



# **UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**Facultad de Psicología**

**Carrera de Psicología Clínica**

**Estado psicosocial del adulto mayor con deterioro cognitivo leve  
en Latinoamérica.**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciado/a  
en Psicología Clínica

**Autores:**

Isabel Abril Maldonado - Juan José Murgueytio Ortega.

**Directora:**

Gladys Alexandra Bueno Pacheco, PhD.

**Cuenca - Ecuador**

**2026**

**Dedicatoria**

A nuestras familias por su apoyo y cariño,  
por su amor, su ejemplo y su sabiduría.

**Agradecimiento**

A nuestras familias y a nuestros maestros  
quienes nos apoyaron y guiaron en el proceso.

## Resumen

El deterioro cognitivo leve (DCL) constituye una condición frecuente en la población adulta mayor, caracterizada por un declive cognitivo que no interfiere completamente con la funcionalidad, pero que impacta diversas dimensiones de la vida cotidiana. En América Latina, su estudio ha cobrado relevancia debido al envejecimiento poblacional y a la influencia de factores psicosociales. El presente estudio tuvo como objetivo analizar la evidencia científica disponible sobre los factores psicosociales asociados al DCL en adultos mayores latinoamericanos. Para ello se realizó una revisión de alcance siguiendo las directrices PRISMA-ScR, mediante una búsqueda sistemática en Scopus, SciELO y Redalyc. Se seleccionaron 30 estudios de acuerdo con criterios previamente definidos. Los resultados evidencian que el DCL se encuentra significativamente asociado con diversos factores psicosociales, entre los que destacan el bajo nivel educativo, la presencia de síntomas depresivos, el aislamiento social, la baja participación en actividades comunitarias y las desigualdades socioeconómicas. Asimismo, se identificó un impacto negativo en el bienestar psicológico, manifestado en alteraciones del estado de ánimo, disminución en la percepción de autonomía y afectación de la funcionalidad, particularmente