarme con amor y firmeza en toda situación.

A todas las personas que amo, porque su presencia motiva la acción en mi vida y da significado a cada logro alcanzado.

Agradecimientos

Expreso mi más sincero agradecimiento al Dr. César Barona Ríos, por su valiosa mentoría académica durante la realización de esta tesis. Su orientación y acompañamiento contribuyeron de manera significativa al desarrollo y fortalecimiento de este trabajo.

Agradezco y reconozco a la Dra. Elizabeth Aveleyra Ojeda, su invaluable asesoría académica y el apoyo solidario que me brindó a lo largo de este proceso. Su disposición y guía representaron un respaldo determinante para avanzar con claridad y confianza en la concreción de esta investigación.

Asimismo, extendiendo mi gratitud a todas las personas que, de distintas maneras, me apoyaron durante el desarrollo de la tesis. Su buena voluntad, generosidad y acompañamiento favorecieron la culminación de este trabajo.

Índice de Contenido

Índice de Contenido	4
Índice de Tablas	6
Índice de Figuras	7
Resumen	8
Introducción	10
Antecedentes de la investigación	12
Antecedentes internacionales	12
Antecedentes nacionales	18
Planteamiento del problema	23
Pregunta principal de investigación	28
Objetivo general de investigación	28
Justificación de la investigación	28
Marco teórico	31
Envejecimiento y funcionamiento cognitivo en personas mayores	31
Deterioro cognitivo: conceptualización y dominios cognitivos	35
Soledad y aislamiento social en la vejez	40
Importancia de la distinción conceptual	40
Implicaciones analíticas y funcionales	41
Relaciones teóricas entre Soledad, Aislamiento Social y Deterioro Cognitivo	44
Reserva cognitiva y resiliencia cognitiva	48
Factores psicosociales y estructurales asociados al Deterioro Cognitivo	51
Escolaridad y trayectorias educativas	52
Condiciones socioeconómicas, pobreza y seguridad social	53
Movilidad, funcionalidad física y entorno	54
Estado de ánimo y salud mental	55
La dimensión neurobiológica sobre la soledad el aislamiento y el deterioro cognitivo en la vejez	56
Percepción de salud y autovaloración funcional	61
Integración teórica del Modelo	63
Metodología	67
Diseño metodológico	67
Muestra de estudio y selección de datos	68
Descripción, operacionalización y tratamiento descriptivo de las variables	69
Determinación del deterioro cognitivo	73
Análisis estadísticos	74
Consideraciones éticas y de interpretación	75
	4

Resultados y Discusión	76
Descripción de variables sociodemográficas en el universo de adultos mayores en México	77
Movilidad y funcionalidad física en los adultos mayores de acuerdo con la ENASEM 2021	84
Variables representativas de la soledad percibida en adultos mayores en México	89
Variables representativas del aislamiento social en personas mayores en México	92
Evaluación del estado de ánimo en los adultos mayores	95
Percepción de salud por parte de las personas adultas mayores	98
Acceso a la seguridad social y su vínculo con la salud percibida	100
Análisis del deterioro cognitivo	103
Propuesta de un programa de prevención	109
Fundamentación teórica	110
Enfoque de la propuesta	112
Diseño de la propuesta	112
Participantes y criterios de inclusión	113
Instrumentos para la evaluación neuropsicológica y el diagnóstico de las capacidades funcionales en el adulto mayor	113
Estrategias de prevención del deterioro cognitivo	115
Procedimiento y estructura de la propuesta	117
Tipo de análisis	121
Conclusiones	122
Referencias	129

Índice de Tablas

Tabla 1	78
Distribución de los sujetos de estudio por género	
Tabla 2	80
Distribución de los sujetos de estudio por tamaño de localidad en que habitan	
Tabla 3	90
Percepción de soledad en las últimas semanas	
Tabla 4	92
Percepción de aislamiento y/o separación de los demás.	
Tabla 5	93
Soledad: ¿Con qué frecuencia se siente ignorado por los demás?	
Tabla 6	94
Soledad: ¿Con qué frecuencia sienten que carecen de compañía?	
Tabla 7	99
Reporte de salud general de los participantes en la ENASEM 2021	
Tabla 8	101
Reporte de percepción seguridad social de los participantes en la ENASEM 2021	
Tabla 9	104
Dominios cognitivos y edad 1	
Tabla 10	107
Dominios cognitivos y edad 2.	

Índice de Figuras

Figura 1	66
Modelo teórico-analítico de la relación entre soledad percibida, aislamiento social y deterioro cognitivo en personas mayores.	
Figura 2	78
Frecuencias absolutas del rango de edades de los participantes de la encuesta "Evaluación Cognitiva" dentro del ENASEM 2021.	
Figura 3	79
Género y edad de la submuestra participante que realizaron la encuesta de Evaluación Cognitiva dentro del ENASEM 2021.	
Figura 4	82
Años de escolaridad de la submuestra participante que realizaron la encuesta de Evaluación Cognitiva dentro del ENASEM 2021.	

Figura 5	73
Estado civil de la submuestra participante que realizó la encuesta de Evaluación Cognitiva dentro del ENASEM 2021.	
Figura 6	86
Reporte de dificultad de movilidad en la submuestra de encuestados que realizaron la Evaluación Cognitiva dentro del ENASEM 2021.	
Figura 7	88
Reporte de desempeño de actividades instrumentales de la vida diaria en la submuestra de encuestados que realizaron la Evaluación Cognitiva dentro del ENASEM 2021.	
Figura 8	97
Reporte de expresiones emocionales en la semana previa a la Evaluación Cognitiva dentro de la ENASEM 2021.	
Figura 9	118
Propuesta de programa de prevención.	

Resumen

La presente tesis analiza la relación entre la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo en personas mayores en México, a partir de los datos de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2021 y de la submuestra que integró la Evaluación Cognitiva 2021. Este estudio parte del reconocimiento de que el envejecimiento cognitivo no puede comprenderse únicamente desde explicaciones biomédicas, sino que, además requiere incorporar factores psicosociales y estructurales que configuran trayectorias diferenciadas de envejecimiento. En este marco, se distingue conceptualmente entre soledad, entendida como experiencia subjetiva de carencia relacional, y aislamiento social, concebido como una condición objetiva de escasez de vínculos o contactos sociales; desde la perspectiva de gerontología social crítica, la investigación se orienta a comprender cómo estas dimensiones se articulan con el deterioro cognitivo en el contexto mexicano.

Metodológicamente, se desarrolló un estudio cuantitativo, no experimental, transversal, con base en el análisis de datos secundarios de la ENASEM 2021, la cual integró a 15 739 participantes y la muestra de estudio de la Evaluación cognitiva que estuvo conformada por 3,575 personas de 58 años y más. Se analizaron variables sociodemográficas, funcionales, emocionales, de autopercepción de salud, seguridad social y desempeño cognitivo, incorporando la evaluación por dominios del Mini-Mental State Examination adaptado al español. Los análisis permitieron identificar patrones descriptivos y asociaciones relevantes entre edad, escolaridad, funcionalidad, estado de ánimo y

rendimiento cognitivo, así como reconocer la presencia de indicadores de soledad percibida y aislamiento social en la población estudiada.

Los resultados muestran que la edad avanzada, la baja escolaridad y las limitaciones funcionales se asocian con mayor vulnerabilidad al deterioro cognitivo. Asimismo, se identificó que una proporción relevante de personas mayores experimenta formas moderadas o intermitentes de soledad, percepción de aislamiento, sensación de ser ignoradas o carencia de compañía, factores de riesgo del estado de ánimo depresivo, disminución de la funcionalidad, autonomía y deterioro cognitivo. En el análisis por dominios cognitivos se observaron afectaciones marcadas en memoria diferida y escritura, lo que sugiere que estas funciones constituyen áreas sensibles en edades avanzadas. En conjunto, la evidencia confirma que el deterioro cognitivo en la vejez constituye un fenómeno multidimensional, en el que convergen factores sociales, emocionales, funcionales y cognitivos. A partir de estos hallazgos, se plantea una propuesta de intervención de carácter preventivo, con orientación psicoeducativa y multidominio, inspirada en la red FINGER e integrada con principios de estimulación cognitiva.

En este contexto, se concluye que la comprensión del deterioro cognitivo en personas mayores exige una mirada integral que reconozca la interacción entre desigualdades estructurales, condiciones emocionales, experiencias de desconexión social y recursos cognitivos acumulados.

Introducción

El envejecimiento poblacional plantea desafíos crecientes para la salud pública y particularmente para la neuropsicología, por el impacto que los cambios cognitivos pueden

tener en la autonomía, la calidad de vida y la participación social de las personas mayores. Durante muchos años, el envejecimiento cognitivo se entendió principalmente a través de explicaciones médicas y problemas exclusivamente neurológicos. Sin embargo, la información de estudios en grupos de personas ha demostrado que hay una gran variedad en cómo evolucionan las habilidades cognitivas con la edad. Esto ha impulsado la incorporación de factores contextuales y psicosociales para comprender el deterioro cognitivo en la vejez (Morese y Palermo, 2022).

En este marco, la soledad y el aislamiento social han adquirido relevancia como condiciones que, por distintas vías, pueden vincularse con el desempeño cognitivo y con el riesgo de deterioro a lo largo del tiempo (Qi et al., 2023). Estudios recientes sugieren que ambas dimensiones se asocian, en promedio, con peor funcionamiento cognitivo y mayor riesgo de demencia, aunque la literatura continúa enfrentando desafíos metodológicos relevantes, tales como definiciones inconsistentes, instrumentos heterogéneos y resultados mixtos según el dominio cognitivo evaluado, lo que configura un campo con evidencia convergente pero aún fragmentada (Guarnera et al., 2023).

Se han propuesto modelos interpretativos que subrayan la complejidad de la direccionalidad entre vida social y cognición, incluyendo causalidad directa e inversa, relación bidireccional y la existencia de factores causales comunes (Cohen-Mansfield, 2025); incluso, desde enfoques longitudinales, se ha observado un patrón compatible con retroalimentación entre aislamiento social y desempeño cognitivo (Qi et al., 2023), así como variaciones contextuales en la magnitud de estas asociaciones por gradientes socioeconómicos (Zhang et al., 2025).

En México, el estudio del envejecimiento cognitivo se ha fortalecido con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), por su carácter longitudinal y representativo, así como por integrar módulos de salud, funcionalidad, bienestar y redes sociales.

A partir de ENASEM 2021 y su Encuesta de Evaluación Cognitiva, esta tesis se propone analizar, de manera diferenciada, la soledad y el aislamiento social en relación con el deterioro cognitivo en personas mayores. Incorpora variables sociodemográficas y de funcionamiento que permiten aproximarse a desigualdades acumuladas y condiciones contextuales relevantes para el envejecimiento. En particular, se emplea una submuestra que completó la evaluación cognitiva especializada, la cual integra una batería estandarizada basada en una versión modificada del *Mini-Mental State Examination* adaptada al español (Beaman et al., 2004), con el propósito de operacionalizar el deterioro cognitivo, lo que permite sostener inferencias con base en un diseño cuantitativo, no experimental y transversal.

Finalmente, desde una perspectiva psicoeducativa, comprender la relación entre condiciones sociales y cognición no solo tiene valor explicativo, sino que también tiene implicaciones para orientar acciones preventivas y de intervención. Considerando que el deterioro cognitivo es multidimensional y dinámico, y que no afecta de forma uniforme a todas las personas, resulta pertinente examinar cómo factores personales y contextuales se asocian con distintos patrones de desempeño (Arce-Rentería et al., 2020). En resumen, este trabajo tiene como objetivo ayudar a entender la relación entre soledad, aislamiento social y deterioro cognitivo en la población mexicana, utilizando datos recientes y representativos.

También busca ofrecer bases para crear estrategias preventivas de intervención que consideren el contexto social del envejecimiento.

Antecedentes

Antecedentes Internacionales

La investigación internacional sobre envejecimiento cognitivo ha experimentado una transformación sustantiva durante las últimas décadas, especialmente a partir del reconocimiento de que los cambios cognitivos en la vejez no pueden explicarse exclusivamente mediante procesos biológicos o neuropatológicos. Si bien los primeros estudios se centraron en describir la pérdida cognitiva asociada a la edad cronológica y a enfermedades neurodegenerativas específicas, el desarrollo de estudios poblacionales longitudinales permitió observar una marcada heterogeneidad en las trayectorias cognitivas de las personas mayores. Este descubrimiento llevó a incluir factores psicológicos y sociales como aspectos importantes para entender el deterioro cognitivo, entre los cuales la soledad y el aislamiento social son importantes (Piolatto et al., 2022).

En este contexto, una contribución significativa a nivel internacional ha sido la separación clara entre la soledad como una experiencia personal y el aislamiento social como una situación objetiva relacionada con las redes sociales. Cohen-Mansfield (2025) señala que la soledad se refiere a la evaluación subjetiva de la insuficiencia de relaciones sociales, mientras que el aislamiento social alude a la cantidad y frecuencia objetivas de contactos sociales. Esta diferenciación ha ayudado a la investigación empírica a analizar ambas dimensiones por separado y a evaluar cómo se relacionan con distintos resultados cognitivos, sin considerarlas iguales.

Un estudio de metaanálisis multinacional hecho por Lee et al. (2025) que investigó la relación entre la soledad y la cognición, usando estudios estandarizados de diferentes países. El uso de bases de datos comparables permitió reducir la heterogeneidad metodológica y evaluar asociaciones consistentes entre contextos socioculturales distintos. Los resultados mostraron que mayores niveles de soledad se asocian con peor desempeño cognitivo global y con mayor declive cognitivo valorado por el informante.

El estudio muestra un efecto negativo en la cognición global y un efecto positivo en el declive cognitivo, incluso después de considerar factores como la edad, el sexo, el nivel educativo y los síntomas de depresión. Este hallazgo es relevante porque sugiere que la soledad mantiene una asociación independiente con la cognición y no actúa únicamente como un indicador indirecto de la depresión u otras condiciones de salud.

Además, Lee et al. (2025) examinaron las relaciones en áreas específicas del pensamiento y encontraron conexiones significativas con la memoria episódica, la fluidez verbal, la velocidad de procesamiento, las habilidades visoespaciales y el razonamiento numérico. Este antecedente resulta particularmente importante porque evidencia que la literatura internacional no concibe el deterioro cognitivo como un fenómeno unitario, sino como un conjunto de afectaciones diferenciadas en dominios cognitivos específicos.

No obstante, dicha investigación reconoce limitaciones relevantes del campo, entre ellas, la alta heterogeneidad entre estudios y la insuficiencia de datos para realizar metaanálisis específicos por dominio cognitivo en todos los casos. Los autores señalan que hay mucha variabilidad estadística y presentan resultados contradictorios en estudios anteriores sobre aspectos como la función ejecutiva y la fluidez verbal (Lee et al., 2025). Este reconocimiento es importante porque muestra que el estado del conocimiento tiene

conexiones visibles, pero todavía puede variar en su forma de estudio. Esto justifica hacer análisis en contexto, utilizando datos nacionales.

En el plano de los antecedentes internacionales, el estudio de Langa et al. (2020) presenta el Harmonized Cognitive Assessment Protocol (HCAP) como una estrategia metodológica orientada a mejorar la medición del deterioro cognitivo y la demencia en estudios longitudinales de envejecimiento, mediante una batería ampliada de pruebas cognitivas y entrevistas a informantes, con criterios comparables entre países, lo cual favorece la armonización internacional de la medición cognitiva y el desarrollo de estudios multidisciplinarios sobre la prevalencia, los determinantes y las consecuencias del deterioro cognitivo leve y la demencia.

Los autores destacan que este protocolo fue implementado en diversos estudios hermanos del Health and Retirement Study (HRS), entre ellos el Mexican Health and Aging Study (MHAS), equivalente a la ENASEM en México, lo que le confiere especial pertinencia para la presente investigación. Aunque el artículo no aborda de manera directa la soledad ni el aislamiento social, sí aporta un referente internacional sólido para contextualizar la evaluación cognitiva dentro de una red comparativa de estudios sobre envejecimiento, en la que se inscribe también la fuente de datos utilizada en esta tesis.

En términos de aislamiento social, el estudio de Zhang et al. (2025) es uno de los más relevantes a nivel internacional. Su enfoque a largo plazo y su método para tratar la endogeneidad (la posible influencia mutua entre el aislamiento social y el deterioro cognitivo) lo hacen destacado. Este trabajo analizó datos armonizados de cinco estudios longitudinales realizados en 24 países, con una muestra superior a 100 000 personas mayores. A diferencia de estudios transversales, los autores examinaron trayectorias

cognitivas a lo largo del tiempo y aplicaron modelos mixtos lineales, así como métodos de estimación para datos de panel orientados a reducir el sesgo por causalidad inversa.

Los resultados del estudio mostraron que el aislamiento social se asocia significativamente con menor capacidad cognitiva global y con deterioro en dominios específicos como memoria, orientación y capacidad ejecutiva. Los efectos negativos persisten incluso en los modelos que incorporan instrumentos para controlar la endogeneidad, lo que fortalece la validez de los hallazgos. Este antecedente es relevante porque indica que la relación entre el aislamiento social y el deterioro cognitivo no se basa solo en simples coincidencias, sino que se mantiene en estudios a largo plazo, utilizando técnicas avanzadas de control estadístico.

Asimismo, Zhang et al. (2025) documentaron que la magnitud de la asociación entre aislamiento social y cognición varía según el contexto socioeconómico, siendo más pronunciada en países con menor desarrollo económico y sistemas de bienestar más débiles; también identificaron subgrupos particularmente vulnerables, como personas de mayor edad, mujeres y quienes presentan menor estatus socioeconómico. Estos hallazgos llevan a la necesidad de tener en cuenta las diferencias sociales y las condiciones estructurales al analizar el deterioro cognitivo, especialmente en países de ingresos medios.

Qi et al. (2023) aportaron evidencia relevante al analizar la relación entre el aislamiento social y la cognición a lo largo del tiempo mediante modelos de panel cruzado. A partir de datos del *Health and Retirement Study* (2020), los autores encontraron que el aislamiento social predice un menor desempeño cognitivo en mediciones posteriores y, de manera simultánea, que un menor desempeño cognitivo predice mayores niveles de aislamiento social con el paso del tiempo. Este patrón bidireccional sugiere la existencia de

un proceso de retroalimentación entre la vida social y la cognición, en el cual ambas dimensiones pueden influirse mutuamente.

Asimismo, esta relación no parece explicarse únicamente por una asociación directa, sino también por la presencia de mecanismos intermedios, como los problemas de sueño. En este sentido, Qi et al. (2023) identificaron que dichas alteraciones explican una parte limitada, aunque relevante, del impacto del aislamiento social sobre la cognición, lo que respalda la idea de que el vínculo entre las condiciones sociales y el funcionamiento cognitivo es complejo y multifactorial.

En otros estudios, Guarnera et al. (2023) realizaron una revisión narrativa centrada en el impacto de la soledad y el aislamiento social sobre el envejecimiento cognitivo y el riesgo de demencia. Los autores reportaron que la mayoría de los estudios revisados identifican asociaciones entre estas condiciones sociales, un peor funcionamiento cognitivo y un mayor riesgo de demencia. Sin embargo, también señalaron limitaciones metodológicas recurrentes en la literatura, tales como definiciones inconsistentes, diversidad de herramientas de medición y resultados mixtos en algunos dominios cognitivos. Estos hallazgos sitúan el estado del conocimiento como un campo en proceso de consolidación, con evidencia convergente, aunque todavía fragmentada.

En continuidad con lo anterior, Guarnera et al. (2023) subrayan la importancia de distinguir claramente entre soledad y aislamiento social en los análisis empíricos, al señalar que la falta de esta diferenciación ha contribuido a resultados inconsistentes en estudios previos. Este planteamiento refuerza la necesidad de analizar ambas variables por separado, tal como propone la presente investigación.

Cohen-Mansfield (2025) sugiere, cuatro patrones posibles para entender cómo se relacionan la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo: la soledad impacta directamente el aislamiento social, el aislamiento social puede generar soledad, ambos se influyen mutuamente y existen factores comunes que afectan a los tres. Este enfoque ofrece una forma de organizar la diversidad de explicaciones encontradas en la literatura internacional y destaca la complicación de las relaciones entre soledad, aislamiento social y deterioro cognitivo. Al reconocer la coexistencia de distintas direcciones posibles en dichas asociaciones, el enfoque propuesto contribuye a evitar lecturas causales simplificadas, además, resulta particularmente pertinente para el análisis de datos observacionales y de fuentes secundarias.

En conjunto, los antecedentes internacionales documentan asociaciones consistentes entre soledad, aislamiento social y deterioro cognitivo en personas mayores. Estas asociaciones están sustentadas en metaanálisis multinacionales, estudios longitudinales comparativos y revisiones críticas de la literatura. No obstante, también ponen de manifiesto desafíos metodológicos persistentes, entre ellos destacan la heterogeneidad en la medición de los constructos, la complejidad en la direccionalidad de las asociaciones y el papel modulador del contexto socioeconómico.

Este panorama muestra la necesidad de llevar a cabo estudios nacionales que, usando datos recientes y representativos, analicen de manera específica la soledad y el aislamiento social en relación con el deterioro cognitivo, incluyendo variables demográficas, psicosociales y cognitivas.

Antecedentes Nacionales

En México, el estudio del envejecimiento cognitivo ha estado estrechamente vinculado al desarrollo de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), una encuesta longitudinal representativa a nivel nacional que, desde su inicio, ha permitido documentar de manera sistemática las condiciones de salud, funcionalidad, bienestar y redes sociales de las personas mayores. Con esta fuente de datos, la investigación nacional ha producido evidencia importante sobre cuán común es el deterioro cognitivo y qué factores lo afectan. También ha abordado las desigualdades sociales relacionadas con el envejecimiento en el país, en este contexto, la ronda más reciente de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2021) proporciona un marco actualizado para dimensionar las condiciones de envejecimiento en el país.

De acuerdo con los resultados difundidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) la encuesta documenta la prevalencia de enfermedades crónicas, estados anímicos, capacidades motrices y funcionales, así como autopercepción de la salud en la población adulta mayor. Además, explora indicadores asociados con la soledad, particularmente en el periodo posterior a la pandemia por COVID-19.

A la ENASEM 2021 se le integra la Encuesta de Evaluación Cognitiva 2021, la cual ofrece información sobre el funcionamiento mental de un grupo de personas mayores, mejorando así la capacidad para analizar el deterioro cognitivo en relación con condiciones sociales y psicosociales; este contexto estadístico refuerza la pertinencia de utilizar datos de la ENASEM 2021 para el análisis del envejecimiento cognitivo en México.

Uno de los antecedentes empíricos más tempranos y relevantes es el estudio de Mejía-Arango et al. (2007), quienes analizaron la prevalencia del deterioro cognitivo en

personas mayores mexicanas utilizando datos de la ENASEM. Los autores documentaron que la prevalencia de deterioro cognitivo aumenta de manera significativa con la edad y es considerablemente mayor en personas con baja escolaridad. Asimismo, identificaron una asociación relevante entre deterioro cognitivo y síntomas depresivos, este estudio fue pionero al mostrar que el deterioro cognitivo en México no puede entenderse únicamente como un fenómeno asociado al envejecimiento biológico, sino que se encuentra profundamente atravesado por desigualdades educativas y sociales acumuladas a lo largo del curso de vida.

Mejía-Arango et al. (2007) ampliaron este análisis mediante la estimación de tasas de prevalencia e incidencia de deterioro cognitivo y demencia en la población mexicana. A partir de datos longitudinales de la ENASEM, los autores mostraron que México enfrenta una carga significativa de deterioro cognitivo en edades avanzadas y que dicha carga presenta variaciones notables según nivel educativo, sexo y condiciones de salud. Este antecedente consolidó el uso de la ENASEM como fuente central para el estudio del envejecimiento cognitivo en el país y permitió situar el caso mexicano dentro del contexto de naciones de ingresos medios con procesos acelerados de envejecimiento poblacional (Robledo et al., 2016).

Con el desarrollo del subestudio Mex-Cog, la investigación nacional avanzó hacia una evaluación más detallada de la cognición en personas mayores. Arce-Rentería et al. (2020) analizaron la prevalencia del deterioro cognitivo leve y sus subtipos en población mexicana, mostrando que la afectación cognitiva no es homogénea y que distintos dominios cognitivos se ven comprometidos de manera diferencial; los resultados indicaron que el deterioro cognitivo leve amnésico y no amnésico presentan perfiles distintos y que factores

como la escolaridad y la depresión se asocian de manera diferenciada con cada subtipo; este antecedente aportó evidencia empírica clave sobre la heterogeneidad del deterioro cognitivo en México y reforzó la necesidad de analizar dominios cognitivos específicos.

En una línea complementaria, la investigación desarrollada a partir del subestudio Mex-Cog ha permitido profundizar en la relación entre deterioro cognitivo y condiciones funcionales en personas mayores mexicanas. Arce-Rentería et al. (2020) demostraron que el deterioro cognitivo leve está relacionado con diferentes factores de salud y afecta de manera diferente a áreas específicas de la cognición, lo que es importante para la autonomía y la calidad de vida. Estos hallazgos evidencian que el deterioro cognitivo en México no constituye un fenómeno aislado, sino que se articula con otras dimensiones del envejecimiento, incluyendo la funcionalidad y las condiciones de salud.

La literatura nacional ha señalado que el envejecimiento de la población en México muestra cambios generacionales relacionados con la educación, las condiciones de vida y la salud. Estos cambios han llevado a mejoras en algunos indicadores de desempeño cognitivo en grupos más recientes. Sin embargo, estos avances van de la mano con un aumento en las enfermedades crónicas, lo que suma nuevas dificultades al estudio del envejecimiento cognitivo y muestra que los progresos en educación no eliminan las desigualdades en salud.

En años recientes, la investigación nacional ha comenzado a incorporar de manera explícita las dimensiones de soledad y aislamiento social en el análisis del envejecimiento cognitivo. Tapia-Ramírez y Castrejón (2023) examinaron la relación entre aislamiento social, soledad y deterioro cognitivo en personas mayores mexicanas utilizando datos de la ENASEM. Sus resultados mostraron que ambas condiciones sociales se asocian con una

mayor probabilidad de deterioro cognitivo, incluso después de controlar variables sociodemográficas y de salud. Este estudio destaca entre los antecedentes nacionales por abordar de manera conjunta la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo.

Sumado a lo anterior, Kammar-García et al. (2023) analizaron la relación entre soledad, aislamiento social y mortalidad en personas mayores mexicanas. A partir de datos longitudinales, los autores encontraron que el aislamiento social se asocia con un mayor riesgo de mortalidad, mientras que la soledad no presenta el mismo patrón. Esto resulta relevante porque evidencia que, aunque relacionadas, la soledad y el aislamiento social no producen efectos idénticos. Además, su impacto puede diferir según el desenlace analizado. Este hallazgo refuerza la necesidad de analizarlos como constructos distintos.

En el contexto de la pandemia por COVID-19, Durón-Reyes et al. (2023) exploraron la relación entre soledad, aislamiento social y funcionamiento cognitivo cotidiano en personas mayores mexicanas. Sus resultados indicaron que mayores niveles de soledad y aislamiento social se asocian con un peor desempeño en actividades cognitivas de la vida diaria, especialmente entre personas que ya presentaban condiciones de vulnerabilidad social; es decir, muestran cómo contextos de crisis pueden exacerbar las desigualdades sociales y cognitivas preexistentes en la vejez.

Otros estudios nacionales han analizado la interacción entre soledad, estado de ánimo y funcionalidad. Ramírez-López et al. (2024) examinaron la relación entre soledad, depresión y limitaciones funcionales en personas mayores mexicanas, encontrando que estas variables se encuentran estrechamente interrelacionadas. Aunque el estudio no se centró solo en la cognición; sus resultados muestran la complejidad de las relaciones entre

condiciones psicosociales y el funcionamiento en la vejez, lo que es importante para entender el deterioro cognitivo.

Cabrero-Castro et al. (2023) y Wong et al. (2005) analizaron diversas desigualdades sociales en el envejecimiento a partir de datos de la ENASEM. Sus hallazgos muestran que variables como la escolaridad, las condiciones económicas y el acceso a la seguridad social influyen de manera significativa en distintos indicadores de salud y bienestar durante la vejez. En este sentido, el deterioro cognitivo y las condiciones sociales que lo acompañan deben comprenderse dentro de un marco más amplio de desigualdad estructural, lo que refuerza la necesidad de incorporar variables socioeconómicas en el análisis.

En continuidad con esta perspectiva, Ponce y Beltrán-Sánchez (2025) examinaron la relación entre condiciones socioeconómicas y salud en personas mayores mexicanas, destacando el papel de la escolaridad y la pobreza multidimensional en la configuración de trayectorias diferenciadas de salud. Aunque dicho estudio no se centró exclusivamente en la cognición, sus aportes resultan relevantes para comprender el contexto social en el que ocurre el envejecimiento en México y las condiciones que pueden incidir en la vulnerabilidad de las personas mayores.

En general, los estudios en México han demostrado que el deterioro cognitivo en personas mayores ha sido bien registrado a partir de la ENASEM y sus estudios secundarios, especialmente en relación con factores sociodemográficos, educativos y de salud, sin embargo, la incorporación explícita de la soledad y el aislamiento social como variables centrales es relativamente reciente y aún limitada en número de investigaciones. La evidencia disponible sugiere asociaciones relevantes entre estas condiciones sociales y

el deterioro cognitivo, pero también muestra enfoques fragmentados, periodos de análisis distintos y resultados que requieren actualización.

Estos antecedentes evidencian la necesidad de realizar análisis empíricos orientados a examinar la relación entre la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo, a partir de datos recientes de la ENASEM 2021. Asimismo, resulta indispensable considerar variables demográficas, psicosociales y cognitivas que permitan una comprensión más integral del fenómeno. En este marco, el estudio que aquí se propone se inscribe en una investigación más amplia actualmente en curso, pero se centra en aspectos específicos que aún no han sido suficientemente explorados en el conocimiento nacional sobre la relación entre los vínculos sociales y el envejecimiento cognitivo.

Planteamiento del problema

El envejecimiento poblacional ha reconfigurado de manera sustancial los perfiles de salud y bienestar en las sociedades contemporáneas, colocando al deterioro cognitivo en personas mayores como uno de los principales desafíos para la investigación y la acción pública. Además de su efecto en la salud, el deterioro cognitivo es significativo por su impacto en la independencia, el funcionamiento diario y la calidad de vida.

Esto ha generado un aumento en el interés por encontrar los factores que afectan su desarrollo y presentación, en este contexto, la soledad y el aislamiento social han emergido como dimensiones particularmente relevantes, dada su elevada presencia en la población adulta mayor y su potencial vinculación con procesos cognitivos y psicosociales.

No obstante, a pesar del incremento en la producción científica sobre estas temáticas, persisten importantes problemas conceptuales y empíricos que limitan la comprensión de la relación entre soledad, aislamiento social y deterioro cognitivo, uno de los principales desafíos radica en la ambigüedad conceptual con la que frecuentemente se abordan estas dimensiones.

En varios estudios, la soledad y el aislamiento social se usan como si fueran lo mismo, aunque son cosas diferentes. La soledad es la sensación de no estar satisfecho con las relaciones, mientras que el aislamiento social se refiere a tener muy pocos vínculos o interacciones sociales. Esta confusión de ideas hace que sea más difícil entender los hallazgos empíricos y disminuye la posibilidad de identificar los mecanismos específicos que pueden conectar cada dimensión con el funcionamiento cognitivo.

El deterioro cognitivo se evalúa a menudo con medidas generales que no muestran su complejidad, esto complica la identificación de los tipos de habilidades cognitivas que se ven más afectadas por la falta de interacción social y cómo cambia la relación entre la vida social y ciertas funciones cognitivas. Esta aproximación restringida resulta problemática, ya que impide captar la complejidad del envejecimiento cognitivo y su articulación con experiencias sociales diferenciadas.

En el contexto mexicano estas limitaciones adquieren una relevancia particular, debido a que en México la población tiene un envejecimiento que muestra profundas desigualdades en educación, economía y acceso a la seguridad social; estas desigualdades se acumulan a lo largo de la vida y crean diferentes niveles de protección o vulnerabilidad en la vejez.

Si bien la investigación nacional ha documentado la prevalencia del deterioro cognitivo y su asociación con variables sociodemográficas y de salud, existe una insuficiente integración empírica de las dimensiones sociales (soledad y aislamiento social) en el análisis del funcionamiento cognitivo, especialmente desde enfoques que distingan conceptualmente ambos fenómenos y consideren la multidimensionalidad de la cognición.

La evidencia nacional actual revela importantes vacíos tanto en el tiempo como en el análisis sobre la relación entre soledad, aislamiento social y deterioro cognitivo en personas mayores mexicanas. Muchos de los estudios previos han utilizado datos provenientes de rondas anteriores de encuestas o se han enfocado en muestras particulares, lo cual restringe la posibilidad de actualizar y generalizar los resultados a la población en general, esta limitación significa que hay poca investigación que use información reciente y adecuada para estudiar de manera completa la relación entre estas variables sociales y cognitivas en la vejez.

Factores como la escolaridad, el acceso a la seguridad social, la pobreza multidimensional, la movilidad, el estado de ánimo y la percepción de salud suelen estar ausentes o solo se consideran de manera parcial en los análisis. La falta de una metodología y estudios integrados dificulta entender cómo las condiciones sociales y estructurales afectan el envejecimiento cognitivo. Esto complica la creación de intervenciones y políticas públicas basadas en evidencia actual y adaptada a la situación mexicana.

Desde un punto de vista epistemológico, esta situación revela un problema de conocimiento más que una simple ausencia de datos. No se trata únicamente de describir la prevalencia de la soledad o del deterioro cognitivo, sino de comprender cómo se relacionan estas dimensiones dentro de configuraciones sociales específicas, y en qué condiciones

dichas relaciones se intensifican o se atenúan. La falta de análisis relacionales integrados ha contribuido a interpretaciones fragmentadas del deterioro cognitivo, en las condiciones sociales aparecen como factores periféricos o secundarios, en lugar de ser concebidas como componentes estructurantes de las trayectorias de envejecimiento.

En este escenario, la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) representa una oportunidad metodológica y analítica de particular relevancia. La Evaluación Cognitiva realizada en 2021, aplicada a una submuestra de personas mayores, ofrece información detallada sobre distintos dominios del funcionamiento cognitivo, así como sobre condiciones de vida social, variables psicosociales y sociodemográficas clave, sin embargo, el uso de esta información para estudiar por separado cómo se relacionan la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo no se ha aprovechado completamente desde un enfoque que conecte estas áreas.

Por lo tanto, resulta necesario estudiar estas relaciones mediante datos recientes y representativos, diferenciando conceptualmente la soledad y el aislamiento social, analizando dominios específicos del funcionamiento cognitivo y considerando el contexto psicosocial y estructural en el que ocurre el envejecimiento. Esta delimitación permite transitar de una formulación temática amplia hacia un problema empírico específico, centrado en la manera en que el deterioro cognitivo se configura en relación con condiciones sociales, emocionales, funcionales y estructurales presentes en la vejez mexicana.

En consecuencia, el vacío empírico específico que atiende esta tesis no se ubica únicamente en la falta general de estudios sobre soledad, aislamiento social y deterioro cognitivo, sino en la necesidad de analizar, con datos recientes de la ENASEM 2021, cómo

se manifiestan estas dimensiones en personas mayores mexicanas cuando se consideran de manera diferenciada y en relación con indicadores sociodemográficos, funcionales, emocionales y de salud. Aunque la literatura nacional ha documentado la prevalencia del deterioro cognitivo y ha reconocido la importancia de variables como edad, escolaridad, depresión, funcionalidad y condiciones sociales, todavía resulta necesario integrar estas dimensiones en un análisis empírico que distinga la soledad como experiencia subjetiva y el aislamiento social como condición objetiva de desconexión relacional.

Desde esta delimitación, la tesis llena un vacío empírico concreto: aportar evidencia descriptiva y analítica sobre la configuración del deterioro cognitivo en personas mayores mexicanas a partir de la Evaluación Cognitiva de la ENASEM 2021, considerando simultáneamente indicadores de soledad percibida, aislamiento social, estado de ánimo, movilidad, funcionalidad física, salud percibida, seguridad social, edad, género, escolaridad y condiciones de vida. En este sentido, la variable empírica central del estudio es el deterioro cognitivo o desempeño cognitivo, operacionalizado mediante los dominios incluidos en la Evaluación Cognitiva 2021. La soledad, el aislamiento social y las demás condiciones psicosociales y estructurales se analizan como dimensiones asociadas que permiten contextualizar la vulnerabilidad cognitiva en la vejez mexicana. Por ello, el alcance del estudio no consiste en establecer causalidad directa entre estas variables, sino en identificar patrones relacionales y condiciones de vulnerabilidad que puedan orientar una propuesta preventiva con fundamento empírico.

El estudio de estas relaciones, a partir de datos recientes y representativos, permite reconocer la importancia de diferenciar analíticamente entre soledad percibida y aislamiento social, así como de examinar áreas específicas del funcionamiento cognitivo en

el marco del contexto psicosocial y estructural en el que transcurre el envejecimiento. En este sentido, los resultados obtenidos constituyen un insumo relevante para identificar áreas de mayor vulnerabilidad o déficit y, a partir de ello, orientar el diseño de propuestas preventivas de intervención que favorezcan el bienestar, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.

Pregunta de investigación

Pregunta principal de investigación

¿Cómo se expresan la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo en personas mayores en México, a partir de los datos de la ENASEM 2021?

Objetivo de investigación

Objetivo General

Analizar cómo se expresan la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo en personas mayores en México, con base en los datos de la ENASEM 2021.

Justificación

El estudio de la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo en personas mayores resulta pertinente y necesario en el contexto actual del envejecimiento poblacional en México, no solo por la magnitud creciente de este grupo etario, sino por la complejidad

de las condiciones sociales, económicas y culturales que configuran sus trayectorias de vida.

Esta investigación es importante porque trata un vacío de conocimiento en la literatura internacional y en el contexto nacional, aunque hay más evidencia sobre la conexión entre las condiciones sociales y el deterioro cognitivo; todavía hay limitaciones en conceptos y análisis que complican la comprensión de estas relaciones. La confusión entre soledad y aislamiento social, junto con el uso de indicadores generales de cognición, ha dificultado entender cómo la vida social afecta el funcionamiento cognitivo en la vejez.

El uso de la Evaluación Cognitiva de 2021 permite actualizar el conocimiento disponible y aportar evidencia empírica concreta, representativa y metodológicamente sólida, lo que fortalece la validez y relevancia de los hallazgos derivados del estudio

Desde una perspectiva teórica, la investigación se alinea con enfoques contemporáneos que conciben el deterioro cognitivo como un proceso multidimensional, dinámico y socialmente situado. Al incorporar el marco de la reserva cognitiva y considerar factores psicosociales y estructurales, el estudio evita interpretaciones reduccionistas del deterioro cognitivo y reconoce la interacción entre capacidades individuales, recursos acumulados y condiciones sociales; esta aproximación contribuye a consolidar un enfoque explicativo más integral del envejecimiento, coherente con las discusiones actuales en neuropsicología y salud.

La investigación se sostiene en una perspectiva crítico-humanista que reconoce a las personas mayores como sujetos de derecho, con trayectorias de vida diversas, capacidades preservadas y necesidades diferenciadas. Desde esta mirada, la vejez no se reduce a una

etapa de pérdida, dependencia o declive, sino que se comprende como una experiencia socialmente situada, atravesada por desigualdades, recursos acumulados, vínculos significativos y condiciones de participación. En consecuencia, estudiar la relación entre condiciones sociales y funcionamiento cognitivo permite cuestionar representaciones deficitarias sobre el envejecimiento y favorecer una comprensión más amplia, respetuosa y empíricamente fundamentada de la vejez.

Esta perspectiva crítico-humanista no se limita a una posición valorativa frente al envejecimiento, sino que orienta decisiones metodológicas concretas dentro de la investigación. En primer lugar, condujo a no interpretar el deterioro cognitivo como un fenómeno exclusivamente individual, clínico o biomédico, sino como un proceso situado en trayectorias sociales, emocionales, funcionales y estructurales.

Por ello, el diseño analítico del estudio no se restringió al desempeño cognitivo como resultado aislado, sino que incorporó variables relacionadas con escolaridad, movilidad, funcionalidad física, estado de ánimo, percepción de salud, seguridad social, soledad percibida y aislamiento social. En segundo lugar, esta perspectiva justificó la diferenciación analítica entre soledad y aislamiento social, al reconocer que la experiencia subjetiva de desconexión y la condición objetiva de menor integración relacional no expresan el mismo fenómeno ni tienen necesariamente las mismas implicaciones para la vida cotidiana de las personas mayores.

En tercer lugar, orientó la decisión de analizar el deterioro cognitivo por dominios específicos, evitando reducir la cognición a un puntaje global que pudiera homogeneizar trayectorias diversas de envejecimiento. Finalmente, esta mirada también influyó en la interpretación de los hallazgos y en el diseño de la propuesta preventiva, al privilegiar una

lectura no patologizante, centrada en la prevención, la estimulación cognitiva, el fortalecimiento de redes de apoyo y la promoción de la participación social.

Por último, la investigación es útil porque el conocimiento que se obtiene puede ayudar a crear estrategias para prevenir y promover el bienestar mental, usando un enfoque psicoeducativo. Sin evaluar intervenciones específicas, los resultados del estudio pueden brindar información útil para desarrollar políticas públicas, programas comunitarios y prácticas profesionales que busquen aumentar la participación social, reducir el aislamiento y fomentar un envejecimiento más digno y activo.

Marco Teórico

Envejecimiento y Funcionamiento Cognitivo en Personas Mayores

El envejecimiento es un proceso vital complejo y heterogéneo que implica transformaciones progresivas en múltiples dimensiones del funcionamiento humano. La vejez no constituye una etapa uniforme ni puede reducirse a una lógica exclusivamente de deterioro, por el contrario, se caracteriza por una notable variabilidad interindividual en los cambios biológicos, funcionales, psicológicos y sociales.

En este marco, el funcionamiento cognitivo ocupa un lugar central, no solo por su relación con la salud mental, sino también por su papel en la preservación de la autonomía, la organización de la vida cotidiana y la participación social de las personas mayores (Parra-Rizo y Sanchís-Soler, 2023). Desde esta perspectiva, el envejecimiento saludable no depende únicamente de la ausencia de enfermedad, sino de la conservación de la capacidad

funcional y de la interacción entre las capacidades intrínsecas de la persona y las condiciones de su entorno (Beard et al., 2016).

Desde el punto de vista conceptual, el funcionamiento cognitivo en la vejez no puede entenderse como un atributo unitario ni como una capacidad estática, los cambios cognitivos asociados al envejecimiento presentan una marcada heterogeneidad, tanto entre individuos como entre funciones específicas, por lo que no existe una trayectoria única de envejecimiento cognitivo.

En este sentido, Villalba-Agustín y Espert-Tortajada (2014) señalan que la pérdida de funciones cerebrales no ocurre de manera homogénea ni afecta por igual a todas las personas, e incluso puede no manifestarse con la misma intensidad en todos los casos. Esta precisión resulta fundamental para el marco teórico, ya que evita concebir el deterioro cognitivo como un fenómeno lineal o uniforme y permite comprenderlo como un proceso diferenciado, en el que coexisten preservación funcional, cambios selectivos y en algunos casos, afectaciones más profundas.

La noción de variabilidad cognitiva en la vejez se articula con la idea de que el funcionamiento cognitivo se distribuye a lo largo de un espectro, en el que pueden identificarse desde niveles óptimos de desempeño, hasta disminuciones severas asociadas con trastornos neurodegenerativos. En este sentido, Aveleyra y García-Jiménez (2015) señalan que, en las personas mayores, el funcionamiento cognitivo puede abarcar desde la conservación adecuada de habilidades hasta una disminución anormal severa que conduzca a la aparición de demencia. Comprender la cognición desde esta perspectiva permite superar la visión dicotómica que la reduce a las categorías de normalidad y patología, asimismo, posibilita analizar distintos niveles de desempeño cognitivo cuya relevancia no

radica únicamente en su magnitud, sino también en las implicaciones funcionales que tienen para la autonomía, la vida cotidiana y la participación social de las personas mayores.

Esta idea es especialmente útil para estudios sobre el deterioro cognitivo en la población general, ya que reconoce que hay cambios en la forma de pensar que no son necesariamente una enfermedad, pero que pueden afectar la vida diaria de las personas. Así, el interés teórico por el funcionamiento cognitivo no solo busca identificar problemas clínicos, sino también entender cómo ciertas habilidades cognitivas ayudan a mantener la independencia y la adaptación en la vejez.

Se trata de un enfoque de envejecimiento saludable que permite comprender la cognición no como una función aislada, sino como una dimensión constitutiva del bienestar y de la capacidad de las personas mayores para sostener una vida con autonomía, sentido y participación.

Desde esta perspectiva, el envejecimiento saludable se concibe como un proceso multidimensional en el que el funcionamiento cognitivo ocupa un lugar estratégico, en tanto se articula con la funcionalidad física, la regulación emocional, la interacción social y las condiciones del entorno que hacen posible la conservación de la independencia y la calidad de vida. Así, la cognición deja de entenderse únicamente en términos de rendimiento o deterioro y pasa a reconocerse como un componente central en la manera en que las personas mayores se relacionan con su vida cotidiana, toman decisiones, organizan sus actividades y mantienen vínculos significativos con los demás (Paoli et al., 2025).

Desde la perspectiva de la OMS, el envejecimiento saludable se entiende como un proceso dinámico que resulta de la interacción entre la capacidad intrínseca de la persona y las condiciones del entorno en el que transcurre su vida. En este marco, el funcionamiento cognitivo constituye una dimensión central de la capacidad funcional, de modo que su deterioro no se limita a una pérdida aislada de rendimiento mental, sino que puede comprometer la toma de decisiones, el aprendizaje, la adaptación al entorno y la posibilidad de sostener la autonomía y la participación en la vida cotidiana (Beard et al., 2016).

Un aspecto relevante de esta aproximación es que el deterioro cognitivo óptimo no se equipara con la ausencia absoluta de deterioro, en lugar de ello, se enfatiza la conservación de una estructura cognitiva suficientemente organizada que permita compensar cambios selectivos sin comprometer de manera significativa la funcionalidad; en este sentido, no se trata de envejecer sin ningún cambio cognitivo, sino de preservar una estructura cognitiva multidimensional que sostiene el funcionamiento global. Esta idea resulta fundamental para evitar enfoques normativos irreales sobre la vejez y para comprender el deterioro cognitivo como un fenómeno que debe interpretarse en relación con la capacidad funcional y la calidad de vida (Aveleyra y García-Jiménez, 2015).

En esta misma línea, la Comisión Lancet sobre prevención, intervención y cuidado de la demencia ha señalado que la disminución de la incidencia específica por edad observada en algunos países, probablemente se relaciona con mejoras históricas en la educación, la nutrición, la atención sanitaria y los estilos de vida. Este planteamiento refuerza la idea de que el funcionamiento cognitivo en la vejez no depende exclusivamente de procesos neurobiológicos, sino que también se encuentra condicionado por factores

sociales, culturales e históricos que inciden en las trayectorias de envejecimiento (Livingston et al., 2020).

En consecuencia, el deterioro cognitivo debe ser entendido como un proceso heterogéneo, continuo y funcionalmente significativo, cuya manifestación solo puede comprenderse de manera adecuada si se consideran las trayectorias de vida de las personas y los contextos sociales en los que envejecen. Esta perspectiva permite superar interpretaciones reduccionistas y constituye la base para abordar, en los apartados siguientes, la conceptualización del deterioro cognitivo, así como su posible articulación con la soledad y el aislamiento social en personas mayores.

No obstante, reconocer la heterogeneidad del envejecimiento cognitivo implica también distinguir entre los cambios esperables asociados al paso del tiempo y aquellas alteraciones que adquieren relevancia clínica, funcional o social. Esta distinción resulta indispensable, ya que no toda variación en el desempeño cognitivo puede interpretarse como deterioro patológico, por ello, el siguiente apartado se orienta a delimitar conceptualmente el deterioro cognitivo y a precisar los dominios cognitivos más relevantes para su análisis en personas mayores.

Deterioro cognitivo: conceptualización y dominios cognitivos

El concepto de deterioro cognitivo ocupa un lugar central en la investigación sobre envejecimiento, pero su uso requiere una delimitación teórica precisa para evitar ambigüedades analíticas. Desde una perspectiva conceptual, el deterioro cognitivo puede entenderse como un proceso heterogéneo. Su expresión clínica depende de la interacción entre daño neuropatológico y mecanismos de reserva cognitiva. Estos mecanismos

permiten explicar la variabilidad en el desempeño funcional entre individuos con niveles similares de afectación cerebral (Stern, 2002, 2009).

Esta definición amplia ayuda a ver el deterioro cognitivo como algo que está entre el funcionamiento normal y el funcionamiento patológico, lo que evita que se considere solo como una enfermedad y permite analizarlo mejor en diferentes grupos de personas. En este sentido, el deterioro cognitivo puede entenderse como una expresión de vulnerabilidad cerebral que adquiere significado en función de su relación con la funcionalidad, la autonomía y las demandas del entorno (Mejía-Arango et al., 2007).

Por otro lado, en el envejecimiento normal pueden observarse cambios sutiles en ciertas funciones, particularmente en la velocidad de procesamiento o en la memoria episódica, que no comprometen de manera significativa la autonomía ni el desempeño cotidiano; en contraste, el deterioro cognitivo implica una disminución más marcada y persistente que, aun sin cumplir criterios de demencia, puede afectar la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades complejas o adaptarse a nuevas demandas (Arce-Rentería et al., 2020). Esta distinción conceptual resulta fundamental para estudios poblacionales, ya que evita equiparar cualquier cambio cognitivo con enfermedad y permite identificar estados de vulnerabilidad cognitiva relevantes para la salud pública.

Un elemento clave en la conceptualización del deterioro cognitivo es su carácter multidimensional. El funcionamiento cognitivo se compone de distintos dominios interrelacionados, cada uno con funciones específicas y trayectorias de cambio diferenciadas. Villalba-Agustín y Espert-Tortajada (2014) señalan que el desempeño cognitivo en la vejez involucra múltiples procesos, entre los que destacan la memoria, la atención y las funciones ejecutivas, las cuales incluyen habilidades como la planificación,

la inhibición de respuestas y la toma de decisiones. Esta idea multidimensional evita ver el deterioro cognitivo como una reducción uniforme y hace necesario que reconozcamos que se puede tener dificultades en algunas áreas mientras se mantiene otras en buen estado.

La memoria es un tema crucial en la conversación sobre el deterioro cognitivo, ya que tiene una función clave y está relacionada con trastornos neurodegenerativos. Sin embargo, mirar el deterioro cognitivo solo desde la memoria es una visión limitada.

De acuerdo con Soto-Salcedo y Mosquera-Osorio (2024), las funciones ejecutivas, por ejemplo, desempeñan un papel fundamental en la organización de la conducta, la resolución de problemas y la adaptación a situaciones nuevas; alteraciones en estas funciones pueden tener consecuencias significativas en la vida cotidiana, aun cuando otros dominios se mantengan relativamente estables. De manera similar, los cambios en la atención o en la velocidad de procesamiento pueden afectar la capacidad para manejar múltiples tareas o responder eficazmente a demandas del entorno.

El deterioro cognitivo adquiere significado clínico y social cuando se traduce en dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria, especialmente aquellas que requieren un mayor nivel de complejidad cognitiva. Como se mencionó con anterioridad, los procesos cognitivos ayudan en el desempeño y la independencia de las personas. Esto significa que los problemas cognitivos se deben entender según cómo afectan la capacidad de la persona para vivir de forma autónoma (Aveleyra y García-Jiménez, 2015); desde este enfoque, el deterioro cognitivo no se define únicamente por la presencia de déficits en pruebas, sino por la forma en la que estos déficits interfieren con la vida cotidiana.

Desde una perspectiva teórica, resulta fundamental distinguir entre deterioro cognitivo global y deterioro cognitivo por dominios específicos. El deterioro cognitivo global alude a una disminución general del rendimiento cognitivo, mientras que el análisis por dominios permite identificar alteraciones diferenciadas en procesos como la memoria, la atención, el lenguaje, la orientación o las funciones ejecutivas, esta distinción es relevante porque la cognición no constituye una capacidad unitaria.

En estudios basados en encuestas poblacionales, esta precisión adquiere importancia metodológica, ya que los instrumentos de evaluación suelen captar distintos componentes del funcionamiento cognitivo y no únicamente un nivel general de desempeño, lo que permite reconocer perfiles diferenciados de afectación en personas mayores (Arce-Rentería et al., 2020).

A su vez, analizar el deterioro por dominios evita reducir la experiencia cognitiva de la vejez a un puntaje único y permite comprender con mayor claridad de qué manera ciertas alteraciones específicas pueden traducirse en distintos grados de afectación funcional en la vida cotidiana (Slachevsky et al., 2024).

En continuidad con lo anterior, concebir el deterioro cognitivo como un fenómeno multidimensional y funcionalmente relevante implica reconocer que su estudio en la población mayor no puede reducirse a la sola identificación de déficits aislados ni a la obtención de un puntaje global de desempeño. Por el contrario, exige analizar de qué manera las alteraciones cognitivas se expresan en la capacidad de las personas para organizar su vida cotidiana, tomar decisiones, adaptarse a las exigencias del entorno y preservar niveles significativos de autonomía e independencia. Esta perspectiva resulta especialmente importante porque sitúa el deterioro cognitivo en relación con la capacidad

funcional y con las condiciones concretas en que transcurre el envejecimiento, lo que permite comprenderlo no solo como una variación del rendimiento mental, sino como un proceso con implicaciones directas para el bienestar, la participación y la calidad de vida de las personas mayores (Beard et al., 2016).

Para comprender el deterioro cognitivo en la vejez de manera más precisa, es necesario partir de tres consideraciones fundamentales. En primer lugar, conviene evitar definiciones reduccionistas centradas exclusivamente en diagnósticos clínicos, ya que ello limita la comprensión de un fenómeno cuya relevancia también se expresa en la vida cotidiana de las personas mayores; en segundo lugar, resulta indispensable considerar el contexto en el que se manifiestan las dificultades cognitivas, lo que implica atender tanto las demandas del entorno como los recursos disponibles para afrontarlas o compensarlas; en este sentido, el acceso a actividades cognitivamente estimulantes, la existencia de apoyos familiares o sociales y la disponibilidad de entornos favorables pueden contribuir a preservar la funcionalidad y a disminuir el impacto cotidiano de ciertas alteraciones cognitivas.

En tercer lugar, el deterioro cognitivo debe interpretarse como parte de un proceso más amplio de envejecimiento, en el que las capacidades cognitivas interactúan de manera constante con factores personales, sociales y ambientales; esta perspectiva no solo enriquece su estudio, sino que también orienta el diseño de intervenciones más integrales y sensibles a las condiciones reales en las que envejecen las personas (Beard et al., 2016).

En síntesis, el deterioro cognitivo puede entenderse como una disminución significativa y persistente del funcionamiento mental en uno o más procesos cognitivos,

inscrita dentro de un continuo de desempeño cuya importancia radica en sus efectos sobre la funcionalidad, la autonomía y la independencia en la vejez.

Desde el enfoque de la reserva cognitiva, esta condición no debe concebirse como una manifestación uniforme ni como el resultado mecánico de un mismo grado de daño cerebral, sino como una expresión clínica variable cuya forma e intensidad dependen de la interacción entre los cambios neuropatológicos y los recursos adaptativos que permiten sostener el funcionamiento cotidiano. En consecuencia, el deterioro cognitivo no se explica únicamente por la presencia de afectación cerebral, sino también por la capacidad de la persona para compensar, resistir o modular sus efectos a lo largo del envejecimiento (Stern et al., 2023).

Soledad y aislamiento social en la vejez

Importancia de la distinción conceptual

La distinción conceptual entre soledad y aislamiento social no constituye una precisión meramente terminológica, sino una condición analítica necesaria para examinar con mayor rigor sus posibles vínculos con el funcionamiento cognitivo en la vejez. Diferenciar ambos constructos permite identificar con mayor claridad la naturaleza de la experiencia que se estudia y, con ello, comprender de manera más precisa sus relaciones con la autonomía, la funcionalidad y el bienestar emocional en las personas mayores.

Establecer esta diferencia resulta relevante en el estudio del envejecimiento, porque evita asumir que ambas condiciones se presentan siempre de manera conjunta y permite reconocer que pueden seguir trayectorias distintas y tener implicaciones también

diferenciadas sobre la vida cotidiana y la salud de las personas mayores (Durón-Reyes et al., 2023).

Cohen-Mansfield (2025) subraya que la soledad se relaciona con la discrepancia percibida entre las relaciones sociales deseadas y las efectivamente disponibles, lo que la convierte en una experiencia profundamente individual y contextual, desde esta perspectiva, una persona puede sentirse sola aun cuando mantenga interacciones frecuentes, si estas no satisfacen sus necesidades emocionales o de pertenencia.

El aislamiento social, en contraste, se refiere a una condición objetiva caracterizada por la escasez de contactos sociales, la baja frecuencia de interacción o la limitada integración en redes sociales. A diferencia de la soledad, el aislamiento social puede medirse a partir de indicadores estructurales, como el tamaño de la red social, la convivencia con otros o la participación en actividades comunitarias. Por otro lado, el aislamiento social no implica necesariamente malestar subjetivo, ya que algunas personas con redes sociales reducidas no experimentan sentimientos de soledad, mientras que otras con redes amplias sí pueden sentirse solas (Cohen-Mansfield, 2025).

Implicaciones analíticas y funcionales

Distinguir entre soledad y aislamiento social permite analizar sus efectos en las personas mayores desde una perspectiva más integral, considerando tanto las dimensiones psicológicas como las funcionales. Esta diferenciación ayuda a encontrar formas específicas en las que cada condición puede afectar el funcionamiento mental, el bienestar emocional y la habilidad de enfrentar los desafíos del envejecimiento. De esta forma, la delimitación conceptual se convierte en un recurso fundamental para orientar la

investigación y el diseño de intervenciones que respondan a las necesidades particulares de este grupo poblacional.

Esta diferenciación resulta especialmente relevante en la vejez, etapa en la que suelen producirse cambios significativos en las redes sociales como consecuencia de la jubilación, la viudez, la pérdida de amistades o la disminución de la movilidad. Tales cambios pueden dar lugar tanto a situaciones de aislamiento social como a experiencias de soledad, pero no de manera automática ni uniforme. Guarnera et al. (2023) destacan que la literatura muestra trayectorias diversas, en las que la reducción objetiva de contactos no siempre se traduce en soledad subjetiva, y viceversa. Esta observación refuerza la necesidad de tratar ambos constructos de forma diferenciada en el análisis teórico y empírico.

Desde una perspectiva psicosocial, la soledad adquiere particular relevancia en la vejez por su asociación con el bienestar emocional y la salud mental. La soledad se ha vinculado con afecto negativo, sintomatología depresiva y una menor percepción de bienestar, lo que sugiere que su impacto rebasa la dimensión estrictamente social y se inscribe en procesos emocionales y cognitivos más amplios. En este sentido, puede entenderse como una experiencia estresante de carácter crónico, capaz de influir en la forma en que las personas mayores interpretan y responden a su entorno (Ramírez-López et al., 2024).

Un aspecto clave en la conceptualización de la soledad y el aislamiento social es que ambas condiciones no deben interpretarse únicamente como estados individuales, sino como fenómenos inscritos en contextos sociales, culturales y estructurales específicos. Desde esta perspectiva, las experiencias de envejecimiento se configuran a partir de la interacción entre las capacidades de la persona y las condiciones del entorno, por lo que la

calidad de los vínculos, las oportunidades de participación y los apoyos disponibles adquieren una relevancia central en la vida cotidiana de las personas mayores (Beard et al., 2016).

En este sentido, las normas sociales, las expectativas sobre la vida familiar y comunitaria, así como las oportunidades estructurales de interacción, influyen en la manera en que las personas mayores experimentan, interpretan y gestionan sus relaciones sociales, por ello, la soledad y el aislamiento social no pueden desvincularse de condiciones más amplias, como el acceso a espacios de participación, la protección social y las desigualdades acumuladas a lo largo del curso de vida, ya que tales factores inciden de manera significativa en las trayectorias de envejecimiento y en las posibilidades de sostener vínculos significativos y bienestar en la vejez (Paoli et al., 2025).

Resulta fundamental reconocer que soledad y aislamiento social pueden coexistir, pero también presentarse de manera independiente. Cohen-Mansfield (2025) propone considerar distintos modelos relacionales, entre ellos aquellos en los que la soledad precede al aislamiento social, aquellos en los que el aislamiento social genera soledad y aquellos en los que ambas condiciones emergen de factores comunes. De esta forma, se evita asumir relaciones causales unidireccionales y se abre la posibilidad de analizar configuraciones diversas de experiencia social en la vejez.

Cohen-Mansfield (2025) señalan que la soledad y el aislamiento social pueden coexistir, aunque también presentarse de manera independiente. En este sentido, proponen distintos modelos relacionales: algunos plantean que la soledad puede preceder al aislamiento social; otros, que el aislamiento social puede dar lugar a la soledad; y otros más, que ambos constructos podrían derivar de factores comunes. Este marco teórico evita

interpretaciones causales simplistas y ofrece una base más precisa para analizar las experiencias sociales en la vejez, favoreciendo una comprensión más amplia de estos factores y de las formas en que se articulan entre sí.

Relaciones teóricas entre Soledad, Aislamiento Social y Deterioro Cognitivo

La relación entre la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo en la vejez no puede explicarse mediante esquemas causales simples ni unidireccionales. Desde una perspectiva teórica, estas dimensiones conforman una trama de procesos interrelacionados que operan a través de mecanismos psicológicos, sociales, emocionales y conductuales, cuya expresión depende tanto de las trayectorias individuales como de las condiciones estructurales en las que envejecen las personas. Por ello, su análisis exige modelos que permitan comprender cómo las experiencias sociales en la vejez se vinculan con el funcionamiento cognitivo sin reducir dicha relación a asociaciones lineales o mecánicas (Guarnera et al., 2023).

Uno de los modelos más discutidos plantea un efecto directo de la soledad sobre el funcionamiento cognitivo, desde esta perspectiva, la soledad se concibe como una experiencia de estrés psicosocial persistente que puede activar estados de hipervigilancia, afecto negativo y procesamiento reiterativo de experiencias de desconexión, con el consiguiente desgaste de recursos cognitivos. La soledad no actúa únicamente como una condición emocional adversa, sino como un estresor sostenido que puede interferir con procesos como la atención, la memoria y la autorregulación, contribuyendo de manera gradual a trayectorias de deterioro cognitivo (Cohen-Mansfield, 2025).

Un segundo modelo enfatiza el papel del aislamiento social como reducción objetiva de la estimulación cognitiva cotidiana, desde este enfoque, la interacción social constituye un espacio privilegiado de activación mental en el que se movilizan procesos como el lenguaje, la memoria, la atención, la interpretación de claves sociales y la flexibilidad cognitiva. Cuando los contactos sociales disminuyen de manera significativa, también se reducen las oportunidades de activación cognitiva vinculada con la conversación, la resolución de problemas cotidianos y la participación en actividades compartidas. En este sentido, el aislamiento social favorece que se empobrezca el entorno estimulante de la persona mayor y favorece procesos de desuso funcional con posibles repercusiones sobre el rendimiento cognitivo (Qi et al., 2023).

Un tercer modelo propone una relación bidireccional entre las condiciones sociales y el deterioro cognitivo, desde esta perspectiva, la soledad y el aislamiento social no solo pueden influir sobre la cognición, sino que los cambios cognitivos incipientes también pueden modificar de manera progresiva la vida social de las personas mayores. Las dificultades de memoria, comprensión o adaptación a situaciones complejas pueden conducir al retraimiento, a la evitación de interacciones demandantes o a la reducción de la participación comunitaria, incrementando la probabilidad de experimentar aislamiento y soledad. Este planteamiento resulta especialmente relevante porque cuestiona la idea de causalidades lineales y permite comprender que el deterioro cognitivo y la desconexión social pueden reforzarse mutuamente a lo largo del tiempo (Durón-Reyes et al., 2023).

Un cuarto enfoque sugiere que la asociación entre soledad, aislamiento social y deterioro cognitivo puede estar modulada por factores concurrentes que inciden simultáneamente sobre la vida social y el funcionamiento mental. Entre ellos destacan el

estado de ánimo, la salud física, la funcionalidad cotidiana y la presencia de síntomas cognitivos, los cuales pueden configurar escenarios de mayor vulnerabilidad sin que ello implique necesariamente una relación causal directa y exclusiva entre desconexión social y deterioro cognitivo. Esta perspectiva complejiza el análisis, ya que obliga a considerar mediaciones y condiciones intervinientes que forman parte de la experiencia concreta del envejecimiento (Ramírez-López et al., 2024).

Estos modelos no deben entenderse como explicaciones mutuamente excluyentes, por el contrario, distintos mecanismos pueden operar de manera simultánea o secuencial en diferentes momentos del curso de vida, según las características personales, los recursos acumulados y las condiciones del entorno. Desde esta mirada integradora, la participación social, la estimulación cognitiva y la posibilidad de sostener vínculos significativos pueden actuar como factores protectores del funcionamiento cognitivo, mientras que su debilitamiento puede constituir un escenario de riesgo. Ello permite comprender que la vida social no solo acompaña el envejecimiento, sino que forma parte de las condiciones que pueden favorecer o limitar trayectorias de bienestar cognitivo (Paoli et al., 2025).

Desde una perspectiva cognitivo-funcional, la interacción social puede entenderse como un contexto especialmente demandante, ya que implica la coordinación de diversos procesos cognitivos y adaptativos. Conversar, interpretar intenciones, responder a normas sociales, resolver desacuerdos, planificar actividades compartidas o mantener intercambios significativos requiere poner en marcha funciones como la memoria de trabajo, la atención, el lenguaje, la flexibilidad cognitiva y la regulación emocional. En consecuencia, la disminución sostenida de estas experiencias no solo limita el apoyo social disponible, sino que también puede reducir la complejidad cognitiva del entorno cotidiano, lo cual podría

afectar indirectamente el mantenimiento de ciertas capacidades funcionales (Slachevsky et al., 2024).

La soledad, por su parte, introduce una dimensión subjetiva que puede intensificar los efectos del aislamiento o manifestarse incluso en presencia de contactos sociales formales, su relevancia teórica radica en que remite a la vivencia emocional de desconexión, insatisfacción o falta de reciprocidad en los vínculos, lo que puede afectar la motivación, la disposición al involucramiento social y la manera en que las personas mayores procesan cognitivamente su experiencia cotidiana. La soledad no se reduce a la ausencia de relaciones, sino que expresa una forma específica de malestar relacional con potenciales implicaciones emocionales y cognitivas (Guarnera et al., 2023).

Un aspecto central de estos modelos es que ninguno plantea una relación inevitable entre la vida social y la cognición. Por el contrario, dicha relación debe entenderse en términos probabilísticos y modulables, más que deterministas. En este sentido, la presencia de apoyos, recursos personales, estrategias de afrontamiento, oportunidades de participación y entornos favorables puede amortiguar los efectos adversos de la soledad o del aislamiento social sobre el funcionamiento cognitivo. Esta perspectiva es consistente con los enfoques de envejecimiento saludable, según los cuales la trayectoria de bienestar depende de la interacción entre las capacidades de la persona y las condiciones sociales y ambientales en las que transcurre su vida (Beard et al., 2016).

En síntesis, las relaciones entre soledad, aislamiento social y deterioro cognitivo pueden comprenderse a partir de modelos que incluyen efectos directos, procesos bidireccionales y factores concurrentes que complejizan su interpretación; la soledad se configura como una experiencia subjetiva con potencial impacto emocional y cognitivo,

mientras que el aislamiento social remite a una condición objetiva que puede empobrecer la estimulación cotidiana y limitar las oportunidades de participación.

Ambos constructos, aunque diferenciados, se inscriben en dinámicas complejas y no lineales, lo que justifica su análisis conjunto sin perder su especificidad conceptual y prepara el tránsito hacia el estudio de la reserva cognitiva, al abrir la discusión sobre cómo las experiencias sociales, los recursos acumulados y las capacidades de adaptación pueden modular el funcionamiento cognitivo en la vejez (Stern et al., 2023).

Reserva cognitiva y resiliencia cognitiva

El concepto de reserva cognitiva ocupa un lugar central en la comprensión de las diferencias observadas en el funcionamiento mental durante la vejez y, en particular, en la forma en que se manifiesta el deterioro cognitivo; su relevancia teórica radica en que permite explicar por qué personas con niveles semejantes de afectación cerebral o con cambios neuropatológicos comparables, pueden presentar desempeños cognitivos y funcionales distintos. Desde esta perspectiva, la cognición en la vejez no se explica únicamente por la magnitud del daño, sino también por la disponibilidad de recursos funcionales acumulados en el curso de su vida (Stern et al., 2023).

En su formulación contemporánea, la reserva cognitiva puede entenderse como la capacidad de sostener el desempeño mediante el uso flexible, eficiente o alternativo de recursos cognitivos frente a condiciones adversas. Esta concepción introduce una visión no pasiva del envejecimiento cerebral, ya que reconoce que la expresión clínica del deterioro no depende exclusivamente de procesos biológicos, sino también de la historia previa de aprendizaje, participación y exposición a experiencias cognitivamente complejas. En términos teóricos, ello implica asumir que el rendimiento observado en la vejez es resultado

de la interacción entre cambios cerebrales y recursos funcionales previamente contruidos (Stern et al., 2020).

Uno de los aportes más relevantes de este enfoque radica en distinguir entre la afectación cerebral y su manifestación clínica. Desde esta perspectiva, la relación entre la patología y el desempeño cognitivo no es lineal ni proporcional, debido a que la reserva cognitiva actúa como un modulador de dicha relación. Esto permite comprender que el deterioro cognitivo no debe interpretarse automáticamente como un reflejo directo del envejecimiento cerebral, sino como el resultado de un equilibrio dinámico entre los procesos de afectación y los mecanismos de compensación. Este planteamiento resulta especialmente útil en el estudio de las personas mayores, ya que ofrece una explicación más compleja de la heterogeneidad cognitiva que aquella proporcionada por enfoques exclusivamente biomédicos (Calderón Rubio et al., 2022).

La evolución reciente del concepto ha conducido, además, a una mayor precisión terminológica, en particular, se ha propuesto distinguir entre reserva cognitiva, reserva cerebral, mantenimiento cerebral y resiliencia, con el fin de evitar solapamientos conceptuales y delimitar con mayor claridad el alcance de cada noción. En este marco, la reserva cognitiva remite a la flexibilidad funcional y a la eficiencia en el uso de recursos cognitivos, la reserva cerebral se vincula con aspectos estructurales, el mantenimiento cerebral se relaciona con la preservación relativa de la integridad cerebral a lo largo del tiempo, y la resiliencia se refiere a la capacidad de sostener un funcionamiento adecuado frente a condiciones adversas, esta distinción fortalece la consistencia conceptual del análisis del envejecimiento cognitivo (Stern et al., 2023).

Así mismo, la reserva cognitiva no debe concebirse como un atributo innato o fijo, sino como un recurso acumulativo que se construye de manera desigual a lo largo del curso de vida. Factores como la escolaridad, la complejidad ocupacional, la actividad mental sostenida y la interacción social favorecen el desarrollo de redes cognitivas más eficientes y diversificadas; este planteamiento adquiere especial relevancia en contextos marcados por desigualdades sociales, ya que sugiere que las oportunidades para construir reserva no se distribuyen de manera homogénea entre las personas ni entre los grupos sociales (Paoli et al., 2025).

Esta dimensión estructural resulta especialmente importante en el contexto mexicano, ya que la evidencia disponible muestra que el nivel educativo se asocia de manera significativa con la esperanza de vida cognitiva en personas mayores, lo que sugiere que los recursos acumulados durante etapas tempranas y medias del curso de vida tienen efectos persistentes sobre la trayectoria cognitiva en edades avanzadas. Más allá de su valor empírico, esta observación refuerza la pertinencia teórica de la reserva cognitiva para estudiar el deterioro cognitivo en poblaciones heterogéneas, pues pone de manifiesto que las diferencias en el funcionamiento mental también expresan desigualdades históricamente construidas en el acceso a oportunidades formativas y de desarrollo (Cabrero-Castro et al., 2023).

Un aspecto fundamental del enfoque de reserva cognitiva es su articulación con el entorno social, puesto que las experiencias socialmente estructuradas no solo proporcionan compañía o apoyo afectivo, sino que también pueden constituir escenarios de estimulación cognitiva sostenida; la participación en actividades socialmente complejas, la interacción frecuente con otras personas y la inserción en contextos relacionales diversos exigen

memoria, atención, flexibilidad, regulación emocional y capacidad de adaptación. Desde esta óptica, la vida social no representa únicamente un trasfondo contextual, sino una dimensión activa en la construcción y mantenimiento de recursos cognitivos, lo que vuelve teóricamente pertinente la incorporación de variables como la soledad y el aislamiento social en el análisis del deterioro cognitivo (Paoli et al., 2025)

La Comisión Lancet sobre prevención, intervención y cuidado de la demencia, ha reforzado esta línea de interpretación al integrar la educación, la participación social y otros factores modificables dentro de un modelo de riesgo acumulativo a lo largo de la vida. La importancia de este planteamiento reside en que permite comprender la reserva cognitiva no solo como una propiedad individual, sino como una construcción vinculada con condiciones sociales, oportunidades de desarrollo y trayectorias de exposición diferencial a factores protectores o de riesgo. Así, la reserva cognitiva se convierte en un puente conceptual entre las experiencias sociales y los resultados cognitivos observables en la vejez (Livingston et al., 2020).

Desde el punto de vista teórico, la incorporación de la reserva cognitiva y de la resiliencia permite superar interpretaciones deterministas del deterioro cognitivo, es decir, en lugar de concebir la vejez como una etapa definida exclusivamente por la pérdida, este enfoque reconoce la coexistencia de vulnerabilidad y capacidad adaptativa, así como la posibilidad de que distintas trayectorias cognitivas emerjan a partir de combinaciones específicas de recursos acumulados, condiciones de vida y exigencias del entorno, es así que, la resiliencia cognitiva no niega la presencia de cambios adversos, sino que enfatiza la posibilidad de sostener niveles funcionales de desempeño pese a ellos, lo que amplía el

marco interpretativo del deterioro cognitivo y lo sitúa dentro de una lógica de variabilidad y adaptación (Sindi et al., 2025).

En suma, la reserva cognitiva y la resiliencia cognitiva constituyen nociones fundamentales para comprender las diferencias en el funcionamiento mental durante la vejez, al articular dimensiones biológicas, cognitivas y sociales dentro de un mismo marco analítico. La reserva cognitiva puede entenderse como un recurso funcional acumulado que modula la relación entre afectación cerebral y expresión clínica, mientras que la resiliencia remite a la capacidad de mantener un desempeño relativamente adecuado frente a condiciones adversas. En conjunto, ambas nociones ofrecen una base teórica sólida para analizar cómo las trayectorias de vida, las desigualdades sociales y las experiencias relacionales pueden influir en la forma en que se configura el deterioro cognitivo en las personas mayores (Stern et al., 2023).

Factores psicosociales y estructurales asociados al deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo en la vejez se encuentra asociado no solo con condiciones clínicas, sino también con factores psicosociales y estructurales que inciden en la experiencia de envejecer. En el plano psicosocial, como se mencionó con anterioridad, la evidencia muestra que la soledad y el aislamiento social se relacionan con un peor funcionamiento cognitivo, tanto en el rendimiento global como en dominios específicos.

Lee et al. (2024) documentaron que la soledad se asocia con mayor probabilidad de deterioro cognitivo y con afectaciones en memoria, función visoespacial y función ejecutiva, además de observar menor volumen en regiones cerebrales vinculadas con dichos procesos.

Por su parte, Durón-Reyes et al. (2023) encontraron una asociación negativa entre soledad, aislamiento social y función cognitiva, así como una relación entre peor desempeño y mayor queja subjetiva de memoria. A su vez, Zhang et al. (2025) mostraron que el aislamiento social se asocia con menor capacidad cognitiva global y que este efecto se intensifica o atenúa según condiciones estructurales como el desarrollo económico, los sistemas de bienestar y la posición socioeconómica.

Las condiciones socioeconómicas constituyen un marco estructural decisivo para comprender el deterioro cognitivo en la vejez, es decir, la posición social acumulada a lo largo de la vida influye en la exposición diferencial a riesgos, en la calidad de la alimentación, en el acceso a servicios de salud, en las oportunidades de escolarización y en la posibilidad de sostener entornos estimulantes. En este orden de ideas, la pobreza no debe ser entendida únicamente como carencia material presente en edades avanzadas, sino como expresión de trayectorias prolongadas de desigualdad que afectan las condiciones en que se envejece y las posibilidades de sostener un funcionamiento cognitivo favorable (Ponce y Beltrán-Sánchez, 2025).

La noción de pobreza multidimensional resulta particularmente útil porque permite articular dimensiones que inciden de manera convergente en la salud cognitiva, como educación, vivienda, acceso a servicios, seguridad social y estabilidad económica; el deterioro cognitivo puede situarse dentro de un entramado más amplio de desventajas acumuladas, donde las restricciones materiales no solo limitan el bienestar inmediato, sino también las oportunidades de atención, prevención, estimulación cognitiva y participación social. Ello refuerza la idea de que la vulnerabilidad cognitiva no se distribuye al azar, sino que sigue patrones socialmente estructurados (Livingston et al., 2020).

La seguridad social, por su parte, debe ser considerada como un factor de protección estructural, su importancia no radica únicamente en la cobertura sanitaria, sino también en la capacidad de ofrecer condiciones de estabilidad material, previsibilidad y menor exposición a contingencias críticas en la vejez. Cuando las personas mayores cuentan con acceso a servicios de salud, apoyos institucionales y mecanismos básicos de protección, se reducen algunas de las cargas que agravan el deterioro funcional y emocional. Por ello, la seguridad social no solo protege ingresos o acceso a atención, sino que configura entornos más favorables para sostener bienestar y funcionalidad en edades avanzadas (Schaap et al., 2024).

En conjunto, estos hallazgos permiten sostener que el deterioro cognitivo debe comprenderse como un fenómeno en el que convergen dimensiones subjetivas, relacionales y estructurales, las cuales configuran de manera desigual la vulnerabilidad cognitiva en la vejez.

Escolaridad y trayectorias educativas

La escolaridad ocupa un lugar central en los modelos explicativos del deterioro cognitivo porque constituye una de las principales vías de acumulación de recursos cognitivos en la trayectoria de vida. La educación formal no solo proporciona conocimientos instrumentales, sino que contribuye al desarrollo de habilidades generales de razonamiento, comprensión, flexibilidad mental y resolución de problemas, las cuales pueden favorecer un mejor desempeño cognitivo en edades avanzadas; bajo esta óptica, la escolaridad no debe entenderse únicamente como un antecedente biográfico, sino como una experiencia estructurante que incide en la forma en que las personas enfrentan las demandas cognitivas del envejecimiento (Paoli et al., 2025).

Desde una perspectiva estructural, las trayectorias educativas también expresan desigualdades sociales acumuladas, en el caso mexicano, la evidencia muestra que mayores niveles de escolaridad se asocian con más años de vida cognitivamente saludable, así como con una menor duración del deterioro cognitivo y de la demencia. Esta relación sugiere que la educación actúa simultáneamente como recurso de estimulación cognitiva y como indicador de acceso diferencial a oportunidades ocupacionales, culturales y sociales que favorecen trayectorias de envejecimiento más protectoras para la cognición (Cabrero-Castro et al., 2023).

Lo anterior permite sostener que la escolaridad no solo influye por los aprendizajes que transmite de forma directa, sino también por las disposiciones cognitivas y sociales que consolida a lo largo del tiempo. Las trayectorias educativas más prolongadas suelen estar asociadas con mayores posibilidades de inserción en entornos cognitivamente demandantes, de acceso a información y de participación en contextos que exigen adaptación y uso sostenido de recursos mentales. Por ello, la educación debe ser analizada como una dimensión históricamente construida que contribuye a modular la vulnerabilidad cognitiva en la vejez (Stern et al., 2023).

Movilidad, funcionalidad física y entorno

La movilidad y la funcionalidad física representan dimensiones fundamentales para comprender el deterioro cognitivo desde una perspectiva psicosocial, ya que la posibilidad de desplazarse, salir del hogar, realizar actividades cotidianas y sostener cierto grado de independencia influye directamente en las oportunidades de contacto social, participación comunitaria y exposición a estímulos ambientales. Desde esta lógica, la movilidad no debe reducirse a una capacidad corporal aislada, sino analizarse como una condición que amplía

o restringe el acceso de las personas mayores a contextos de interacción y activación cognitiva (Slachevsky et al., 2024).

Las limitaciones de movilidad pueden generar una reducción progresiva del entorno cotidiano, con efectos indirectos sobre la estimulación mental y la vida relacional, cuando la persona mayor disminuye sus desplazamientos o enfrenta barreras físicas para participar fuera del hogar, también tienden a reducirse las exigencias cognitivas asociadas con la orientación espacial, la planificación, la resolución de problemas cotidianos y la interacción social. En este sentido, la funcionalidad física actúa como mediadora entre las capacidades individuales y las posibilidades reales de participación, por lo que su deterioro puede favorecer escenarios de dependencia, retraimiento y menor complejidad cognitiva del entorno (Parra-Rizo y Sanchís-Soler, 2023).

El entorno desempeña igualmente un papel decisivo, pues no basta con considerar el estado funcional de la persona, es necesario analizar si existen condiciones materiales, urbanas y sociales que faciliten o dificulten el desplazamiento, la participación y la autonomía. Espacios inseguros, escasa accesibilidad o ausencia de redes de apoyo pueden transformar limitaciones moderadas en barreras severas para la vida cotidiana, por ello, la movilidad debe comprenderse como una relación entre capacidades personales y oportunidades concretas de acción en el entorno, lo que vuelve indispensable incorporarla en el modelo analítico del deterioro cognitivo (Beard et al., 2016).

Estado de ánimo y salud Mental

El estado de ánimo constituye un componente psicosocial central en los modelos explicativos del deterioro cognitivo; la depresión, en particular, ha sido ampliamente

discutida como una condición que interactúa con el funcionamiento cognitivo en la vejez, no solo por su frecuencia, sino por su capacidad para afectar procesos como la atención, la memoria, la velocidad de procesamiento y la motivación para involucrarse en actividades cognitivamente estimulantes (Duran-Badillo et al., 2021).

Desde una perspectiva integral, el deterioro cognitivo no puede analizarse de manera completa si se abstrae del contexto emocional en el que se manifiesta. La relevancia del estado de ánimo no se limita a su condición de comorbilidad clínica, también debe considerarse como una dimensión subjetiva que puede amplificar la percepción de fallas cognitivas, favorecer el retraimiento y disminuir la participación social y funcional, en otras palabras, la salud mental influye tanto en el desempeño cognitivo como en la manera en que las personas mayores interpretan, enfrentan y comunican sus cambios. Esta interacción adquiere especial importancia cuando se estudian simultáneamente soledad, aislamiento social y deterioro cognitivo, ya que el malestar emocional puede funcionar como mecanismo concurrente o modulador de dichas relaciones (Ramírez-López et al., 2024).

La depresión y otros estados afectivos negativos pueden generar círculos de retroalimentación con la desconexión social y la pérdida de funcionalidad, la disminución del interés, la apatía o la sensación de incapacidad pueden reducir la iniciativa para participar en actividades, solicitar apoyo o sostener vínculos, lo que a su vez empobrece el entorno de estimulación y fortalece condiciones que incrementan la vulnerabilidad cognitiva (Guarnera et al., 2023).

En este contexto, el estado de ánimo no debe aparecer como una variable secundaria, sino como una dimensión que conecta de manera decisiva la experiencia emocional con la trayectoria cognitiva en la vejez (Guarnera et al., 2023).

El estado de ánimo constituye un componente psicosocial central en los modelos explicativos del deterioro cognitivo en la vejez, ya que la depresión ha sido ampliamente reconocida como una condición que interactúa de manera significativa con el funcionamiento cognitivo, no solo por su elevada frecuencia en esta etapa de la vida, sino también por su capacidad para afectar procesos como la atención, la memoria, la velocidad de procesamiento y la motivación para participar en actividades cognitivamente estimulantes (Duran-Badillo et al., 2021).

Sin embargo, una explicación centrada únicamente en variables psicosociales resulta limitada si no se consideran también los procesos fisiopatológicos que pueden intervenir en esta relación. En este sentido, Wachowska y Gałęcki (2021) han planteado que la inflamación inmunológica y neurobiológica podría participar tanto en la depresión como en sus alteraciones cognitivas, mediante mecanismos mediados por citocinas proinflamatorias, como la IL-1 y la IL-6, capaces de influir en el metabolismo de neurotransmisores, en la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y en procesos metabólicos como los de la vía de la quinurenina, con posibles repercusiones en funciones como la memoria, la atención y las funciones ejecutivas.

Desde esta perspectiva, la comprensión de la relación entre soledad, aislamiento, depresión y deterioro cognitivo en la vejez exige una mirada teórica integradora, que reconozca tanto el peso de las condiciones sociales de vida, como la posible intervención de mecanismos inmunológicos y neurobiológicos.

En esta misma línea, la soledad y el aislamiento pueden comprenderse no solo como experiencias sociales adversas, sino como condiciones que interactúan con procesos neurocognitivos, afectivos e inmunobiológicos relevantes para el envejecimiento y la

neurodegeneración. Morese y Palermo (2022) señalan que estas experiencias deben analizarse a partir de la articulación entre el cerebro social y la cognición social, particularmente en funciones como la teoría de la mente, la mentalización y la autorreferencialidad, en las que participan estructuras como la corteza prefrontal medial, la unión temporoparietal, la corteza cingulada anterior, la corteza cingulada posterior, el surco temporal superior (La red por defecto).

En este contexto, la soledad se asocia con un deterioro de la cognición social y con una mayor vulnerabilidad a depresión, estrés y declive cognitivo, especialmente en personas mayores, en quienes el envejecimiento puede acompañarse de alteraciones en la red por defecto y en regiones implicadas en la comprensión de los estados mentales de los otros. Asimismo, se ha propuesto que el aislamiento social puede activar mecanismos neurofisiológicos depresógenas, entre ellos, la desregulación del eje del estrés, la desinhibición de señales proinflamatorias, el descenso de neurotrofinas y alteraciones en sistemas como la oxitocina y los opioides endógenos, lo que contribuiría a una cascada de fragilidad física, emocional y cognitiva (Morese y Palermo, 2022).

Esta formulación teórica encuentra respaldo empírico en el estudio de Lee et al. (2024), quienes reportan que la soledad percibida, más que el aislamiento objetivo medido de manera independiente se asocia con un peor rendimiento cognitivo y con cambios estructurales en regiones cerebrales específicas en personas mayores que viven en comunidad. En particular, identifican asociaciones entre soledad y mayor deterioro en la función ejecutiva y, según el instrumento de medición utilizado, también en memoria y habilidad visoespacial; de manera paralela, observan una reducción del volumen en la

sustancia blanca frontal, el putamen y el globo pálido, lo que orienta la interpretación hacia la participación de circuitos fronto-subcorticales vinculados con la cognición y la conducta.

A partir de estos hallazgos, los autores Lee et al. (2024) proponen como explicación posible la intervención del circuito de recompensa social, especialmente de la vía nigroestriatal dopaminérgica, y sugieren además que la reducción del volumen estriatal podría compartir mecanismos con procesos neurodegenerativos, incluyendo alteraciones en los sistemas de neurotransmisión, neuroinflamación y posibles respuestas inflamatorias y citotóxicas inducidas por la soledad.

Aunque estos mecanismos aún no pueden considerarse concluyentes, el conjunto de la evidencia permite sostener que la soledad y el aislamiento no solo afectan el bienestar subjetivo, sino que también podrían constituir factores de riesgo biopsicosocial capaces de acelerar el deterioro cognitivo y favorecer procesos neurodegenerativos como la enfermedad de Alzheimer cuando se cronifican en ausencia de vínculos significativos y apoyo social (Lee et al., 2024).

Es pertinente señalar que, si bien en esta investigación se reconoce la relevancia de la perspectiva neurobiológica para comprender la complejidad de las relaciones entre soledad, aislamiento y deterioro cognitivo en las personas mayores, dicha aproximación no constituye el eje epistemológico central de esta tesis.

El interés por los procesos inflamatorios, neurofisiológicos y estructurales asociados con estas experiencias permite ampliar la comprensión del fenómeno y evitar explicaciones reduccionistas; no obstante, el desarrollo del presente trabajo se inscribe primordialmente en la perspectiva de la gerontología social crítica.

En este sentido, más que centrar la explicación en mecanismos individuales o biológicos, esta tesis privilegia una lectura que sitúa la soledad, el aislamiento y el deterioro cognitivo en el entramado de relaciones sociales, trayectorias de vida, estructuras de apoyo, condiciones materiales de existencia y formas de organización social que inciden en la vejez. Por ello, la incorporación de hallazgos neurobiológicos se asume aquí como un referente complementario, valioso para enriquecer la problematización del tema, pero subordinado a una perspectiva crítica cuyo propósito es comprender estos fenómenos en su dimensión social, relacional y estructural, así como contribuir a la reflexión sobre intervenciones y respuestas más integrales, contextualizadas y humanamente significativas.

Percepción de salud y autovaloración funcional

La percepción de salud constituye una dimensión subjetiva de gran valor analítico, porque sintetiza la manera en que las personas mayores interpretan su propio proceso de envejecimiento. La autovaloración de la salud no refleja únicamente condiciones médicas objetivas, sino que integra experiencias físicas, emocionales, funcionales y sociales, en este sentido, se trata de un indicador complejo que permite aproximarse a la posición que ocupa el sujeto frente a su propio bienestar, así como a su sensación de control, vulnerabilidad o capacidad para enfrentar la vida cotidiana (Wong et al., 2005; Schaap et al., 2024).

En relación con el funcionamiento cognitivo, la percepción de salud puede influir en la disposición a participar en actividades demandantes, a mantener rutinas, a establecer relaciones y a afrontar los cambios asociados con la edad ya que una autopercepción negativa puede favorecer actitudes de evitación, retraimiento o dependencia anticipada, mientras que una autovaloración más favorable puede sostener mayores niveles de involucramiento funcional, social y cognitivo. Por ello, esta dimensión opera como un

mediador subjetivo entre condiciones objetivas y prácticas cotidianas, y su inclusión en el análisis permite captar aspectos del envejecimiento que no siempre son visibles en los indicadores estrictamente clínicos (Paoli et al., 2025).

La autovaloración funcional también resulta relevante porque conecta la experiencia de salud con la percepción de competencia para desenvolverse en la vida diaria, es decir, no se trata únicamente de si la persona presenta o no limitaciones, sino de cómo interpreta sus posibilidades de acción, adaptación y participación. Esta evaluación subjetiva puede influir en la búsqueda de apoyo, en la continuidad de actividades significativas y en la forma en que se sostienen las relaciones sociales, en consecuencia, la percepción de salud constituye una dimensión clave para comprender por qué personas con condiciones objetivas similares pueden mostrar trayectorias distintas de participación, bienestar y funcionamiento cognitivo (Beard et al., 2016).

En conjunto, los factores psicosociales y estructurales examinados permiten situar el deterioro cognitivo en un marco de análisis más amplio, en el que las trayectorias educativas, las condiciones socioeconómicas, la seguridad social, la movilidad, el estado de ánimo y la percepción de salud pueden configurar contextos de riesgo o de protección. Estas dimensiones no determinan de manera mecánica el funcionamiento cognitivo, pero sí modulan las condiciones en las que este se preserva, se transforma o se deteriora. Analizarlas resulta indispensable para fundamentar su incorporación al modelo analítico de la investigación y para sostener una comprensión no reduccionista del envejecimiento cognitivo (Sindi et al., 2025).

Integración teórica del modelo

A partir de los subapartados previos, el marco teórico configura un modelo explicativo orientado a comprender la relación entre soledad, aislamiento social y deterioro cognitivo en la vejez sin recurrir a asociaciones lineales o deterministas. Este modelo parte de la idea de que el deterioro cognitivo constituye un proceso heterogéneo, inscrito en un continuo de funcionamiento, cuya relevancia depende de su impacto en la autonomía, la funcionalidad y la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, la cognición se entiende como una capacidad que se configura en interacción con el entorno y que cumple un papel central en la adaptación a las exigencias prácticas y relacionales de la vejez (Slachevsky et al., 2024).

La delimitación conceptual entre soledad y aislamiento social constituye otro eje estructurante del modelo. La soledad, en tanto experiencia subjetiva de desconexión o insatisfacción relacional, introduce una dimensión emocional que puede influir en la forma en que las personas mayores se involucran cognitivamente y socialmente con su entorno; el aislamiento social, en cambio, remite a una condición más objetiva vinculada con la escasez de contactos y la débil integración en redes sociales. Distinguir ambas dimensiones permite reconocer que pueden coexistir, manifestarse por separado o interactuar de distintas maneras según las trayectorias personales y las condiciones contextuales en que se desarrolla el envejecimiento (Durón-Reyes et al., 2023).

En este entramado teórico, la relación entre vida social y cognición se explica mediante varios mecanismos posibles, entre ellos destacan el estrés psicosocial asociado a la soledad, la reducción de estimulación cotidiana vinculada al aislamiento social, los procesos de retroalimentación entre cambios cognitivos y retraimiento relacional, así como

la intervención de factores concurrentes como salud mental, funcionalidad y condiciones materiales de vida. Este planteamiento permite comprender que la desconexión social no actúa como causa única, sino como parte de un sistema complejo de influencias que puede intensificar o atenuar trayectorias de deterioro cognitivo (Cohen-Mansfield, 2025).

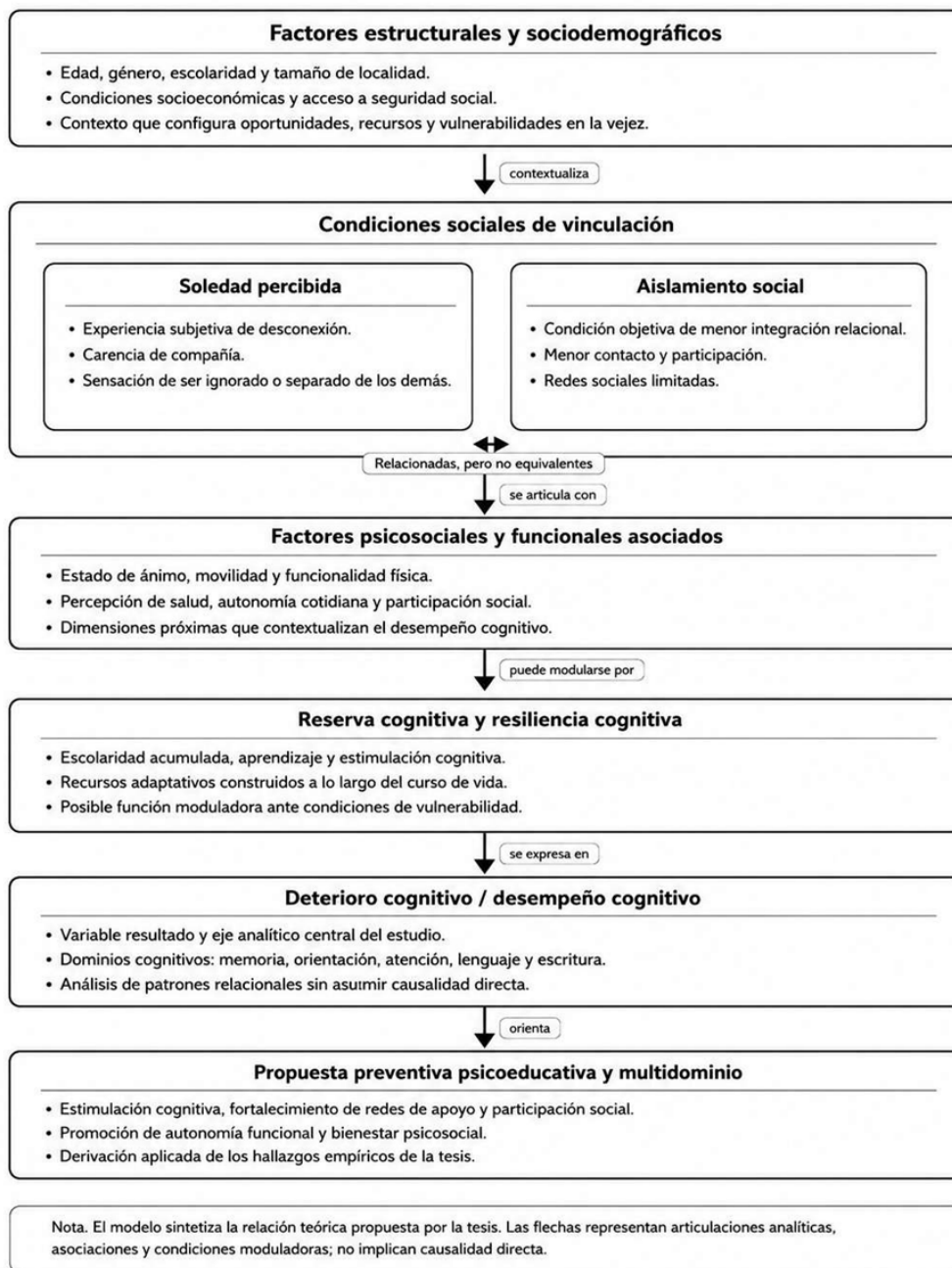
El concepto de reserva cognitiva ocupa una función articuladora dentro del modelo porque conecta experiencias de vida, recursos acumulados y trayectorias de funcionamiento cognitivo. Su aporte central consiste en explicar por qué personas expuestas a condiciones sociales semejantes pueden mostrar respuestas distintas frente a cambios adversos, y cómo factores como la educación, la participación social, la estimulación sostenida y la complejidad de las experiencias de vida pueden modular la manifestación clínica del deterioro. En este marco, la reserva cognitiva permite comprender que la vida social y las condiciones estructurales no solo acompañan el envejecimiento, sino que participan activamente en la configuración de recursos protectores o vulnerabilidades acumuladas (Stern et al., 2023).

Desde esta perspectiva integradora, el deterioro cognitivo en la vejez puede entenderse como el resultado de la interacción entre capacidades individuales, recursos acumulados y contextos sociales. La soledad y el aislamiento social se insertan en este modelo no como causas aisladas, sino como condiciones que adquieren relevancia en función de la disponibilidad de apoyos, de la complejidad del entorno y de las desigualdades que han marcado el curso de vida, de este modo, el modelo reconoce la naturaleza probabilística y modulable de las trayectorias cognitivas, así como la necesidad de considerar simultáneamente niveles cognitivos, psicosociales y estructurales para interpretar adecuadamente el fenómeno de estudio (Paoli et al., 2025).

En síntesis, la integración teórica propuesta ofrece una base consistente para analizar la manera en que la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo se relacionan en personas mayores. Al articular dimensiones cognitivas, psicosociales y estructurales, el modelo justifica la inclusión de variables demográficas, sociales, funcionales y cognitivas, y respalda el enfoque analítico adoptado en la investigación. Así, el marco teórico no solo organiza conceptualmente el problema de estudio, sino que establece condiciones de inteligibilidad para un análisis empírico coherente con la compl

A partir de los elementos desarrollados en este marco teórico, la tesis propone un modelo integrador, teórico analítico, para comprender la relación entre soledad, aislamiento social y deterioro cognitivo en personas mayores, el cual se muestra en la figura 1. Este modelo no plantea una relación causal lineal ni determinista, sino una articulación multidimensional en el que las experiencias subjetivas de desconexión, las condiciones objetivas de integración social, los factores emocionales, funcionales y estructurales, así como los recursos de reserva cognitiva, configuran distintos escenarios de vulnerabilidad o protección cognitiva; de este modo, el deterioro cognitivo se comprende como un fenómeno situado, asociado tanto con condiciones individuales como con trayectorias sociales y contextuales de envejecimiento.

Figura 1. Modelo teórico-analítico de la relación entre soledad percibida, aislamiento social y deterioro cognitivo en personas mayores.



Metodología

La investigación de esta tesis se inscribe en los campos de la psicogerontología y de la gerontología social crítica, desde la cual el problema de estudio se comprende como una realidad compleja, situada y multidimensional. La articulación de ambas perspectivas permite recuperar, por un lado, los aportes de la psicogerontología para comprender los procesos subjetivos, emocionales y cognitivos implicados en la experiencia de la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo en las personas mayores y, por otro, las contribuciones de la gerontología social crítica para analizar dichos fenómenos en relación con las condiciones sociales, estructurales y relacionales en las que transcurre el envejecimiento. Desde este encuadre, el estudio de la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo, a partir de la ENASEM 2021, se orienta hacia una comprensión integral del fenómeno, considerando tanto su dimensión individual como su inscripción en contextos sociales e históricos específicos.

Diseño Metodológico

Bajo el marco epistemológico mencionado anteriormente, el presente estudio propone investigar cómo se expresan la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo en adultos mayores en México, con un doble objetivo: por un lado, cuantificar rigurosamente dicha relación utilizando datos representativos a nivel nacional e interpretar los hallazgos a la luz de las realidades psicosociales que viven las personas mayores.

Desde esta perspectiva el presente estudio se inscribe en un enfoque cuantitativo que busca dar cuenta de cómo la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo se manifiestan en la vejez mexicana. Este enfoque permite no solo medir variables y

establecer patrones, sino también situar los hallazgos en las realidades psicosociales que atraviesan las personas mayores a partir de los datos de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México desarrollada por el INEGI y la Universidad de Texas (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2023).

La investigación se plantea con un alcance descriptivo-correlacional: describe las características sociodemográficas, emocionales y cognitivas de los adultos mayores, al tiempo que explora cómo se expresan la soledad, el aislamiento y el deterioro cognitivo, considerando factores moduladores como la escolaridad, la movilidad, el estado de ánimo, la percepción de salud y el acceso a la seguridad social.

Según Hernández-Sampieri et al. (2014), el diseño propuesto es no experimental y transeccional, lo que significa que los fenómenos se observan en su estado natural y en un único momento, sin manipulación de los datos ni seguimiento longitudinal. Dentro de este marco, se adopta un subtipo correlacional-causal, que busca comprender las relaciones entre las variables en un tiempo específico, reconociendo que las posibles causalidades ya existen en la realidad social y son registradas por el investigador.

En posteriores secciones del presente capítulo, se explicará cómo se utilizó específicamente la submuestra que integra la Encuesta de Evaluación Cognitiva 2021 para la evaluación del deterioro cognitivo.

Muestra de estudio y selección de datos

La ENASEM es un estudio longitudinal realizado desde 2001 y vigente hasta la fecha, el cual integra una muestra representativa de la población mexicana de 50 años o más. En la ronda de 2021 se contó con 15,739 participantes, entre hombres y mujeres de un

amplio rango de edades en proceso de envejecimiento, tanto en zonas urbanas como rurales. Esta muestra integra un universo de alcance nacional, estratificado por sexo, edad, educación, estado civil y tamaño de la localidad. Lo anterior garantiza suficiente poder estadístico y permite la generalización de los resultados para el grupo etario de referencia (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2021).

A partir de la muestra previamente establecida, el equipo de diseño de la ENASEM seleccionó una submuestra representativa de 3 575 personas entre 58 y 101 años que completaron la Encuesta de Evaluación Cognitiva 2021. Dicha evaluación integra información correspondiente a los módulos de características sociodemográficas, así como una prueba de tamizaje cognitivo orientada a explorar de manera general el funcionamiento mental de la persona y a identificar posibles indicios de deterioro cognitivo. En este marco, el análisis desarrollado corresponde a un estudio transversal, en tanto el presente trabajo se sustenta en la submuestra de participantes que respondieron la Evaluación Cognitiva 2021.

Descripción, operacionalización y tratamiento descriptivo de las variables

Como parte del diseño metodológico, se caracterizó a las personas participantes mediante un conjunto de variables organizadas en dimensiones analíticas, con el propósito de contextualizar el fenómeno central de la investigación. En este marco, el deterioro cognitivo constituyó la principal variable cognitiva de interés y orientó el análisis descriptivo, mientras que las variables sociodemográficas, funcionales, psicosociales, emocionales, de salud autopercebida y de seguridad social fueron incorporadas como variables contextuales e interpretativas. Esta organización permitió describir las características de la población analizada y situar el deterioro cognitivo en relación con condiciones sociales, funcionales, relacionales, subjetivas y estructurales de la vejez.

El deterioro cognitivo se construyó a partir de la Evaluación Cognitiva 2021 de la ENASEM, mediante el desempeño de las personas participantes en distintos dominios cognitivos, entre ellos orientación temporal y espacial, atención, memoria inmediata y diferida, seguimiento de indicaciones, lenguaje, escritura, motricidad, habilidades visoconstructivas y copia de figura. Operacionalmente, se trabajó como una variable dicotómica, diferenciando entre personas con indicios de deterioro cognitivo y personas con funcionamiento cognitivo conservado. Esta clasificación se realizó con base en los puntajes obtenidos y los umbrales establecidos según grupo de edad; así, quienes obtuvieron puntajes inferiores al punto de corte correspondiente fueron clasificados con indicios de deterioro, mientras que quienes alcanzaron puntajes iguales o superiores fueron considerados con desempeño cognitivo conservado.

De forma complementaria, los dominios cognitivos se incorporaron como una variable compuesta para identificar áreas específicas del funcionamiento mental. El desempeño en cada dominio se codificó como satisfactorio o no satisfactorio. Las respuestas satisfactorias se interpretaron como desempeño conservado, mientras que las no satisfactorias se consideraron posibles indicios de afectación en el área evaluada. Esta organización permitió describir los dominios cognitivos con mayor vulnerabilidad en función de la edad.

La dimensión sociodemográfica incluyó edad, género, escolaridad, estado civil y tamaño de localidad de residencia. La edad se trató inicialmente como variable cuantitativa, aunque se recategorizó en rangos etarios para observar diferencias en el desempeño cognitivo. El género se codificó como variable nominal, con las categorías hombre y mujer. La escolaridad se trabajó a partir de los años de educación formal y, cuando fue necesario,

se agrupó por intervalos o niveles educativos. El estado civil se consideró como variable nominal categórica y pudo reagruparse interpretativamente en personas con pareja y sin pareja. El tamaño de localidad se codificó como variable ordinal categórica, de acuerdo con el número de habitantes, lo que permitió aproximarse al contexto territorial de residencia y a posibles diferencias entre entornos urbanos y rurales.

Las variables psicosociales incluyeron soledad percibida reciente, aislamiento social percibido, percepción de ser ignorado y carencia de compañía. La soledad percibida reciente se definió como la experiencia subjetiva de haberse sentido solo durante las últimas semanas y se trabajó como variable dicotómica, con las categorías de respuesta “sí” y “no”. El aislamiento social percibido, la percepción de ser ignorado y la carencia de compañía se codificaron como variables ordinales, con las categorías de respuesta “casi nunca”, “a veces” y “frecuentemente”. Para fines interpretativos, las respuestas “a veces” y “frecuentemente” pueden agruparse como presencia de algún nivel de vulnerabilidad psicosocial, mientras que “casi nunca” se interpreta como baja o nula presencia del indicador.

La dimensión emocional se integró mediante indicadores del estado de ánimo reportados durante la semana previa a la encuesta, tales como sentirse deprimido, triste, solo, cansado, feliz, con energía, disfrutar la vida, presentar sueño inquieto o sentir que todo requería esfuerzo. Conceptualmente, estos indicadores se organizaron en afecto negativo y afecto positivo. El primero agrupó expresiones como depresión, tristeza, cansancio, soledad, sueño inquieto y esfuerzo excesivo; el segundo incluyó sentirse feliz, con energía y disfrutar la vida. Esta dimensión permitió contextualizar el bienestar

emocional de las personas mayores y su relación interpretativa con la soledad, el aislamiento y el deterioro cognitivo.

En la dimensión funcional se incorporaron variables relacionadas con movilidad, desempeño físico, actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria. Las actividades básicas incluyeron dificultades para vestirse, bañarse, comer, levantarse, acostarse, desplazarse dentro del hogar o usar el sanitario. Las actividades instrumentales comprendieron tareas de mayor complejidad, como administrar dinero, tomar medicamentos, comprar víveres y preparar alimentos calientes. En ambos casos, las variables se trabajaron como indicadores dicotómicos múltiples, debido a que una misma persona podía reportar más de una dificultad. Su inclusión permitió valorar la autonomía funcional y aproximarse a posibles limitaciones vinculadas con la independencia cotidiana, la participación social, la dependencia y el desempeño cognitivo.

La salud autopercibida se consideró una variable contextual relevante, debido a que constituye un indicador ampliamente utilizado en los estudios sobre envejecimiento. Esta variable recuperó la valoración subjetiva que las personas mayores realizaron sobre su propio estado de salud y se codificó como variable ordinal, con las categorías de respuesta “excelente”, “muy buena”, “buena”, “regular” y “mala”. Para fines interpretativos, dichas categorías pueden agruparse en dos niveles: percepción favorable de salud, integrada por las respuestas “excelente”, “muy buena” y “buena”; y percepción desfavorable de salud, integrada por las respuestas “regular” y “mala”.

La seguridad social se incorporó como una dimensión estructural vinculada con el acceso a servicios, protección social y condiciones materiales de bienestar. Se trabajó como variable dicotómica, de acuerdo con el reporte de contar o no con seguridad social. Su

inclusión permitió contextualizar las condiciones de protección institucional de las personas mayores y su posible relación con el bienestar, la salud percibida y las oportunidades de atención durante el envejecimiento.

Los datos perdidos fueron tratados como una categoría de control metodológico. Estos casos se distinguieron de las respuestas válidas y no fueron interpretados como respuestas sustantivas. Su identificación permitió precisar el universo real de análisis para cada variable, transparentar la calidad de la información utilizada y evitar interpretaciones erróneas de los porcentajes reportados.

En conjunto, esta organización estableció un orden metodológico claro: el deterioro cognitivo constituyó la principal variable cognitiva de interés y orientó el análisis descriptivo; los dominios cognitivos permitieron especificar las áreas de desempeño evaluadas; y las variables sociodemográficas, psicosociales, emocionales, funcionales, de salud autopercebida y de seguridad social funcionaron como variables contextuales para interpretar las condiciones en que el deterioro cognitivo se expresa en las personas mayores participantes en la ENASEM 2021. La codificación presentada corresponde a la organización conceptual y analítica utilizada en esta tesis, por lo que los códigos numéricos específicos se mantuvieron consistentes con el diccionario de variables y valores de la ENASEM 2021.

Determinación del deterioro cognitivo

La fuente de datos para obtener variable de funcionamiento cognitivo fue la Encuesta de Evaluación Cognitiva efectuada con base en la ENASEM 2021, la cual empleó una versión modificada del Mini-Mental State Examination adaptada al español por

Beaman et al. (2004), y que integra una batería estandarizada de ejercicios cognitivos aplicados en entrevista directa para evaluar múltiples dominios del funcionamiento mental.

La variable deterioro cognitivo se mide de forma dicotómica, es decir, se diferencia entre si hay o no deterioro en función de la puntuación total en los procesos cognitivos, usando parámetros de acuerdo con la edad.

Bajo este enfoque, una persona se consideró con deterioro cognitivo si su puntaje total en la batería de pruebas cognitivas se encontraba por debajo del umbral específico asignado a su grupo de edad; en contraste, quienes obtuvieron puntajes iguales o superiores a dicho umbral se clasificaron como individuos con funcionamiento cognitivo conservado. Esta estrategia de clasificación ayuda a hacer un tamizaje más preciso, considerando las variaciones del rendimiento mental; evitando así, errores en las clasificaciones por diferencias entre edades.

Análisis estadísticos

En primera instancia, se realizó un análisis descriptivo exploratorio de la muestra, se calcularon las distribuciones de frecuencia de todas las variables relevantes, empleando frecuencias absolutas y relativas para cada una de las categorías. Esta etapa ayudó a obtener un perfil sociodemográfico básico de la muestra que se usa como referencia para los análisis secundarios. Estos análisis combinaron técnicas descriptivas e inferenciales con el software estadístico SPSS versión 19.

De manera documental, se examinó la probabilidad de que una persona mayor presentara deterioro cognitivo en función de su nivel de soledad percibida y de aislamiento social, considerando simultáneamente otras características relevantes como la edad, el sexo,

la educación, el estado civil, la presencia de enfermedades, el estado de ánimo, las dificultades de movilidad y la percepción de salud. Este enfoque permitió estimar el efecto específico de la soledad y el aislamiento sobre el deterioro cognitivo.

En una etapa más avanzada del análisis, se revisó la relación entre las variables categóricas del deterioro cognitivo y la edad usando tablas de contingencia y la prueba de chi-cuadrado, con un nivel de significancia del 0.05.

En resumen, el análisis se centró en el desempeño cognitivo objetivo medido en la encuesta, mientras que las dimensiones psicosociales relacionadas con la soledad y el aislamiento social se examinaron de forma complementaria a partir de evidencias teóricas y empíricas ya existentes.

Consideraciones éticas y de interpretación

Finalmente, utilizando un enfoque crítico, se interpretarán y discutirán los resultados cuantitativos no solo por su valor estadístico, sino también considerando aspectos psicosociales y éticos. Se analizarán las implicaciones de los hallazgos en la vida cotidiana de las personas mayores y sus comunidades; por ejemplo, si se confirma que la falta de redes de apoyo y sentirse solo están relacionados con un mayor deterioro cognitivo, se pensará en los factores socioculturales que causan esta desconexión en el contexto mexicano. Estos incluyen la erosión del tejido comunitario y las políticas públicas insuficientes para la integración del adulto mayor.

Asimismo, se discutirán posibles estrategias de intervención que podrían derivarse de este conocimiento. Un descubrimiento importante en este tema no solo confirma la relevancia de mantener interacciones sociales constantes para un envejecimiento saludable,

sino que también nos lleva a pensar en programas de apoyo, redes comunitarias y lugares donde las personas mayores puedan participar, como formas de prevenir el declive cognitivo.

La investigación de esta tesis no busca quedarse en el plano descriptivo, sino transformador. Los datos recolectados por la ENASEM 2021 en el futuro pueden revisarse con una mirada nueva para informar acciones concretas. Por ejemplo, el diseño de intervenciones psicosociales centradas en reconstruir vínculos, o la abogacía por políticas públicas que combatan la soledad crónica (tal como otros países han comenzado a hacer al reconocer la epidemia de soledad).

En resumen, el enfoque cuantitativo con diseño no experimental transeccional correlacional-causal utilizado se combina con una perspectiva humanista: mide la realidad para entenderla de manera crítica y contribuir a su cambio. De este modo, el apartado metodológico no es un mero conjunto de técnicas aisladas; sino que se configura como la expresión concreta de un marco ético-epistemológico que orienta las decisiones del estudio, desde la selección de las variables hasta la interpretación de los resultados. En última instancia, este enfoque busca dignificar la experiencia de la vejez y aportar, desde la psicología social, a la construcción de una sociedad más justa, empática y socialmente conectada con sus personas mayores.

Resultados y Discusión

Con el objetivo de describir la relación entre el envejecimiento y el deterioro cognitivo en México, el presente trabajo recuperó los datos de la ENASEM 2021 desde su página oficial. A partir de la información correspondiente a la Evaluación Cognitiva 2021,

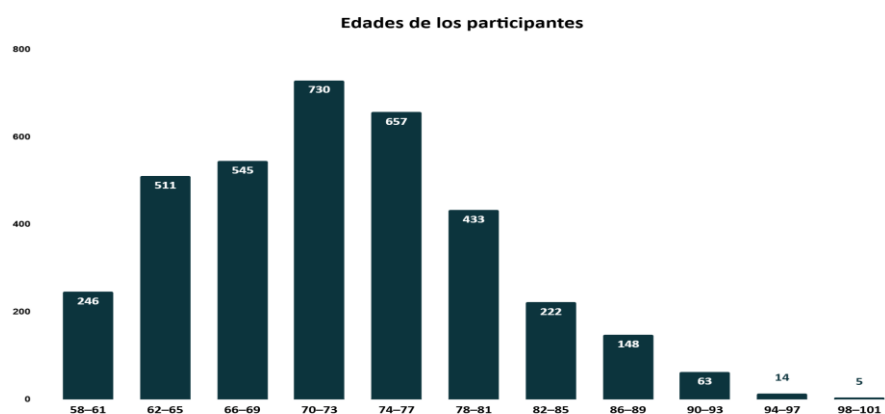
se examinaron las características sociodemográficas de los participantes. Esto incluyó género, edad, nivel de escolaridad, estado civil, tipo de comunidad en que habitan (rural o urbana), dificultades de movilidad, funcionalidad en sus actividades cotidianas, estado anímico, percepción de la salud en general, el servicio de seguridad social y además, se estimó la probabilidad de deterioro cognitivo en los participantes.

Descripción de variables sociodemográficas en el universo de adultos mayores en México

La figura 2 muestra la distribución por edad de los participantes en la evaluación, destacando que el grupo con mayor representación se ubica entre los 70 y 77 años, lo que permite obtener un panorama sólido del universo de adultos mayores en el país. Asimismo, se observa una distribución heterogénea de los participantes respecto al género: el 57.62% de la submuestra corresponde a mujeres (Tabla 1). Sin embargo, la muestra se encuentra normalizada por edad y sexo (Figura 2), lo que evidencia una representación equilibrada entre hombres y mujeres en los rangos etarios analizados.

Figura 2

Frecuencias absolutas del rango de edades de los participantes de la encuesta “Evaluación Cognitiva” dentro del ENASEM 2021.



Fuente: Esta figura se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021. Nota: Los valores de número de clase y amplitud de la clase del histograma se determinaron de acuerdo con la fórmula de Stuggers.

Tabla 1

Distribución de los sujetos de estudio por género.

Sexo	Sujetos participantes	Porcentajes
Hombre	1515	42.38%
Mujer	2060	57.62%
Total	3575	100%

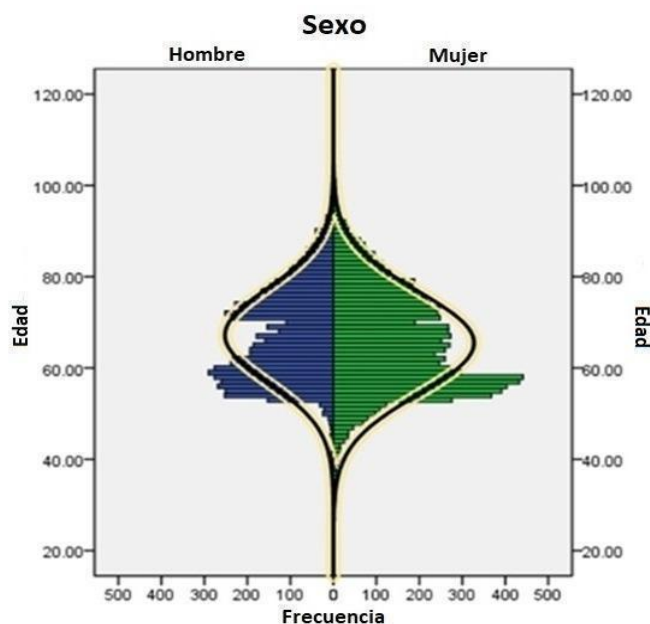
Fuente: Esta tabla se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021.

La edad constituye uno de los principales factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo; a medida que una persona envejece, puede observar una disminución gradual de sus capacidades físicas y un deterioro cognitivo progresivo, resultado natural de los procesos fisiológicos del organismo (Mejía-Arango et al., 2007).

En relación con el género, diversos estudios epidemiológicos han identificado diferencias significativas en la prevalencia del deterioro cognitivo entre hombres y mujeres. De manera consistente, las mujeres muestran tasas más elevadas, lo cual puede explicarse por dos factores principales: su mayor esperanza de vida y los niveles educativos característicos de las generaciones actuales de personas mayores (Burmsitrov et al., 2024)

Figura 3

Género y edad de la submuestra participante que realizaron la encuesta de Evaluación Cognitiva de la ENASEM 2021.



Fuente: El gráfico se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021

Otras variables relevantes determinadas en los datos del ENASEM 2021, incluyen el tamaño de la localidad en que habitan, los años de escolaridad y el estado civil.

El tamaño de la localidad incide directamente en las oportunidades de acceso a servicios y en la disponibilidad de redes de apoyo; en zonas rurales, la vulnerabilidad se asocia al aislamiento físico y a la limitada infraestructura. Por su parte los contextos urbanos, se vinculan con dinámicas de invisibilidad social. En ambos casos, la reducción de estímulos ambientales favorece el desuso de funciones ejecutivas y aumenta el riesgo de deterioro cognitivo (Paredes-Arturo et al., 2021).

Como se observa en la Tabla 2, el 53.57% de los participantes residen en localidades urbanas de 100 000 habitantes o más, mientras que el 23.05% habita en localidades menores a 2500 habitantes.

Tabla 2

Distribución de las personas mayores por tamaño de la localidad en que habitan.

Tamaño de la localidad	Sujetos participantes	Porcentajes
100,000 y más habitantes	1915	53.57%
15,000 a 99,999 habitantes	417	11.66%
2,500 a 14,999 habitantes	419	11.72%
Menor a 2,500 habitantes	824	23.05%

Total	3575	100%
--------------	------	------

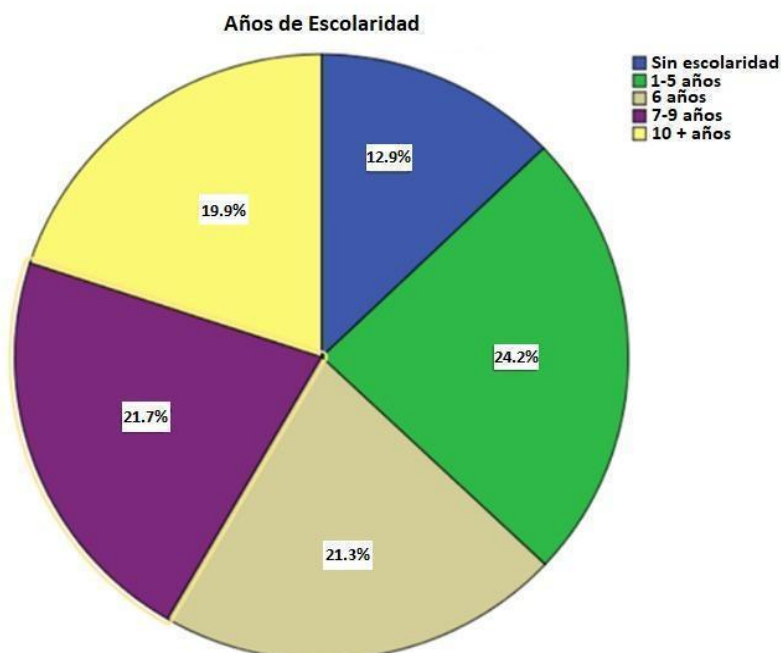
Fuente: Esta tabla se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021.

Por lo que se refiere al nivel educativo de los participantes, este mostró una amplia variabilidad, desde ausencia de instrucción formal hasta estudios superiores; aunque predominó la educación básica.

En la Figura 4, se aprecia que los rangos de 1 a 5 años de escolaridad y de seis años concentran la mayor proporción de la muestra, al representar en conjunto el 45.5%. Este hallazgo se evidencia que la educación primaria prevalece en las generaciones actuales de adultos mayores en México y forma parte del panorama de las características sociodemográficas.

Figura 4

Años de escolaridad de la submuestra participante que realizó la encuesta de Evaluación Cognitiva dentro del ENASEM 2021.



Fuente: El gráfico se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021.

De acuerdo con la literatura, la baja escolaridad se asocia con un menor desempeño cognitivo y una reserva cognitiva reducida, incrementando así el riesgo de deterioro cognitivo en los adultos mayores. En México, la elevada frecuencia de participantes de la ENASEM 2021 con seis años de escolaridad implica limitaciones en la participación social, inserción laboral, acceso a la información de salud y disminución en la comprensión de síntomas de enfermedades y tratamientos médicos (Feldberg et al., 2020).

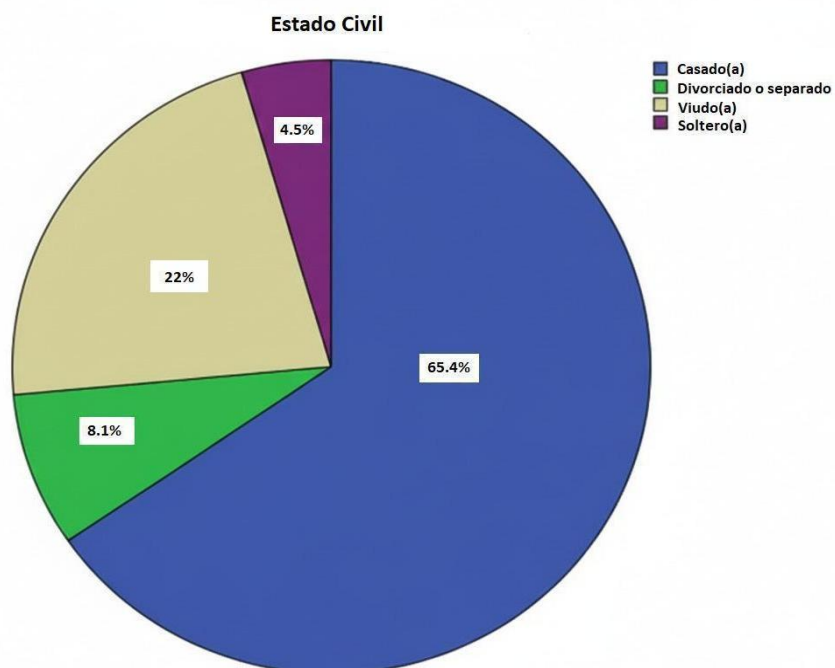
Por otro lado, el estado civil también se considera un factor psicosocial relevante en la vejez debido a que la pérdida o ausencia de pareja se asocia con mayores niveles de soledad y con un incremento en la fragilidad física y psicológica (Parra-Rizo y Sanchís-Soler, 2023).

Con respecto a este parámetro, la Figura 5 muestra la distribución del estado civil de los participantes, donde se observa que el 65.4% se encuentra casado o en unión conyugal. La soltería o viudez pueden llevar a tener menos interacciones sociales, lo que aumenta el riesgo de síntomas de depresión y reduce la estimulación mental que proviene de vivir con otros y tomar decisiones juntos.

En este orden de ideas, Poveda-Acelas y Poveda-Acelas (2025) documentaron que la falta de compañía o vivir en aislamiento impacta negativamente en la salud mental y en el desarrollo de hábitos alimenticios poco saludables que producen desnutrición en personas mayores (Poveda Acelas y Poveda Acelas, 2025).

Figura 5

Estado civil de la submuestra participante que realizó la encuesta de Evaluación Cognitiva dentro del ENASEM 2021.



Fuente: El gráfico se elaboró en el presente estudio a partir de
La base de datos de la ENASEM 2021

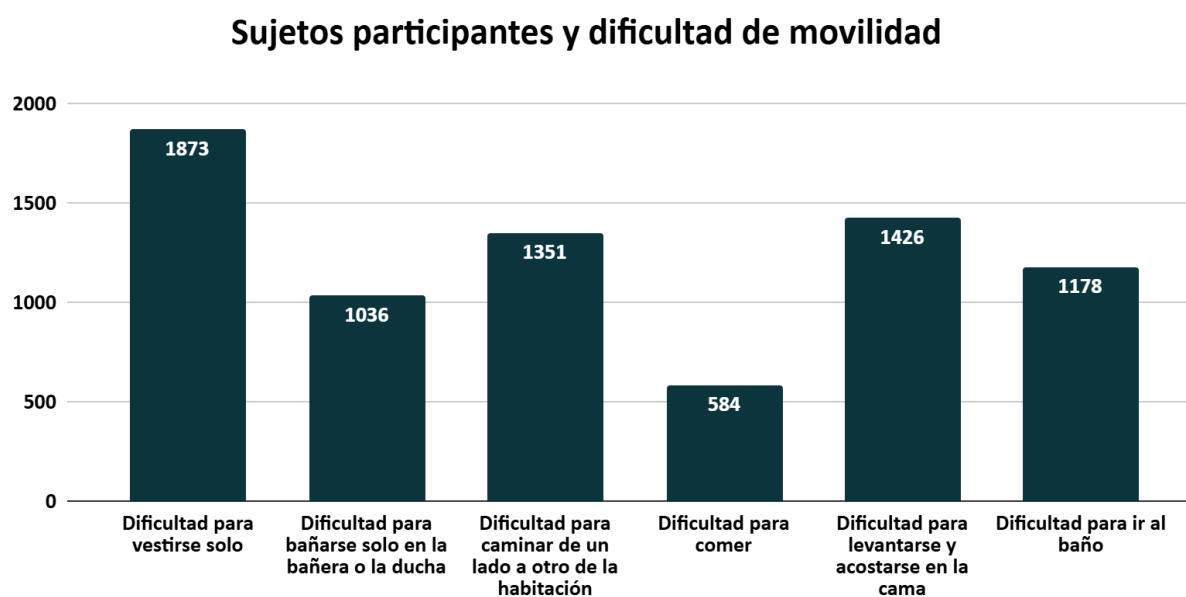
Movilidad y funcionalidad física en los adultos mayores de acuerdo con la ENASEM 2021

La ENASEM 2021 registra dificultades en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que permite evaluar la autonomía funcional de las personas mayores. En particular, la falta de movilidad constituye un indicador clave, pues refleja un estado general de salud comprometido y limita la participación social, lo que podría agudizar el deterioro cognitivo.

Con el envejecimiento, la pérdida de fuerza muscular y coordinación motriz intensifican la disminución de la actividad física, y origina obstáculos para llevar a cabo actividades diarias básicas como caminar dentro del hogar, vestirse o utilizar el sanitario sin apoyo (Beard et al., 2016). En la Figura 6, se muestra la distribución total de participantes según la dificultad para llevar a cabo actividades básicas diarias, lo que permite identificar la presencia y magnitud de dificultades de movilidad y con ello un escenario de dependencia funcional.

Figura 6

Reporte de dificultad de movilidad en la submuestra participante que realizó la Evaluación Cognitiva dentro del ENASEM 2021



Fuente: El gráfico se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021.

En relación con las actividades básicas diarias, la dificultad para vestirse presenta la mayor prevalencia con un total de 1823 participantes, mientras que las dificultades para “bañarse solo” y “comer” tienen la menor proporción con respecto al total. Es importante destacar que, al tratarse de una agrupación de dicotomías con respuestas múltiples, una misma persona puede reportar varias dificultades. En la práctica, el incremento de dificultades para realizar tareas diarias conduce a la persona hacia una menor interacción social, reforzando la soledad y el aislamiento (Soto-salcedo y Mosquera-Osorio, 2024).

Las actividades diarias como vestirse por sí solo, levantarse y acostarse de la cama, el desplazamiento intradomiciliario o el uso del sanitario son prerrequisitos de la participación social. Cuando dichas actividades fallan, se restringen tanto las salidas del hogar de forma independiente como la participación en actividades comunitarias (Hashidate et al., 2021).

La combinación de dificultades, como vestirse, la cual exige secuenciación, coordinación visoespacial y desplazamiento, demanda anticipación postural y control motor, lo que sugiere que no solo está implicado el componente físico, debido a que estas ejecuciones movilizan procesos ejecutivos; por ello, su deterioro puede generar o potenciar declives cognitivos al limitar la práctica diaria de habilidades mentales.

La dificultad para comer, que es la menos común en los datos obtenidos, suele presentarse en etapas más avanzadas de dependencia. Esto tiene sentido porque las tareas más complicadas y que requieren más coordinación se ven afectadas primero, y después las más simples. En este sentido, el mantenimiento de estas rutinas provee una variedad sensorial y una carga cognitiva indispensable, ya que incluso los actos más sencillos

requieren de planificación, secuenciación motora, atención dividida y resolución de problemas (Wang et al., 2026).

De acuerdo con Durán-Badillo et al. (2021), se ha demostrado que el fenómeno de dependencia funcional muestra una correlación positiva con el deterioro cognitivo en las personas mayores debido a la pérdida de autonomía física y los efectos del envejecimiento biológico.

Las limitaciones físicas anteriormente planteadas aumentan la necesidad de apoyo e incrementan la autopercepción de ser una carga, lo que desalienta la búsqueda de contacto social. Además, esto limita la salida al espacio comunitario y empobrece las interacciones diarias, creando un círculo vicioso: menos interacción social lleva a menos estimulación y por lo tanto, a un mayor deterioro (Duran-Badillo et al., 2021).

En conjunto, la alta prevalencia de dificultades de movilidad implica menor exposición a actividades físicas y mentales significativas. Esto disminuye la reserva cognitiva, facilita la progresión del deterioro y a la vez profundiza la soledad y el aislamiento.

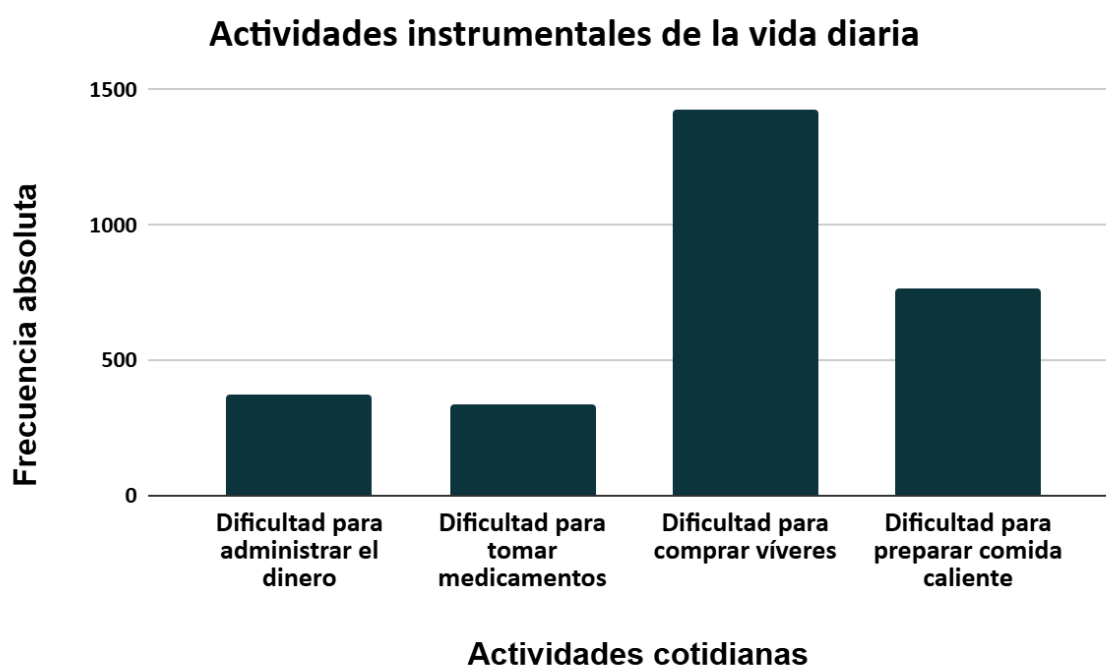
Igualmente, el envejecimiento biológico trae cambios normales en el cuerpo y el cerebro, como la reducción del volumen del cerebro, la lentitud en la velocidad de procesamiento y un mayor riesgo de enfermedades neurodegenerativas. La convergencia de estos factores biológicos y psicosociales subraya la importancia de preservar la autonomía funcional como un eje central para promover un envejecimiento activo (Ai et al., 2024).

A diferencia de las tareas básicas cotidianas, las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria) representan un nivel más complejo de autonomía y organización cotidiana. En el presente estudio, las AIVD se incluyeron en una variable de conjunto que comprende tareas como administrar el dinero, tomar medicamentos, comprar víveres o preparar alimentos calientes. El nivel de complejidad de estas actividades se debe a que requieren movilidad, funciones cognitivas preservadas, capacidad de planificación, memoria operativa, juicio y habilidades sociales mínimas (Arora et al.,2021).

En la Figura 7, se muestra que 1428 participantes reportan dificultad para realizar compras de víveres y 750 encuestados presentan dificultad para prepararse alimentos calientes. Las dificultades para administrar el dinero y tomar medicamentos muestran menor incidencia.

Figura 7

Reporte de desempeño de actividades instrumentales de la vida diaria en la submuestra de participantes que llevaron a cabo la Evaluación Cognitiva dentro del ENASEM 2021.



Fuente: El gráfico se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021.

La dificultad para realizar compras o preparar alimentos compromete la autonomía y los hábitos alimenticios, limitando adicionalmente la estimulación cognitiva sensoriomotora. Por otro lado, las dificultades en el manejo del dinero y la medicación indican un riesgo cognitivo funcional y favorecen la dependencia de terceros, con repercusiones en la autoeficacia y en la percepción de ser una carga. Además, cuando estas actividades disminuyen, la persona interactúa menos con otros y está menos expuesta a ambientes estimulantes. Esto puede llevar al aislamiento y, con el tiempo, a la soledad (Guarnera et al., 2023)).

En perspectiva, estos resultados indican que la barrera de la movilidad y las demandas de secuenciación en el hogar son más evidentes que los indicadores cognitivo-ejecutivos, que aparecen en subgrupos que necesitan más investigación y monitoreo. El carácter acumulativo de estas limitaciones refuerza que, a mayor número de restricciones, mayor es el riesgo de soledad, aislamiento y deterioro cognitivo.

Variables representativas de la soledad percibida en las personas mayores en México

Las variables representativas de la desconexión social permiten caracterizar de manera integral la soledad y el aislamiento en la vejez. Para ello, se analizaron indicadores que captan tanto la presencia objetiva de aislamiento como experiencias subjetivas asociadas al malestar emocional. Estas dimensiones constituyen un eje central del estudio, ya que ofrecen una visión multifacética de la interacción entre vida social, estado emocional y funcionamiento cognitivo en la población adulta mayor.

La Tabla 3 presenta la prevalencia de soledad subjetiva reciente, medida a través de la pregunta sobre si la persona había sentido soledad en las últimas semanas. Este indicador permite identificar estados afectivos vinculados con menor participación social, mayor vulnerabilidad psicosocial y posibles repercusiones en el funcionamiento cognitivo.

En la Tabla 3 se observa que el 25.1 % de los participantes reportó haber experimentado soledad en las últimas semanas, mientras que el 66.9 % indicó no haberla sentido recientemente. Esta prevalencia es relevante porque la soledad subjetiva es un indicador psicosocial que se relaciona con un menor bienestar emocional, menos participación social y un mayor riesgo de problemas en el funcionamiento cognitivo, especialmente si es duradera o se mezcla con otros factores de vulnerabilidad (Guarnera et al., 2023).

Tabla 3
Percepción de soledad en las últimas semanas

Sistema	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
No	10530	66.9
Sí	3947	25.1
Subtotal	14477	92
Perdidos		
Subtotal	1262	8.0
Total	15739	100.0

Nota: Esta tabla se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021.

El 8 % corresponde a datos perdidos, y se considera una proporción relevante. La omisión de respuesta en preguntas de carácter emocional puede reflejar dificultades para reconocer, expresar o comunicar el malestar subjetivo, lo que podría constituir una manifestación silenciosa de vulnerabilidad emocional que no debe pasarse por alto en el análisis.

Además de la soledad subjetiva, se examinó la percepción de aislamiento o separación de los demás como indicador complementario del entorno social de las personas adultas mayores. Esta variable permite identificar el grado en el que los participantes se sienten apartados de sus redes cotidianas de convivencia, aspecto fundamental para comprender los mecanismos psicosociales que influyen en el bienestar emocional. La Tabla 4 presenta la distribución de respuestas sobre la frecuencia con que los encuestados experimentan aislamiento percibido.

En relación con la soledad subjetiva, se identificó en los participantes la manera en que se expresa la experiencia de aislamiento o desconexión de los demás como un indicador adicional de su entorno social (Tabla 4). Esta variable permite estimar el grado en que los participantes se perciben apartados de sus redes sociales cotidianas, lo cual resulta relevante para comprender los mecanismos psicosociales que pueden incidir tanto en el bienestar emocional como en el funcionamiento cognitivo.

La Tabla 4 ilustra que una proporción importante de participantes reporta experimentar aislamiento de manera intermitente: el 13.5 % (2 117 personas), las cuales indicaron sentirse aisladas “a veces”, mientras solo el 4.4 % (equivalente a 698 personas) lo experimenta de forma “frecuente”.

Variables representativas del aislamiento social en las personas mayores en México

Tabla 4

Percepción de aislamiento o separación de los demás

Sistema	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Casi nunca	11650	74
A veces	2117	13.5
Frecuentemente	698	4.4
Subtotal	14465	91.9
Perdidos		
Subtotal	1274	8.1
Total	15739	100

Nota: Esta tabla se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021.

En conjunto, aproximadamente el 17.9 % de la muestra presenta algún nivel de aislamiento social, lo que evidencia la existencia de un subgrupo vulnerable en términos de integración y conexión social.

Niveles moderados de aislamiento se han asociado con disminuciones en el bienestar emocional, reducción de la participación social y menor estimulación cognitiva (Guarnera et al., 2023). Estos elementos pueden favorecer trayectorias de deterioro cognitivo más aceleradas, especialmente cuando el aislamiento coexiste con otros factores de riesgo, como enfermedades crónicas, síntomas depresivos o limitaciones funcionales.

Además de la soledad y el aislamiento social, se estimó la frecuencia con que las personas adultas mayores perciben ser ignoradas por los demás, como se muestra en la tabla 5. Este indicador busca captar dimensiones sobre las interacciones sociales, explorando experiencias de reconocimiento y validación social, elementos relacionados con el bienestar emocional y la integración comunitaria.

Tabla 5

Soledad: ¿Con qué frecuencia se siente ignorado por los demás?

Sistema	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Casi nunca	11316	71.9
A veces	2442	15.5
Frecuentemente	708	4.5
Subtotal	14466	91.9
Perdidos		
Subtotal	1273	8.1
Total	15739	100

Nota: Esta tabla se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021.

Los resultados muestran que, si bien la mayoría de los participantes casi nunca se siente ignorada (71.9 %), un 20 % de la muestra reporta esta experiencia en algún grado: el 15.5 %, “a veces”, y el 4.5 %, “frecuentemente”. Esta proporción es clínicamente relevante, ya que manifestaciones intermitentes de desatención social pueden contribuir al surgimiento o profundización de la soledad, afectar la estabilidad emocional y reducir la estimulación social significativa, factores que inciden negativamente en el funcionamiento

cognitivo. Por ello, la *percepción de ser ignorado* debe considerarse como un indicador psicosocial estratégico para el análisis y la comprensión de la soledad y sus efectos en la vejez.

Para comprender mejor las dimensiones emocionales de la soledad, se examinó la frecuencia con la que las personas adultas mayores reportan carecer de compañía.

La Tabla 6 presenta la distribución de respuestas a esta pregunta, la cual permite identificar un componente íntimo de la experiencia subjetiva de la soledad y capta la vivencia de no contar con apoyo emocional o disponibilidad afectiva en la vida cotidiana. La mayoría de los participantes refiere casi nunca experimentar esta sensación (64.3 %), mientras que el 27.6 % de la muestra reporta sentirla “a veces” (19.6 %) o “frecuentemente” (8 %).

Tabla 6

Soledad: ¿Con qué frecuencia sienten que carecen de compañía?

Sistema	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Casi nunca	10126	64.3
A veces	3084	19.6
Frecuentemente	1258	8
Subtotal	14468	91.9
Perdidos		
Subtotal	1271	8.1
Total	15739	100

Nota: Esta tabla se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021.

Este hallazgo, constituye un indicador relevante de soledad emocional, pues aun cuando la experiencia no sea constante, puede afectar el bienestar psicológico, reducir la participación social y contribuir a procesos que incrementan el riesgo de deterioro cognitivo en la vejez. La distribución de este indicador permite identificar perfiles diferenciados de vulnerabilidad emocional dentro de la población adulta mayor, útiles para orientar estrategias de prevención e intervención.

Se puede ver un patrón claro: aunque los indicadores de soledad y aislamiento severos son poco comunes, una parte de la población de adultos mayores tiene experiencias frecuentes o ocasionales de desconexión, falta de compañía, desatención o aislamiento.

Desde la psicogerontología, estas manifestaciones son importantes porque están relacionadas con un mayor riesgo de depresión, menos participación social, menor estimulación mental y, por lo tanto, una mayor posibilidad de deterioro cognitivo (Kuiper et al., 2015; Piolatto et al., 2022). Su presencia, aunque sea baja, muestra lo importante que es incluir estas variables en futuros análisis y en el diseño de intervenciones preventivas. Estas intervenciones deben buscar fortalecer las redes sociales, la compañía afectiva y el sentido de reconocimiento en la vida diaria de las personas mayores.

Evaluación del estado de ánimo en los adultos mayores

El estado de ánimo y la salud mental constituyen dimensiones fundamentales en la vejez al influir de manera directa en la calidad de las relaciones sociales y en la preservación de las funciones cognitivas. La inclusión de este indicador en el presente estudio permite examinar cómo el bienestar emocional y particularmente la presencia de síntomas depresivos, puede incidir en la percepción de soledad, aislamiento social y el

deterioro cognitivo. Para alcanzar este propósito, se integraron diversas expresiones emocionales reportadas durante la mayor parte de la semana previa a la encuesta, entre ellas: “*se sintió deprimido*”, “*sintió que todo lo que hace le costaba un gran esfuerzo*”, “*tuvo un sueño inquieto*”, “*se sintió feliz*”, “*se sintió solo*”, “*sintió que disfrutaba de la vida*”, “*se sintió triste*”, “*se sintió cansado*” y “*sintió que tenía mucha energía*”. La frecuencia absoluta para cada categoría se muestra en la Figura 7.

La revisión de la Figura 8 parece confirmar que existe un predominio del afecto positivo en los encuestados, especialmente en las expresiones emocionales “*se sintió feliz*”, “*sintió que disfrutaba de la vida*” y “*sintió que tenía mucha energía*”. En contraste, las expresiones de afecto negativo como depresión, percepción de esfuerzo excesivo, tristeza y sueño intranquilo, presentan una frecuencia marcadamente menor. Esta coexistencia de emociones positivas y negativas no implica ausencia de malestar, sino una coexistencia de sentimientos en la que una parte de las personas mayores presenta síntomas depresivos o sensaciones de soledad, pero a la vez manifiesta con regularidad bienestar y disfrute.

La presencia simultánea de manifestaciones positivas y negativas en la experiencia emocional de las personas mayores ha sido documentada por Isaacowitz (2022), quien señala que durante la vejez pueden mantenerse actitudes de optimismo y bienestar incluso en contextos emocionalmente adversos. Este fenómeno se explica, en parte, por la utilización de diversos mecanismos de regulación emocional, entre los que destacan la reevaluación positiva de las situaciones, la orientación hacia metas personalmente significativas y la selección de actividades gratificantes. Estas estrategias contribuyen a atenuar el impacto subjetivo del malestar, aun cuando las personas mayores experimenten

condiciones físicas o emocionales adversas, como cansancio, dificultades para dormir o una mayor sensación de esfuerzo (Isaacowitz, 2022).

Figura 8

Reporte de estados de ánimo en la semana previa a la Evaluación Cognitiva dentro del ENASEM 2021.



Fuente: El gráfico se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021.

En el marco de la soledad, el aislamiento y el deterioro cognitivo, este hallazgo adquiere especial relevancia. La presencia de afecto positivo puede actuar como un factor protector que interrumpe el ciclo de aislamiento, soledad y deterioro, al fomentar la motivación para participar en actividades sociales y estimulantes para la mente.

Además, la aparición al mismo tiempo de señales negativas como el cansancio o el sueño inquieto indica que pueden existir síntomas que no son muy graves o que aparecen de forma intermitente. Aunque no lleguen a ser clínicamente serios, pueden afectar la vida diaria y debilitar el apoyo de las personas cercanas.

Percepción de salud por de las personas mayores

En consonancia con lo anterior, el autoinforme de salud general se incorpora como un indicador fundamental clave en el estudio. Refleja la percepción que las personas adultas mayores tienen sobre su propio estado de salud, integrando componentes físicos, emocionales y funcionales que influyen en la capacidad para sostener actividades cotidianas. En contextos de envejecimiento, una autovaloración de salud regular o mala suele asociarse con menor integración comunitaria y con mayor exposición a factores psicosociales adversos (Duan et al., 2023).

La Tabla 7 ilustra la distribución del autoinforme de salud general entre los participantes de la ENASEM 2021. La escala incluyó cinco categorías: “*excelente*”, “*muy buena*”, “*buena*”, “*regular*” y “*mala*”. Los resultados indican que casi la mitad (49%) de los encuestados reporta una percepción de salud regular, mientras que un 7.5 % la evalúa como mala. En conjunto, estas categorías representan la mayor proporción de la muestra, lo que sugiere una tendencia hacia estados deficientes de salud percibida.

Tabla 7

Reporte de percepción de salud general de los participantes en la ENASEM 2021

Sistema	Frecuencia	Porcentaje
<u>Válidos</u>		
Excelente	425	2.7%
Muy Buena	720	4.6%
Buena	4438	28.2%
Regular	7714	49%
Mala	1186	7.5%
Subtotal	14483	92%
Perdidos	1256	8%
Total	15739	100%

Fuente: Esta tabla se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021.

El Autoinforme de Salud General (ASG) integra dimensiones como las morbilidades crónicas, la satisfacción nutricional, la funcionalidad y la percepción de la memoria (Wong et al., 2005; Schaap et al., 2024). Entre ellas, la autovaloración de la memoria presenta la asociación más estrecha con el ASG, lo que sugiere que una percepción desfavorable de la salud suele acompañarse de una valoración cognitiva negativa y de menor bienestar subjetivo. Asimismo, las diferencias observadas entre ciudades de América Latina, particularmente en la Ciudad de México, refuerzan el carácter subjetivo de este indicador.

Si bien las limitaciones funcionales impactan el ASG, la evidencia documenta que los factores subjetivos, especialmente la memoria y la satisfacción personal, junto con ciertas patologías crónicas como la neumopatía o la cardiopatía, muestran una asociación más sólida con la salud percibida. Esta asociación es más sólida que el desempeño físico por sí solo. En consecuencia, aunque la funcionalidad influye en la valoración, la subjetividad y la autoevaluación cognitiva parecen tener un peso determinante en la construcción global de la percepción de bienestar (Wong et al., 2005; Schaap et al., 2024).

Un porcentaje significativo de los respondientes (35.5 %) reporta una percepción de salud “buena”, “muy buena” o “excelente”. Este grupo minoritario podría estar relacionado con mejores niveles de funcionamiento, más participación social y redes de apoyo más activas, los cuales integran factores protectores contra la soledad y el deterioro cognitivo a través de formas de resiliencia.

Acceso a la seguridad social y su vínculo con la salud percibida

El acceso a la seguridad social constituye un elemento estructural que influye de manera directa en la percepción de salud y en las condiciones de bienestar de las personas mayores. La Tabla 8 ilustra que el 73.8 % de los encuestados declara contar con seguridad social, mientras que el 25.9 % carece de este recurso. Sin embargo, la percepción de salud tiende a ser regular, no necesariamente por la enfermedad física en sí misma, sino por la experiencia de recibir una atención insuficiente, tardía o insegura.

Tabla 8

Reporte de contar con seguridad social de los participantes en la ENASEM 2021

Sistema	Frecuencia	Porcentaje
<u>Válidos</u>		
No	4972	25.9%
Sí	11616	73.8%
Subtotal	15688	99.7%
Perdidos	51	0.3%
Total	15739	100%

Fuente: Esta tabla se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021.

Diversas deficiencias del sistema público de salud, como los tiempos de espera prolongados, la falta de insumos, los errores médicos y la sobrecarga institucional, pueden desincentivar el uso del servicio aun entre quienes tienen acceso formal, como lo refieren Islas-Cerón et al. (2020) en relación con la calidad técnica en el sistema de salud mexicano particularmente en el primer nivel de atención. En las personas mayores, esta situación puede generar sentimientos de desconfianza, abandono o frustración, que a su vez influyen en su bienestar emocional y en su disposición para buscar atención médica cuando la requieren.

Desde una perspectiva de curso de vida, la seguridad social cumple funciones que van más allá de la atención sanitaria, puesto que garantiza el ingreso por jubilación o pensión, posibilita el acceso a medicamentos y brinda continuidad al cuidado. Su ausencia

expone a las personas mayores a precariedad económica y limita su capacidad para enfrentar enfermedades crónicas, pagar tratamientos o adquirir ayudas técnicas, lo que conlleva la adopción de estrategias como postergar consultas o racionar fármacos (Islas-Cerón et al., 2020).

A nivel nacional, la carencia por acceso a seguridad social sigue siendo la más extendida, afectando al 48.2 % de la población mexicana en 2024. El INEGI identifica como grupos particularmente vulnerables a las personas sin prestaciones laborales, a quienes no tienen acceso a instituciones de seguridad social y a quienes dependen únicamente de programas sociales sin pensión adecuada a sus necesidades. Este último es el de mayor riesgo de exclusión social y soledad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2025).

La interacción entre la percepción de salud, el acceso insuficiente a servicios y la vulnerabilidad emocional, configura un escenario en el que la soledad, el aislamiento y el deterioro cognitivo se ven mutuamente amplificados. La falta de acceso efectivo a la atención médica restringe la posibilidad de mantener rutinas fuera del hogar, disminuye la participación social y limita la estimulación cognitiva y física; en consecuencia, se incrementa el riesgo de deterioro funcional y cognitivo, especialmente cuando coexisten comorbilidades no controladas (Schaap et al., 2024).

En suma, la seguridad social y la percepción de salud constituyen dimensiones estructurales y subjetivas que influyen de manera decisiva en la vida de las personas mayores. Allí donde la cobertura es insuficiente o su uso se ve obstaculizado por fallas sistémicas, se estrechan las oportunidades de participación, se debilitan las redes de apoyo

y se intensifican los riesgos asociados con la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo.

Análisis del deterioro cognitivo

La Tabla 9 presenta la asociación entre la edad y el desempeño en dominios cognitivos evaluados mediante el *Mini Mental State Exam* (MMSE), reportando para cada dominio la edad de “mayor logro” y “menor logro”, junto con el porcentaje de respuestas no satisfactorias, interpretadas en este estudio como indicativas de deterioro cognitivo.

Este método ayuda a identificar diferencias en el rendimiento en distintas áreas a medida que envejecemos, y a señalar qué aspectos son especialmente sensibles en las personas mayores (Folstein et al., 1975).

En los dominios de orientación, se observa un gradiente asociado a la edad. La “orientación en el tiempo (día de la semana)” muestra el contraste más marcado: el desempeño no satisfactorio es mínimo en ≤ 62 años (1.3%) y aumenta de forma importante en > 82 años (19.6%).

De manera consistente, la “ubicación espacial” también se deteriora en edades avanzadas (2.5% en ≤ 65 años frente a 10.5% en > 82 años). En términos funcionales, las dificultades de orientación pueden comprometer la organización de rutinas cotidianas (fechas, citas, pagos), con posibles efectos indirectos sobre la autonomía y la participación social (Ngandu et al., 2015).

Tabla 9
Dominios cognitivos y edad 1

Dominio cognitivo	Variable principal	Edad con mayor logro	Porcentaje no satisfactorio	Edad con menor logro	Porcentaje no satisfactorio
Orientación en el tiempo	Día de la semana	≤ 62 años	1.3%	> 82 años	19.6%
Ubicación espacial	Ubicación	≤ 65 años	2.5%	> 82 años	10.5%
Memoria corto plazo (registro inicial)	Bicicleta	≤ 67 años	2.4%	> 82 años	15.4%
<i>Memoria a corto plazo (recuerdo diferido)</i>	<i>Bicicleta</i>	<i>≤ 67 años</i>	<i>30.9%</i>	<i>> 82 años</i>	<i>54.5%</i>
Seguimiento de Indicaciones	Mano derecha	≤ 65 años	7.8%	> 82 años	13.4%
Motricidad	Frase sencilla	≤ 67 años	2.5%	> 82 años	5.7%
Motricidad (Evaluación escrita)	Escritura	≤ 69 años	17.1%	> 81 años	40.8%
Ejercicios visuales y del lenguaje	Frase	≤ 78 años	6.8%	> 78 años	11.1%
Dibujo uno (pentágono)	Dibujo	≤ 67 años	0.5%	> 82 años	8.2%

Nota : *Porcentaje de población de encuestados que respondieron no satisfactoriamente y, por tanto, poseen deterioro cognitivo de acuerdo con la evaluación cognitiva.*

El dominio más vulnerable corresponde a la “memoria a corto plazo”, especialmente en la condición de “recuerdo diferido”. Mientras que en el registro inicial la proporción no satisfactoria es relativamente baja (2.4% en ≤ 67 años; 15.4% en > 82 años). En el “recuerdo diferido”, el desempeño se reduce de manera sustancial (30.9% no satisfactorio en ≤ 67 años y 54.5% en > 82 años). Esta diferencia sugiere que el mayor desafío no reside únicamente en la codificación inmediata, sino en la retención y recuperación tras un intervalo breve, proceso clave para sostener conversaciones, evocar acuerdos recientes y mantener continuidad en tareas diarias. En este marco, la afectación de la memoria reciente puede favorecer la disminución de interacciones sociales por temor a cometer errores, reduciendo oportunidades de estimulación cognitiva cotidiana (Piolatto et al., 2022).

De forma complementaria, el “seguimiento de indicaciones” muestra un incremento moderado de dificultad con la edad (7.8% en ≤ 65 años vs 13.4% en > 82 años), lo cual puede traducirse en mayores barreras para completar tareas secuenciales y sostener independencia en actividades instrumentales. Asimismo, las tareas de “motricidad” y “lenguaje simple” (frase sencilla) presentan deterioro menor (2.5% en ≤ 67 años vs 5.7% en > 82 años), pero su evolución sigue la misma dirección, reforzando el patrón general de declive asociado a edades avanzadas.

Uno de los contrastes más pronunciados se identifica en la “evaluación escrita”, donde la proporción no satisfactoria pasa de 17.1% (≤ 69 años) a 40.8% (> 81 años). Este hallazgo es notable, porque la escritura y las habilidades motoras finas median actividades de autonomía cotidiana (firmar, completar trámites, registrar información), por lo que su deterioro puede incrementar la dependencia y restringir la participación fuera del hogar.

En contraste, los dominios con menor afectación relativa incluyen la “copia de figura” (0.5% en ≤ 67 años vs 8.2% en > 82 años) y las “tareas visuales y del lenguaje” (6.8% en ≤ 78 años vs 11.1% en > 78 años). Esto sugiere la existencia de “reservas funcionales” que pueden aprovecharse mediante apoyos visuales e instrucciones breves y repetidas para sostener el desempeño cotidiano.

La “Tabla 10” complementa estos resultados al presentar el porcentaje de respuestas satisfactorias (indicativas de ausencia de deterioro). Esto confirma la misma estructura de gradiente. Los niveles de desempeño se mantienen altos en edades menores y disminuyen progresivamente en los grupos de mayor edad, con descensos particularmente visibles en memoria diferida y escritura.

En general, estos hallazgos destacan que el deterioro cognitivo en la vejez debe verse desde un enfoque integral, donde el declive en diferentes áreas está influenciado por factores educativos, funcionales, emocionales y sociales. En particular, el enfoque teórico de “reserva cognitiva” sugiere que la escolaridad y la exposición acumulada a actividades cognitivamente estimulantes pueden amortiguar la expresión clínica del deterioro, aún ante cambios neurobiológicos asociados al envejecimiento (Stern et al., 2020).

Estos resultados deben interpretarse junto con los indicadores de desconexión social, ya que la evidencia a largo plazo muestra que la soledad, poco contacto social y baja participación social están relacionados con un mayor riesgo de problemas de memoria y demencia (Kuiper et al., 2015).

Tabla 10***Dominios cognitivos y edad 2.***

Dominio cognitivo	Variable principal	Edad con mayor logro	Porcentaje satisfactorio	Edad con menor logro	Porcentaje satisfactorio
Orientación en el tiempo	Día de la semana	≤ 62 años	98.7%	> 82 años	80.4%
Ubicación espacial	Ubicación	≤ 65 años	97.4%	> 82 años	88.5%
Memoria corto plazo (registro inicial)	Bicicleta	≤ 67 años	97.5%	> 82 años	84.3%
Memoria a corto plazo (recuerdo diferido)	Bicicleta	≤ 67 años	68.8%	> 82 años	43.2%
Seguimiento de Indicaciones	Mano derecha	≤ 65 años	88.6%	> 82 años	79.3%
Motricidad	Frase sencilla	≤ 67 años	88.1%	> 82 años	62.7%
Motricidad (Evaluación escrita)	Escritura	≤ 69 años	82.9%	> 81 años	59.2%
Ejercicios visuales y del lenguaje	Frase	≤ 78 años	92%	> 78 años	88%
Dibujo uno (pentágono)	Dibujo	≤ 67 años	99.5%	> 82 años	91.8%

Nota: Esta tabla se elaboró en el presente estudio a partir de la base de datos de la ENASEM 2021. Muestra el porcentaje de población de encuestados que respondieron satisfactoriamente y, por tanto, no poseen deterioro cognitivo de acuerdo con la evaluación cognitiva.

Por tanto, el vínculo entre declive cognitivo y aislamiento puede operar como un circuito bidireccional: las dificultades cognitivas reducen la participación, y la menor participación disminuye la estimulación cognitiva, aumentando la vulnerabilidad en edades avanzadas.

Los resultados ponen de manifiesto que la experiencia social de las personas adultas mayores es heterogénea y que un sector relevante de esta población enfrenta condiciones de soledad y aislamiento que pueden comprometer su salud cognitiva y emocional. La integración de estos indicadores revela la urgencia de abordar la soledad como un fenómeno multidimensional que combina aspectos emocionales, relacionales y contextuales, y configuran un círculo vicioso, pues a menor interacción se produce menor estimulación mental y física, y mayor deterioro cognitivo.

A medida que avanzan las dificultades, y conforme aumenta el deterioro de los dominios cognitivos ya señalados, se favorece la soledad y el aislamiento en las personas mayores. Por tanto, se requiere avanzar hacia estrategias de intervención que fomenten la conexión social, fortalezcan los vínculos comunitarios y promuevan entornos relacionales que reconozcan la dignidad, la presencia y la voz de las personas mayores, con el fin de mitigar los riesgos asociados al deterioro cognitivo y mejorar su calidad de vida.

En este contexto y derivado del análisis realizado, a continuación, se presenta una propuesta de programa de intervención que mitigue el aislamiento social y la soledad como factores de riesgo de deterioro cognitivo en las personas adultas mayores.

Propuesta de un programa de prevención

Como se ha evidenciado, el deterioro de la actividad cognitiva es un proceso multifactorial relacionado con la convergencia de alteraciones a nivel neurológico, fisiológico, morfológico, bioquímico, psicológico y social en el individuo. Aunque el deterioro cognitivo suele asociarse principalmente al envejecimiento, factores como el aislamiento social y la soledad pueden acelerar este proceso e incrementar el riesgo de desenlaces más graves, como la demencia (Díaz-Guerra y Hernández-Lugo, 2023).

La evidencia científica muestra que las acciones que combinan diferentes disciplinas y elementos resultan efectivas para la prevención del deterioro cognitivo; por tanto, se plantea que la psicoeducación es de utilidad para ayudar a las personas mayores a fortalecer su red de apoyo y fomentar su independencia y funcionalidad. La psicoeducación es una estrategia que promueve el cambio de percepción e involucra procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada persona, con el objetivo de promover la autonomía y mejorar su calidad de vida (Godoy et al., 2020).

Con base en los resultados reportados en la revisión teórica y en los hallazgos del presente estudio, en los que participantes de la Evaluación Cognitiva en la ENASEM 2021 reportan deterioro cognitivo y, además, presentan factores de riesgo como diabetes e

hipertensión, se formula una propuesta de prevención orientada a disminuir el riesgo de deterioro cognitivo, así como para fortalecer el desempeño cognitivo y favorecer la reserva cognitiva en personas de 50 años o más y contempla integrar tanto a personas que ya presentan indicadores de vulnerabilidad cognitiva o factores de riesgo, como a aquellas que no han mostrado deterioro cognitivo, soledad, aislamiento, ni comorbilidades asociadas, pero que pueden beneficiarse de acciones dirigidas a la preservación de su salud cognitiva y preventivas de la experiencia de soledad y el aislamiento.

Fundamentación teórica

La presente propuesta de prevención se fundamenta en un modelo integrativo que articula la estimulación neuropsicológica y cognitiva con estrategias de multidominio. En este marco, la psicoeducación se plantea como el eje central y transversal de la propuesta preventiva; de acuerdo con Casasola-Rivera (2024), este componente no se limita a la transmisión de información técnica, sino que brinda a la persona herramientas para reinterpretar los cambios cerebrales, disminuyendo el estigma y la ansiedad; asimismo, favorece fortalecer la resiliencia emocional, como medida para mitigar el aislamiento social como factor que puede acelerar el deterioro cognitivo.

La propuesta se basa en los principios de rehabilitación neuropsicológica propuestos por García-Molina y Prigatano (2022). Quienes resaltan la importancia de incluir aspectos cognitivos, emocionales y sociales en programas organizados que mejoren la calidad de vida y la funcionalidad de los adultos mayores; en este sentido, es crucial considerar la dimensión emocional y la conciencia de riesgo de déficit cognitivo en los procesos de

prevención, lo cual se refleja en los espacios de retroalimentación en cada sesión (García-Molina y Prigatano, 2022).

Para la elaboración de esta propuesta, se emplearon las directrices establecidas por el modelo de la red World-Wide FINGER (Finnish Geriatric Intervention Study). Este modelo define la salud cerebral como un constructo multidimensional, estableciendo que las estrategias deben integrar el entrenamiento cognitivo, el control de riesgos cardiovasculares, la promoción de hábitos saludables y la participación social como componentes preventivos esenciales (Kivipelto et al., 2020; Sindi et al., 2025). Bajo esta perspectiva, la propuesta fomenta la estimulación indirecta al motivar a las personas de 50 años y más a involucrarse en actividades que protegen su funcionalidad y reserva cognitiva, tanto en quienes presentan factores de riesgo como en quienes no han desarrollado condiciones clínicas asociadas.

De manera complementaria, se incorpora el modelo neuropsicológico de Sohlberg y Mateer (2001) para llevar a cabo la operatividad técnica de la propuesta. Mientras que FINGER define los dominios a atender desde una lógica preventiva, Sohlberg y Mateer proporcionan las herramientas clínicas para operacionalizar el “cómo”. Este modelo destaca la psicoeducación como el primer paso necesario para crear una buena relación entre el terapeuta y el paciente; también se enfoca en trabajar con metas prácticas y en planear cómo llevar lo aprendido a la vida diaria; lo cual implica promover que la persona mayor se integre en actividades de su entorno social (Sohlberg y Mateer, 2001).

Al conjuntar ambos modelos, la propuesta no solo atiende condiciones de vulnerabilidad cognitiva, sino que se orienta también a la preservación del funcionamiento

cognitivo y al fortalecimiento de recursos protectores en población general. De esta manera, incorpora a la red de apoyo y adapta el entorno para favorecer cambios sostenibles, transformando el contexto cotidiano en un sistema que contribuye a preservar la autonomía y la calidad de vida.

Enfoque de la propuesta

La presente propuesta de prevención del deterioro cognitivo, la soledad y el aislamiento se sustenta en el enfoque de la gerontología social crítica, desde el cual estas problemáticas no se conciben como expresiones exclusivamente individuales ni como consecuencias naturales e inevitables del envejecimiento. Por el contrario, se reconoce que la salud cognitiva en la vejez se encuentra atravesada por determinantes sociales de la salud y por condiciones estructurales que configuran de manera desigual las trayectorias de envejecimiento (Barnes y Zuelsdorff, 2025). En este marco, la psicoeducación se plantea como el medio pertinente para desarrollar la propuesta de prevención, en tanto permite traducir este encuadre en procesos de reflexión, comprensión y fortalecimiento de recursos personales y sociales orientados a reducir la vulnerabilidad en la vejez. De este modo, su incorporación resulta congruente con una perspectiva que reconoce que el deterioro cognitivo también puede analizarse como una expresión de injusticia estructural y que, por ello, la prevención debe orientarse no solo a la preservación de la salud cognitiva, sino también al fortalecimiento de la autonomía, los vínculos sociales y las condiciones de apoyo (Rahman, 2026).

Diseño de la propuesta de prevención

Con base en lo anterior, la propuesta elaborada se basa en un modelo integral que combina psicoeducación, estimulación cognitiva y fortalecimiento de redes de apoyo en las personas mayores evaluará mediante un ensayo experimental (pretest-postest con grupo control). Se propone emplear un diseño mixto, integrando análisis cuantitativos y cualitativos para captar tanto los cambios objetivos como la experiencia subjetiva de los participantes.

Participantes y criterios de inclusión

Para llevar a cabo la propuesta, se plantea una muestra de 16 participantes, los cuales se organizarán en 2 grupos de 8 personas cada uno, para facilitar la interacción y el apoyo social, quienes deberán cumplir los siguientes criterios para su inclusión:

- Hombres y mujeres de 50 años o más
- Población general, con o sin percepción de aislamiento y soledad
- Con o sin manifestación de fallas de memoria o indicadores de vulnerabilidad cognitiva
- Con o sin presencia de factores de riesgo asociados, como diabetes e hipertensión
- Preservar capacidad cognitiva suficiente para participar en el programa
- Carecer de comorbilidades neurológicas y/o psiquiátricas graves
- Que cuenten con auxiliares visuales y auditivos en caso de requerirlos

Instrumentos para la evaluación neuropsicológica y el diagnóstico de las capacidades funcionales en el adulto mayor

Se sugieren los siguientes instrumentos para obtener una descripción de los factores psicosociales de los participantes desde un enfoque cuantitativo y cualitativo, los cuales serán aplicados antes y después de la intervención preventiva.

En función de los resultados de este estudio, en los que la memoria se identifica como el dominio cognitivo con mayor incidencia de deterioro, la evaluación de la cognición global se determinará mediante el Montreal Cognitive Assessment (MoCA), debido a que constituye una prueba de tamizaje con mayor sensibilidad para la detección de dificultades en los procesos de memoria. Asimismo, se trata de un instrumento ampliamente utilizado y validado para la identificación de signos de deterioro cognitivo, lo que permitirá establecer un perfil inicial del funcionamiento cognitivo de los participantes (Folstein et al., 1975; Nasreddine et al., 2005).

Adicionalmente, se empleará el instrumento Neuropsi Atención y Memoria (NAM) para evaluar distintas dimensiones del funcionamiento cognitivo, entre ellas la orientación, la atención y concentración, la memoria de trabajo, la memoria verbal y visual, así como las funciones ejecutivas y motoras. Su relevancia metodológica radica en que dispone de normas específicas desarrolladas para la población hispanohablante, ajustadas según la edad y el nivel de escolaridad (Ostrosky-Solís y Lozano Gutiérrez, 2012).

Para medir el nivel de autonomía funcional, se utilizarán el Índice de Barthel y la escala de Lawton Brody. Estos instrumentos evalúan la independencia en tareas básicas y en actividades cotidianas, proporcionando información sobre la capacidad funcional de los adultos mayores (Lawton y Brody, 1969; Mahoney y Barthel, 2013).

La evaluación del estado emocional se valorará mediante la Geriatric Depression Scale de 15 ítems (DGS-15), instrumento validado para la detección de sintomatología depresiva en población geriátrica (Yesavage et al., 1982). A su vez, la percepción de soledad y aislamiento social se medirá con la SESLA-S y la UCLA Loneliness Scales, escalas que permiten identificar el impacto del aislamiento en el bienestar psicológico y social de los participantes (DiTommaso y Spinner, 1993; Russell et al., 1980).

Estrategias para la prevención del deterioro cognitivo

Se sugiere realizar entrevistas semiestructuradas con el objetivo de explorar la experiencia subjetiva de los participantes y registrar percepciones individuales en la vivencia del envejecimiento y la interacción social, así mismo, de manera complementaria, para el trabajo de reflexión grupal dentro del programa de intervención se contempla la integración de grupos focales.

La presente propuesta de programa preventivo se fundamenta en la metodología multidominio inspirado en la red FINGER, debido a que ha demostrado eficacia en la prevención de deterioro cognitivo mediante la combinación de la psicoeducación, la promoción de hábitos saludables y fortalecimiento de redes de apoyo (Kivipelto et al., 2020; Ngandu et al., 2015). Este marco internacional guía la propuesta para incluir factores que protegen lo cognitivo, emocional y social, garantizando que los resultados sean sostenibles.

En este sentido, la psicoeducación constituye el eje central de la propuesta mediante charlas y talleres sobre envejecimiento saludable, afrontamiento emocional y recursos sociales; lo anterior favorece una actitud preventiva frente a los cambios cognitivos

asociados al envejecimiento, al tiempo que contribuye a disminuir la ansiedad cognitiva (Casasola-Rivera, 2024).

Por otra parte, con el propósito de fortalecer la cognición social y la estimulación cognitiva en personas mayores, se proponen modalidades sustentadas en evidencia empírica como los programas de estimulación grupal, la arteterapia y el uso de tecnologías digitales y realidad virtual, las cuales deberán adecuarse a los contextos de los participantes. (Beneito-Montagut et al., 2023).

Los programas de estimulación cognitiva grupal integran ejercicios de memoria, atención y razonamiento con dinámicas sociales que favorecen la interacción interpersonal, la empatía y la reducción del aislamiento, contribuyendo a la mejora del bienestar emocional y cognitivo (Aguilera-Arteaga et al., 2024). De manera complementaria, las acciones basadas en arteterapia, que comprenden musicoterapia, teatro y artes plásticas, permiten estimular la expresión emocional y la cohesión grupal, al tiempo que activan funciones cognitivas superiores vinculadas a la comunicación y la cognición social (Noice et al., 2013).

El uso de tecnologías digitales y entornos de realidad virtual representa una estrategia innovadora para entrenar habilidades de comunicación y empatía en contextos controlados, promoviendo además la inclusión digital entre la población mayor (Beneito-Montagut et al., 2023).

En secuencia con lo anterior, los modelos integrales de trabajo comunitario, al combinar estimulación cognitiva, actividad física y participación social, refuerzan la

cognición social desde una perspectiva holística que vincula la salud mental con la resiliencia comunitaria (Guevara-Verdugo et al., 2025).

La presente propuesta contempla el uso de las técnicas de reminiscencia y terapia narrativa, que permiten a los participantes compartir experiencias significativas, fortaleciendo la identidad, la conexión social y la reducción de la soledad percibida. A la vez, se usarán dinámicas en grupo y ejercicios de role-playing para fomentar la empatía, reducir la sensación de soledad y crear un sentido de apoyo entre los participantes, factores que protegen contra el deterioro cognitivo (Carreño et al., 2021; Delgado-Vilela et al., 2025).

Es importante destacar que la manera de llevar a cabo la propuesta se fundamentará en el modelo de Sohlberg y Mateer (2001), que proporciona una estructura metodológica enfocada en la validez ecológica y la aplicación del aprendizaje en situaciones reales para la rehabilitación neuropsicológica. Este modelo permite organizar las sesiones en fases progresivas, con tareas graduadas y adaptadas al nivel funcional de cada participante.

Procedimiento y estructura de la propuesta

El programa se estructurará en 16 sesiones; una sesión cada semana con duración aproximada de 90 minutos cada una. Las sesiones se desarrollarán en formato grupal, aunque se contemplarán actividades individuales en los casos que se requieran, para responder a las necesidades específicas de cada participante.

Las sesiones se organizarán en tres momentos: una introducción de aproximadamente 10 minutos, destinada a generar un clima de confianza y activar recursos

atencionales; posteriormente se llevará a cabo la actividad principal, con duración aproximada de 60 minutos, en la cual se aplicarán las técnicas y estrategias previamente diseñadas; y finalmente un espacio de retroalimentación y cierre de 10 a 20 minutos, orientado a consolidar los aprendizajes, resolver dudas y favorecer la transferencia de lo trabajado a la vida cotidiana. Los materiales estarán conformados por recursos visuales, escritos y digitales, adaptados al nivel educativo y cultural de los participantes.

La propuesta se sistematiza en la Figura 2, consta de seis módulos desarrollados distribuidas en las 16 sesiones que la integran, dirigidas a prevenir la progresión del deterioro cognitivo, fortalecer la reserva cognitiva e incrementar la autonomía y la funcionalidad en personas de 50 años o más. Si bien el módulo 2 es el momento intensivo en psicoeducación, este componente se mantiene presente en el resto de los módulos para reforzar la “reinterpretación de los cambios cerebrales” (Casasola-Rivera, 2024).

Figura 9. Propuesta de programa de prevención

Fase	Número de sesión	Objetivos	Descripción
Módulo 1: Evaluación Inicial	1, 2 y 3	Implementar la evaluación neuropsicológica y funcional para identificar el perfil cognitivo, emocional y social de cada participante. Detección de factores de riesgo y recursos personales/sociales.	Aplicación de pruebas estándares validadas por la literatura y realización de entrevista a participantes.
Módulo 2: Psicoeducación sobre	4	Promover la adquisición de conocimientos sobre los cambios asociados al envejecimiento cerebral	Charlas y talleres sobre los cambios normales y patológicos del envejecimiento cerebral.

envejecimiento y cognición		normal y al deterioro cognitivo patológico. El fin es reducir creencias disfuncionales, estigmatización y ansiedad del pensamiento. Además, se busca favorecer una actitud activa y preventiva frente al envejecimiento cerebral a partir de la implementación de procesos de psicoeducación neurocognitiva.	Información sobre el impacto del aislamiento social en la salud cognitiva y emocional. Espacios de diálogo para compartir experiencias y resolver dudas, promoviendo la autoeficacia y la autoconciencia.
Módulo 3: Estimulación cognitiva y social	5, 6 y 7	Crear un programa de estimulación cognitiva que se enfoque en la memoria, atención, funciones ejecutivas y lenguaje. Este programa debe tener tareas adaptadas al nivel de cada participante y tiene como objetivo mantener su rendimiento cognitivo, su reserva cognitiva y su independencia funcional. Entrenar a los participantes en el uso de estrategias metacognitivas, recursos compensatorios y técnicas de regulación emocional que faciliten la adaptación a los cambios cognitivos propios del envejecimiento, promoviendo la funcionalidad, la adherencia al programa y la resiliencia psicológica.	Ejercicios de memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas, adaptados a las capacidades individuales. Actividades de reminiscencia y orientación a la realidad. Actividades de teatro, música y juegos cognitivos en grupo para fomentar la interacción social, mindfulness adaptado, role-playing funcional, dinámicas de integración, ejercicios con tecnología.

		Promover el uso de lo aprendido en la vida diaria, tanto en actividades prácticas como sociales, para fomentar la participación, la independencia y la continuación de hábitos que cuiden el funcionamiento del cerebro, de acuerdo con el enfoque multidominio del modelo FINGER.	
Módulo 4: Estrategias para afrontar la soledad y el aislamiento	8, 9 y 10	Llevar a cabo actividades grupales que ayuden a mejorar la interacción social, el apoyo emocional y el sentido de pertenencia, ya que estos son factores que se pueden ajustar y están relacionados con el deterioro cognitivo y el bienestar psicológico. Esto puede ayudar a disminuir el impacto del aislamiento social y la sensación de soledad.	Entrenamiento en habilidades de afrontamiento emocional y técnicas de reestructuración cognitiva. Dinámicas grupales para fortalecer la identidad y el sentido de pertenencia. Promoción de la autoeficacia y la autoconciencia a partir de entrenamiento en actividades de la vida diaria.
Módulo 5: Fortalecimiento de redes de apoyo	11, 12 y 13	Apoyar el fortalecimiento de los lazos entre los adultos mayores y sus familiares y redes de apoyo, facilitando encuentros estructurados, comunicación regular y estrategias prácticas para el acompañamiento, con el fin de aumentar la participación social, el apoyo emocional y la coordinación del autocuidado.	Sesiones con familiares y cuidadores para brindar psicoeducación sobre el rol del apoyo social para maximizar el impacto y la sostenibilidad de los cambios. Creación de grupos de apoyo entre pares y orientación sobre recursos comunitarios y

			actividades sociales disponibles. Promoción de la participación en actividades intergeneracionales y voluntariado.
Módulo 6: Cierre y planificación de seguimiento	14, 15 y 16	Consolidar aprendizajes y estrategias para mantener logros y plan de acción a futuro (Revisión de avances y refuerzo).	Revisión de metas, despedida grupal, feedback, autoevaluación.

De acuerdo con las necesidades y avances de los participantes, se realizarán adaptaciones específicas y se establecerán sesiones individuales.

Tipo de análisis

La combinación de análisis cuantitativos y cualitativos permitirá obtener una visión integral de los efectos de la intervención. Desde el enfoque cuantitativo se aplicarán pruebas t-Student para muestras relacionadas con el fin de comparar los resultados en las mediciones pre y post intervención, con el objeto de identificar cambios significativos en las variables cognitivas y emocionales, así como la efectividad del programa. Para el seguimiento longitudinal se recurrirá a modelos mixtos, adecuados para manejar datos repetidos en el tiempo y captar la evolución de los participantes (Singer y Willett, 2003).

En el plano cualitativo, se llevará a cabo un análisis de contenido de las entrevistas semiestructuradas; este procedimiento posibilitará identificar categorías principales y secundarias, revelando similitudes y diferencias en los discursos, así como el significado psicológico de la experiencia de participar en el programa (Braun y Clarke, 2006).

Conclusiones

El presente estudio, tuvo como propósito analizar la relación entre la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo en personas mayores en México, a partir del análisis de los datos de la ENASEM 2021, particularmente de la submuestra que integró la evaluación cognitiva ($n = 3,575$; ≥ 58 años). Desde esta perspectiva, la soledad y el deterioro cognitivo fueron abordados como procesos situados en contextos sociales y estructurales que configuran trayectorias diferenciales de envejecimiento.

Los resultados descriptivos e inferenciales muestran asociaciones consistentes entre variables sociodemográficas, funcionales, emocionales y cognitivas. La edad avanzada, la baja escolaridad, y las limitaciones funcionales emergen como factores asociados con mayor probabilidad de deterioro cognitivo, en consonancia con el modelo de reserva cognitiva. Estos hallazgos evidencian la influencia de trayectorias de vida marcadas por desigualdades educativas, económicas y de acceso a recursos.

En el ámbito funcional, las dificultades en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, particularmente vestirse y realizar compras, muestran una alta prevalencia y se asocian con reducción potencial de autonomía y participación social. Estas limitaciones comprometen procesos ejecutivos, planificación y secuenciación, generando un escenario en el que la disminución de la actividad cotidiana puede coexistir con menor estimulación cognitiva y social.

Respecto a la desconexión social, los datos indican que, aunque los niveles severos de soledad y aislamiento son minoritarios, una proporción relevante de adultos mayores

experimenta formas intermitentes o moderadas de soledad, percepción de aislamiento, sensación de ser ignorado o carencia de compañía. Estas experiencias, aun cuando no sean constantes, constituyen indicadores psicosociales estratégicos, ya que la literatura las vincula con mayor riesgo de deterioro cognitivo (Durón-Reyes et al., 2023).

En el análisis por dominios del MMSE a pesar de que se trata de una prueba de tamizaje general, se identificó un gradiente claro asociado a la edad, con mayor vulnerabilidad en memoria diferida y en habilidades de escritura. El incremento progresivo del desempeño no satisfactorio en estos dominios sugiere que los procesos de retención, recuperación de información y expresión escrita constituyen áreas sensibles en edades avanzadas. Dado que estas funciones, mediante actividades instrumentales cotidianas, su deterioro puede impactar directamente en la autonomía y en la participación social (Guevara Verdugo et al., 2025).

Los resultados concuerdan con antecedentes internacionales que muestran asociaciones consistentes entre aislamiento social y menor desempeño cognitivo (Zhang et al., 2025), así como entre soledad y declive en memoria episódica y fluidez verbal (Lee et al., 2025). En México, estudios previos con la ENASEM (Mejía-Arango et al., 2007; Arce-Rentería et al., 2020) ya habían documentado la influencia de la escolaridad y la depresión en la prevalencia de deterioro cognitivo, reforzando la idea de que los factores emocionales y estructurales son determinantes.

La evidencia reciente también destaca el papel del estado de ánimo depresivo como un mediador clave. Investigaciones nacionales (Ramírez-López et al., 2024; Tapia-Ramírez y Castrejón, 2023) muestran que la depresión se asocia con mayor probabilidad de deterioro

cognitivo y limitaciones funcionales, mientras que estudios internacionales (Guarnera et al., 2023; Qi et al., 2023) señalan que la depresión puede potenciar los efectos negativos de la soledad y el aislamiento sobre la cognición. Esto sugiere que la salud mental es un componente comórbido, un factor de riesgo que agrava el deterioro cognitivo.

El análisis del estado de ánimo revela una coexistencia de afecto positivo y manifestaciones emocionales negativas en una parte de la muestra; este hallazgo es relevante, ya que sugiere que la vejez no debe interpretarse desde una narrativa homogénea. La presencia de emociones positivas puede funcionar como factor protector que favorece la participación y la resiliencia, mientras que síntomas subumbrales de malestar podrían deteriorar de forma progresiva la funcionalidad y la interacción social. Esta complejidad emocional refuerza la necesidad de intervenciones que integren dimensiones cognitivas y afectivas.

Las condiciones estructurales, como la percepción de salud regular o mala y la carencia de seguridad social en una proporción significativa de la muestra, revelan que la vulnerabilidad cognitiva se inscribe en un contexto de desigualdad social. Desde el enfoque crítico-humanista, estos resultados invitan a cuestionar interpretaciones individualizantes del deterioro cognitivo y a reconocer la responsabilidad colectiva en la construcción de entornos que promuevan envejecimientos dignos y conectados.

En este contexto se incluye una propuesta de intervención que toma como base estos resultados y se fundamenta con la diversidad de evidencias que han contribuido al conocimiento del tema. El énfasis en un modelo multidominio, inspirado en la red FINGER e integrado con principios de estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica,

responde a la evidencia de que el deterioro cognitivo no puede abordarse de manera unidimensional.

La inclusión de psicoeducación como eje transversal, el fortalecimiento de redes de apoyo, la integración de ejercicios orientados a favorecer, activar o potenciar procesos cognitivos desde un enfoque neuropsicológico para la estimulación de memoria y funciones ejecutivas y la promoción de participación social, constituyen estrategias coherentes con los dominios identificados como vulnerables y con la necesidad de interrumpir posibles trayectorias de desconexión social y declive cognitivo.

Desde la perspectiva de la intervención psicoeducativa, estos hallazgos refuerzan la necesidad de programas que integren los componentes de: estimulación cognitiva diferenciada por dominios (memoria, funciones ejecutivas, lenguaje), atención a la salud mental, con estrategias de detección y manejo de la depresión en la vejez y el apoyo psicosocial para reducir la soledad y fortalecer redes comunitarias.

El enfoque crítico humanístico de la gerontología social aporta un marco que reconoce la vejez como una etapa diversa y con potencial, donde la intervención no debe limitarse a la rehabilitación clínica, sino también a la transformación de las condiciones estructurales que generan vulnerabilidad: pobreza, desigualdad educativa y falta de acceso a seguridad social. Este enfoque permite situar la discusión en términos de derechos, dignidad y justicia social, evitando visiones reduccionistas que conciben el deterioro cognitivo únicamente como un proceso biológico.

La investigación confirma que el deterioro cognitivo en la vejez es un fenómeno multidimensional, donde los factores sociales y emocionales son tan relevantes como los

biológicos. La ENASEM 2021 aporta evidencia representativa que muestra cómo la soledad, el aislamiento social y el estado de ánimo depresivo se asocian con menor rendimiento en dominios cognitivos específicos, reforzando la necesidad de abordajes integrales.

Académicamente, el estudio contribuye a consolidar la distinción entre soledad y aislamiento social, y a visibilizar el papel de la depresión como mediador en el deterioro cognitivo. Socialmente, subraya la urgencia de diseñar programas psicogerontológicos que integren estimulación cognitiva, apoyo comunitario y atención a la salud mental, enmarcados en un enfoque crítico humanístico que reconozca la diversidad y los derechos de las personas mayores.

Finalmente, esta investigación no se limita a describir un fenómeno, sino que asume una orientación transformadora puesto que aporta bases empíricas para el diseño de programas comunitarios y políticas públicas orientadas a fortalecer la integración social y dignificar la experiencia de la vejez. Desde esta perspectiva, el conocimiento generado no solo amplía la comprensión académica sobre la relación entre soledad y deterioro cognitivo en México, sino que este trabajo evidencia que la prevención y la intervención en el deterioro cognitivo requieren estrategias que combinen la dimensión clínica con la social, orientadas a promover un envejecimiento activo, digno y con bienestar en la población.

Derivado de la actualización reciente del panorama empírico abordado en esta tesis, conviene señalar que el 8 de abril de 2026 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) difundió los primeros resultados de la ENASEM 2024 a través de tres materiales oficiales: el comunicado de prensa, la presentación de principales resultados y el reporte de

resultados (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2026a, 2026b, 2026c). En conjunto, estos documentos ofrecen información general sobre características sociodemográficas, estado de salud, enfermedades crónicas, limitaciones instrumentales, actividades de uso del tiempo, satisfacción con la vida y síntomas depresivos, lo que confirma la continuidad, amplitud temática y relevancia de esta encuesta para el estudio del envejecimiento en México (INEGI, 2026a, 2026b, 2026c).

No obstante, aunque la ENASEM 2024 incorpora de manera explícita un componente para la valoración del “Estado cognitivo” de las personas de estudio, en los materiales oficiales revisados no se presentan, hasta ahora, tabulados, indicadores ni resultados analíticos específicos sobre la información recolectada en ese apartado. El reporte de resultados reconoce que el operativo incluyó un módulo especializado como el Mex-Cog y un cuadernillo de ejercicios cognitivos en papel aplicado en las entrevistas directas; sin embargo, la difusión pública reciente se ha concentrado en resultados generales y no en la presentación específica de hallazgos sobre cognición (INEGI, 2026c).

En este sentido, la ausencia actual de resultados especializados refuerza la vigencia analítica de los hallazgos aquí presentados, sustentados en la ENASEM 2021, y confirma la necesidad de continuar profundizando en el estudio de la relación entre soledad, aislamiento social y deterioro cognitivo en la población mayor mexicana, a la espera de futuras publicaciones que permitan ampliar, contrastar y actualizar esta evidencia.

Así mismo, los hallazgos de la ENASEM 2024, en congruencia con los estudios internacionales, muestran que los factores de riesgo más críticos para el deterioro cognitivo en adultos mayores mexicanos se siguen presentando. Estos donde se destacan las

enfermedades crónicas (Diabetes, hipertensión) baja escolaridad, depresión, condiciones socioeconómicas precarias y la carga del cuidado informal con un mayor impacto en las mujeres, son factores que se consolidan como “señales de alarma epidemiológica” que requieren atención prioritaria en programas de salud y políticas en pro de garantizar la funcionalidad y autonomía del envejecimiento activo y saludable.

Delimitaciones metodológicas del estudio

El alcance del presente estudio se circunscribió al análisis descriptivo del deterioro cognitivo como principal variable cognitiva de interés, por lo que no se realizó una correlación estadística específica entre dicha variable y las dimensiones de autopercepción de soledad y aislamiento social. No obstante, estas dimensiones psicosociales se examinaron de forma complementaria, a partir de evidencias teóricas y empíricas previamente existentes, con el propósito de contextualizar la comprensión del deterioro cognitivo en personas mayores mexicanas. En este sentido, la soledad y el aislamiento social fueron incorporados como variables contextuales e interpretativas, más que como variables explicativas sometidas a contrastación estadística directa. Esta delimitación metodológica abre una línea de continuidad para futuros estudios interesados en examinar, mediante análisis correlacionales o modelos multivariados, la asociación entre condiciones relacionales y deterioro cognitivo en la vejez mexicana.

Referencias

- Aguilera-Arteaga, F.M., Rivera-Ortiz, M.F., Murrieta-Casillas, C.A., Morales-Ávila, C.A., Zavala-Pérez, A.J., Zepeda-Guzmán, D.A., Lara-Morales, A. & Cortés-Álvarez, N.Y. (2024). Estimulación Cognitiva: clave para el bienestar y la mejora cognitiva en adultos mayores. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 28, 1–6.
<https://doi.org/10.15174/jc.2024.4506>
- Ai, B., Chen, L., Cai, M., Fu, J., Li, H., Lin, H., & Zhang, Z. (2024). No Associations Between Glucosamine Supplementation and Dementia or Parkinson’s Disease: Findings from a Large Prospective Cohort Study. *The Journals of Gerontology Series A*, 79 (2), 1-7. <https://doi.org/10.1093/gerona/glad123>
- Arora, C., Frantz, C., & Toglia, J. (2021). Awareness of Performance on a Functional Cognitive Performance-Based Assessment Across the Adult Lifespan. *Frontiers in Psychology*, 12, 753016. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.753016>
- Arango- Lasprilla, J.C. (2006). Rehabilitación neuropsicológica. Bogotá: Manual Moderno.
- Arce-Rentería, M., Manly, J. J., Vonk, J. M. J., Arango-Mejía, S., Obregon-Michaels, A., Samper-Ternent, R., Wong, R., Mayeux, R., Barral, S., & Tosto, G. (2020). Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Mexican Older Adults: Data from the Mexican Health and Aging Study (MHAS). *medRxiv*.
<https://doi.org/10.1101/2020.01.03.20016345>
- Aveleyra, E., & García-Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo y funcionamiento cognitivo en envejecimiento saludable. *Inventio, la génesis de la cultura universitaria en Morelos*, 11(23), 33-41.

- Barnes, L. L., & Zuelsdorff, M. (2025). The social determinants of health: Disparities in cognitive aging and dementia. *Annual Review of Developmental Psychology*, 7, 485–508. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-111323-101842>
- Beaman, S. R. D., Beaman, P. E., Garcia-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A., & Jagger, C. (2004). Validation of a Modified Version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 11(1), 1-11. <https://doi.org/10.1076/anec.11.1.1.29366>
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G., Mahanani, W. R., Thiagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The world report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(1033), 2145–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Beneito-Montagut, R., Begueria, A., & Cassián, N. (2023). The social connectedness of digital practices in later life: It's not just about learning, it's all about relationships. *The Sociological Review*, 71(3), 581-600. <https://doi.org/10.1177/00380261221144154>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burmistrov, D. E., Gudkov, S. V., Franceschi, C., & Vedunova, M. V. (2024). Sex as a Determinant of Age-Related Changes in the Brain. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(13), 7122. <https://doi.org/10.3390/ijms25137122>.
- Cabrero-Castro, J. E., Mehta, N., Wong, R., & Downer, B. (2023). Cognitive life expectancy by educational attainment in Mexican adults aged 60 and older. *Salud Pública de México*, 65(5, sept-oct), 456-464. <https://doi.org/10.21149/14746>

- Calderón-Rubio, E., Uréndez-Serrano, P., Martínez-Nicolás, Á., & Tirapu-Ustárroz, J. (2022). Cognitive reserve. A proposal for a new conceptual hypothesis. *Revista de Neurología*, 75(6), 137-142. <https://doi.org/10.33588/rn.7506.2022204>
- Carreño-Martínez, G., Vidaña-Gaytán, M. E., & González-Vallés, M. N. (2021). Programa psicoeducativo para personas adultas mayores: Una propuesta desde el enfoque humanista que promueve bienestar psicológico. *EHQUIDAD. Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, (16), 63-80. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2021.0014>
- Casasola-Rivera, W. (2024). La importancia de la psicoeducación en la intervención de personas adultas mayores con trastorno neurocognitivo leve. *Revista Costarricense de Psicología*, 43(1), 1-13. <https://doi.org/10.22544/reps.v43i01.04>
- Cohen-Mansfield, J. (2025). The association between loneliness, social isolation and dementia – What does it mean? *International Psychogeriatrics*, 37(2), 100003. <https://doi.org/10.1016/j.inpsyc.2024.100003>
- Delgado-Vilela, C. M., López-Asqui, A. I., & Freire Paucar, M. E. (2025). Terapia Recreativa y Funciones Cognitivas en el Adulto Mayor: Tendencias Bibliométricas y Análisis Semántico (2010–2024). *Reincisol.*, 4(8), 4936-4960. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V4\(8\)4936-4960](https://doi.org/10.59282/reincisol.V4(8)4936-4960)
- Díaz-Guerra, D.D., & Hernández-Lugo, M. de la C. (2023). Neuropsicología del envejecimiento: Intervención con enfoque preventivo y rehabilitador. *Revista científica Estudiantil 2 de diciembre*, 6(4), e440. <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/440>

- DiTommaso, E., & Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127-134. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90182-3](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90182-3)
- Duan, Y., Shippee, T. P., Baker, Z. G., & Olsen-Baker, M. (2023). Age Differences in Determinants of Self-Rated Health among Recipients of Publicly Funded Home- and-Community-Based Services. *Journal of Aging & Social Policy*, 35(3), 374–392. <https://doi.org/10.1080/08959420.2021.1930815>
- Duran-Badillo, T., Benítez – Rodríguez, V. A., Martínez – Aguilar, M. D. L. L., Gutiérrez-Sánchez, G., Herrera-Herrera, J. L., & Salazar-Barajas, M. (2021). Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería Global*, 20(1), 267-284. <https://doi.org/10.6018/eglobal.422641>
- Durón-Reyes, D. E., Mimenza-Alvarado, A. J., Gutiérrez-Gutiérrez, L., Suing-Ortega, M. J., Quiroz, Y. T., & Aguilar-Navarro, S. G. (2023). Association of loneliness, social isolation, and daily cognitive function in Mexican older adults living in community during the first wave of COVID-19 pandemic. *Salud mental*, 46(1), 19-26. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2023.003>
- Fernandes de Araújo, L., & Bermúdez, M. de la P. (2015). Resiliencia en adultos: Una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300009>
- Feldberg, C., Stefani, D., Tartaglini, M.F., Hermida, P.D., García, L.M., Somale, M.V., & Allegri, R. (2020). La influencia de la educación y la complejidad laboral en el desempeño cognitivo de adultos mayores con deterioro cognitivo leve. *Ciencias Psicológicas*, 14(1), e-2194. <https://doi.org/10.22235/cp.v14i1.2194>

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- García-Molina, A., & Prigatano, G. P. (2022). George P. Prigatano's contributions to neuropsychological rehabilitation and clinical neuropsychology: A 50-year perspective. *Frontiers in Psychology*, 13, 963287. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.963287>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Guarnera, J., Yuen, E., & Macpherson, H. (2023). The Impact of Loneliness and Social Isolation on Cognitive Aging: A Narrative Review. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 7(1), 699-714. <https://doi.org/10.3233/ADR-230011>
- Guevara-Verdugo, B. A., Arévalo-Lara, S. D., & Torres-Vizueté, R. E. (2025). Funciones cognitivas en adultos mayores: Una revisión sistemática. *Arandu UTIC*, 12(3), 242–266. <https://doi.org/10.69639/arandu.v12i3.1302>
- Hashidate, H., Shimada, H., Fujisawa, Y., & Yatsunami, M. (2021). An Overview of Social Participation in Older Adults: Concepts and Assessments. *Physical Therapy Research*, 24(2), 85–97. <https://doi.org/10.1298/ptr.R0013>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2021). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México* (Archivo maestro de seguimiento, v2.0.n. ENASEM 2021). https://enasem.org/DataProducts/MasterFollowUp_Esp.aspx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Encuesta de Evaluación Cognitiva para la ENASEM 2021 Diseño conceptual* [Informe técnico].

https://www.mhasweb.org/resources/DOCUMENTS/2021/Mex-Cog/Dise%C3%B1o_Conceptual_Mex-Cog_2021.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025, 13 de agosto). *Medición de la pobreza multidimensional (PM) 2024* [Nota técnica].

https://www.inegi.org.mx/contenidos/desarrollosocial/pm/doc/pm_nota_tecnica_2024.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2026a, 8 de abril). Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) [Comunicado de prensa 18/26].

Recuperado a partir de

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2026/enasem/ENASEM_24.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2026b). Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) 2024. Principales resultados.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasem/2024/doc/enasem_2024_presentacion.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2026c). Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) 2024: Reporte de resultados 10/26.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2026/enasem/ENASEM_24_RR.pdf

Isaacowitz, D. M. (2022). What do we know about aging and emotion regulation?

Perspectives on Psychological Science, 17(6), 1541–1555.

<https://doi.org/10.1177/17456916211059819>

- Islas-Cerón, R. G., Valencia-Ortiz, A. I., Bustos-Vázquez, E., Ruvalcaba-Ledezma, J. C., & Reynoso-Vázquez, J. (2020). Asociación entre calidad de atención y el nivel de saturación del servicio de urgencias de un hospital de Hidalgo, México. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(10), 1163-1178.
<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3770>
- Kammar-García, A., Ramírez-Aldana, R., Roa-Rojas, P., Lozano-Juárez, L. R., Sánchez-García, S., Tella-Vega, P., & García-Peña, C. (2023). Association of loneliness and social isolation with all-cause mortality among older Mexican adults in the Mexican health and aging study: A retrospective observational study. *BMC Geriatrics*, 23(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03750-3>
- Kivipelto, M., Mangialasche, F., Snyder, H. M., Allegri, R., Andrieu, S., Arai, H., Baker, L., Belleville, S., Brodaty, H., Brucki, S. M., Calandri, I., Caramelli, P., Chen, C., Chertkow, H., Chew, E., Choi, S. H., Chowdhary, N., Crivelli, L., Torre, R. D. L., ... Carrillo, M. C. (2020). World-Wide FINGERS Network: A global approach to risk reduction and prevention of dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 16(7), 1078-1094. <https://doi.org/10.1002/alz.12123>
- Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S. U., Van Den Heuvel, E. R., Stolk, R. P., & Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 22, 39-57. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.04.006>
- Langa, K. M., Ryan, L. H., McCammon, R. J., Jones, R. N., Manly, J. J., Levine, D. A., Sonnega, A., Farron, M., & Weir, D. R. (2020). The Health and Retirement Study Harmonized Cognitive Assessment Protocol project: Study design and methods. *Neuroepidemiology*, 54(1), 64–74. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31563909/>

- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*, 9(3 Part 1), 179-186.
https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lee, H., Yong, S. Y., Choi, H., Yoon, G. Y., & Koh, S. (2024). Association between loneliness and cognitive function, and brain volume in community-dwelling elderly. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 16, 1389476.
<https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1389476>
- Lee, J. H., Sutin, A. R., Hajek, A., Karakose, S., Aschwanden, D., O'Súilleabháin, P. S., Stephan, Y., Terracciano, A., & Luchetti, M. (2025). Loneliness and cognition in older adults: A meta-analysis of harmonized studies from the United States, England, India, China, South Africa, Mexico, and Chile. *Psychological Medicine*, 55, e58, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S003329172500011X>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Días, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (2013). *Barthel Index* [Dataset].
<https://doi.org/10.1037/t02366-000>
- Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, A., Ruiz-Arregui, L., & Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 49(Supl.4), s475-s481.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000006&lng=es.

- Morese, R., & Palermo, S. (2022). Feelings of loneliness and isolation: Social brain and social cognition in the elderly and Alzheimer's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, 896218. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.896218>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., ... Kivipelto, M. (2015). A 2-year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomized controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255-2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)
- Noice, T., Noice, H., & Kramer, A. F. (2013). Participatory Arts for Older Adults: A Review of Benefits and Challenges. *The Gerontologist*, 54(5), 741-753. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt138>
- Ostrosky, F., & Lozano-Gutiérrez, A. (2012). Factores socioculturales en la valoración neuropsicológica. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 4(2), 43-50. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v4.n2.5173>

- Paoli, A., Iaccarino, G., Lucidi, F., Pagnini, F., Boccuzzo, G., & Illario, M. (2025). Multidimensional determinants of active and healthy aging trajectories: A position paper from the Age-It Research Program. *The Journals of Gerontology: Series B*, 80 (Supplement_2), S145-S157. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaf196>
- Paredes-Arturo, Y. V., Yarce-Pinzón, E., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2021). Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(2), 59–72. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.4>
- Parra-Rizo, M. A., & Sanchís-Soler, G. (2023). Impacto del nivel de actividad física y estado civil en la vulnerabilidad de la salud psicofísica en personas mayores de 60 años: Mayor atención sociosanitaria. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 23(2), 273-291. <https://doi.org/10.6018/cpd.515721>
- Piolatto, M., Bianchi, F., Rota, M., Marengoni, A., Akbaritabar, A., & Squazzoni, F. (2022). The effect of social relationships on cognitive decline in older adults: an updated systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *BMC Public Health* 22, 278. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12567-5>
- Ponce, J., & Beltrán-Sánchez, H. (2025). Cohort Changes in Cognitive Function Among Mexican Older Adults from 2001 to 2021. *The Gerontologist*, 65 (7), 1-11. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaf143>
- Poveda-Acelas, D. C., & Poveda-Acelas, C. A. (2025). Prevalencia de malnutrición por déficit en adultos mayores no institucionalizados en Veracruz, México. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 24(1), 1-9. <https://doi.org/10.29105/respyn24.1-808>

- Qi, X., Pei, Y., Malone, S. K., & Wu, B. (2023). Social Isolation, Sleep Disturbance, and Cognitive Functioning (HRS): A Longitudinal Mediation Study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 78(10), 1826-1833. <https://doi.org/10.1093/gerona/glad004>
- Rai, J. K., Gervais, R. O., Rodrigues, N. B., & Erdodi, L. A. (2024). Base rates of failure on various performance validity tests as a function of age in adults referred for neuropsychological assessment. *Psychological Assessment*, 36(8), 505-511. <https://doi.org/10.1037/pas0001329>
- Ramírez-López, A. B., Rodríguez-Agudelo, Y., Paz-Rodríguez, F., Tafoya, S. A., Guerrero-López, B., & Diaz-Olavarrieta, C. (2024). The Role of Functional Deficits, Depression, and Cognitive Symptoms in the Perceived Loneliness of Older Adults in Mexico City. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(8), 977. <https://doi.org/10.3390/ijerph21080977>
- Robledo, L. M. G., Botero, M. A., Rodríguez, L. G., & Campos, R. H. M. (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. Instituto Nacional de Geriátria. <https://almageriatria.org/wp-content/uploads/2018/07/Hechos-y-desaf%C3%A9os-para-un-envejecimiento-saludable-en-M%C3%A9xico.pdf>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Schaap, L. A., Sialino, L. D., de la Court, F., van Oostrom, S. H., Picavet, H. S. J., Verschuren, W. M. M., Visser, M., & Wijnhoven, H. A. H. (2024). Self-rated health among older adults: Longitudinal analyses examining sex differences across different birth cohorts and educational levels. *Gerontology*, 70(9), 962–969. <https://doi.org/10.1159/000539759>

- Sindi, S., Näsholm, M. S., Barbera, M., Thunborg, C., Li, Y., Jönsson, L., Mangialasche, F., Qiu, C., & Kivipelto, M. (2025). From dementia prevention research to global FINGER-based multi-domain interventions and implementation strategies. *Cerebral Circulation - Cognition and Behavior*, 9, 100385. <https://doi.org/10.1016/j.cccb.2025.100385>
- Singer, J. D., & Willett, J. B. (2003). *Applied Longitudinal Data Analysis: Modeling Change and Event Occurrence* (1.^a ed.). Oxford University. Press New York. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195152968.001.0001>
- Slachevsky, A., Grandi, F., Thumala, D., Baez, S., Santamaria-García, H., Schmitter-Edgecombe, M., & Parra, M. A. (2024). A multidimensional, person-centered framework for functional assessment in dementia: Insights from the “What”, “How”, “To Whom”, and “How Much” questions. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 99(4), 1187-1205. <https://doi.org/10.3233/JAD-230376>
- SM-Rahman, A. (2026). Dementism: reframing cognitive decline as moral and structural injustice. *Cogent Gerontology*, 5(1). <https://doi.org/10.1080/28324897.2026.2615574>
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. Guilford.
- Soto-Salcedo, A., & Mosquera-Orsorio, S. (2024). Aislamiento social y funciones ejecutivas en adultos: una revisión sistemática. *Revista Eugenio Espejo*, 18(1), 98-111. <https://doi.org/10.37135/ee.04.19.01>
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3), 448-460. <https://doi.org/10.1017/S1355617702813248>

- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015-2028.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004>
- Stern, Y., Arenaza-Urquijo, E. M., Bartrés-Faz, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., Ewers, M., Franzmeier, N., Kempermann, G., Kremen, W. S., Okonkwo, O., Scarmeas, N., Soldan, A., Udeh-Momoh, C., Valenzuela, M., Vemuri, P., & Vuoksima, E., & the Reserve, Resilience and Protective Factors PIA Empirical Definitions and Conceptual Frameworks Workgroup. (2020). Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer's & Dementia*, 16(9), 1305-1311.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.219>
- Stern, Y., Albert, M., Barnes, C. A., Cabeza, R., Pascual-Leone, A., & Rapp, P. R. (2023). A framework for concepts of reserve and resilience in aging. *Neurobiology of Aging*, 124, 100-103. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2022.10.015>
- Stout, J. C., Ready, R. E., Grace, J., Malloy, P. F., & Paulsen, J. S. (2003). Factor Analysis of the Frontal Systems Behavior Scale (FrSBe). *Assessment*, 10(1), 79-85.
<https://doi.org/10.1177/1073191102250339>
- Tapia-Ramírez, J. L., & Castrejón-Caballero, J. L. (2023). Relación entre el aislamiento social, la soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores en México. *Estudios de Antropología Biológica*, 21(1), 89-113.
<https://journals.unam.mx/index.php/eab/article/view/82847/76257>
- Villalba-Agustín, S., & Espert-Tortajada, R. (2014). Estimulación cognitiva: Una revisión neuropsicológica. *Terapeia: Estudios y propuestas en ciencias de la salud*, 6, 73-93.

- Wachowska, K., & Gałeczki, P. (2021). Inflammation and cognition in depression: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(24), 5859.
<https://doi.org/10.3390/jcm10245859>
- Wang, J., Chen, S., Zhu, X., Zhang, X., Tang, W., Tang, T., & Liao, X. (2026). Theoretical frameworks for measuring basic activities of daily living in individuals with dementia: A mixed-methods study. *BMC Nursing*, 25, 132.
<https://doi.org/10.1186/s12912-026-04303-w>
- Wong, R., Peláez, M., & Palloni, A. (2005). Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: Su utilidad como indicador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6), 323-332.
<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2005.v17n5-6/323-332/es>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zhang, W., Zhang, J., & Gao, N. (2025). Social isolation and cognitive decline in older adults: A longitudinal study across 24 countries. *BMC Geriatrics*, 25(1), 775.
<https://doi.org/10.1186/s12877-025-06430-6>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Maestría en Psicología

Cuernavaca Morelos a 5 mayo 2026

ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. MARICARMEN ABARCA ORTIZ
COORDINADORA ACADÉMICA
MAESTRÍA PSICOLOGÍA
FACULTAD PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, nos permitimos informar a Usted el dictamen de votos aprobatorios de la tesis titulada: **Soledad, Aislamiento Social y Deterioro Cognitivo en Personas Mayores desde la ENASEM. Hallazgos para una intervención.** Trabajo que presenta la C. **Beatriz Arias Atayde**, persona participante en el *-Acuerdo para la tramitación extemporánea de obtención de grado académico en planes de estudio de posgrados de la UAEM-* quien cursó la Maestría en psicología clínica con área terminal en: infantil perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

VOTOS PROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADO A QUE SE MODIFIQUEN ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. ELIZABETH AVELEYRA OJEDA	X		
DR. PAUL SAFT LAMA	X		
DR. MIGUEL ANGEL GALLARDO ESTRADA	X		
DRA. GABRIELA OROZCO CALDERÓN	X		
MTRA. MARIBEL DE LA CRUZ GAMA	X		

**En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).*

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado. Sin más por el momento agradecemos la atención prestada y quedamos de Usted, reiterando nuestras más amplias consideraciones.

ATENTAMENTE
Comisión Revisora
(Se anexa e-firma)



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANO INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

MIGUEL ANGEL GALLARDO ESTRADA | Fecha:2026-05-05 09:16:30 | FIRMANTE

hNNeJjWqE3XQjlnxzoerf3a5HfVG5bpnnSGgllPf/m0JzUnacEaK2hi/5+okALzU2MzoTdA8fuPpFK31N2BeUxjGVXpLsPmKS4hMyRtzm8T5JYEQbQHCuQTno2L/RES0ktkez7+N4Ls9Aft7/jIEP/UFpsPbQUEj3fJbm7xXD1LhrKxhafdCrGhfj8MdPSZ25EpDaakKSLxZVZLuMR+DRdRY5qCQrvtogl9nNO+fptzLmHOQdzU4SKJsAZLJRujfXKbygrgLbaolpicjZ/2qijZf4ttvERH2XBHhOqLQc1HHQzUKRmuHsYsCeAnBfW/x0jBg7VbIMdW43LKUA==

GABRIELA OROZCO CALDERÓN | Fecha:2026-05-05 11:28:07 | FIRMANTE

pwWhpi96TA7kZzZr7N2PLUKhVT/nRLEtqX3YzxMPqmxrMI/dNjhwMscsJSbU8BZaDD/xPaXyKUYdFkCjoAzJ2V5M9rynCAC8GFhPijWcrgFLwHNKmGzxYD2NfEKmseWPDwfR5Ooi5LHi8DPxgY8cWezB5FFPzFVF9GR/YnJr/b4jx4jTqRZDqzhUOKHn3CwX9FxPRmsC1T2rDR81FM6YO0sjOxhoX7W2AlmVeht0L2Ooa7GQ0gNOM+iEmeZIOdZyvupmGEipDBsyBaBao4CiENW/VM1tLr3P0gMYDgU2fA4SdB/jwC3RXHfFt93SEyM+k+BzVJUCKKSbGil6H6Qg==

MARIBEL DE LA CRUZ GAMA | Fecha:2026-05-05 12:36:53 | FIRMANTE

Y+MY0DeYmDusvy8m/qCskUJmKfptm48Dp77w/Y2/IkF7su+KMxlyNuhK7zl7wqeDmOtQ0IVy/4kAiMGk/xZ27T9J7coWbbHA10deQ4COldl6aNUFRjCGPVNLqtFo/tfhxJ0jtL9SC3PI Dh8xFZGokmqHLhxxKwvklfbizfTbuj4BZTwfq11aJ6y4c7IEK2ANzQYYV1zmtvuhLZlbSvyGHZB0im+Il6sol6lj+GxPHFcJy7q3pV1/+kwovZyEMJTCmufwAcqERW6Pahb/mSb+BQz VZEi7tLprzBzL9FOEplvhtn+B1y41vU/ERleKVTSZfEKcZGxSBOCDanynYbxGg==

ELIZABETH AVELEYRA OJEDA | Fecha:2026-05-05 18:51:11 | FIRMANTE

Ks4qTZvKie90e2DRwBvRXucfaev1RKJQbMu49kb6xuOVI8gkwFsODg/3fX1EBd53kB2YQFpLpJTSMLa2Q5UTzXj/o0402liaDMqXUgTFsRq9+FvkYuTzMwz61XHxPK4L3BIDgB8 S+Yrmy0fdWluUsISEstj6D3K3eWk6WpPa5KkEb9ySlwMYBcvq4ap/Q/oRUUYHD/IHaboRP1H+G9wT82sP67Q2qQjGb1/pBIMXZneC+OH0YijsBzKiROeuytoOtLbLwfDhCmzEXkA 7vkhDj7tO67GFjEGSsqCfubZkhN7PBZWlrqdhPoHITED3/f7M/tmOP92Dnoun9rEkYCRiA==

PAUL SAFT LAMA | Fecha:2026-05-05 19:09:04 | FIRMANTE

L2nRBK7zBmP5+rYskUugGHk40ROzCv/18mc4VI7kSIA2cYI/7xFl3+M1QnDRwA0GzUkSsrSxrkzg8hUhg+g+z4vH1PY/g2z4SKk7Tu+ZqPVRN0z4WGAHVros1+qocWHblwSYxM JAImjumo6rBGQYdKRjbjfgxcyLoIV/Zea8ctNmsFX0dsapOOyBIF98BR4ed66R/BENhpkxtHDI7hH8ma8r+IL3uO0cePVJwDhJfDztJff2YkzR+bQ0RkBTf7GLoZmEv2WnQ5mlQS Px+qnQunV2aXKjuxSDGOLiWVE9JLJQZZrKN5EFSxbrhuieYb8k/V0kP8t4PX+IqRefXLdQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



2n9o8TPQA

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/IUE5dTsvNvIQ8ciirhNbcG62LC0XaFSA>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029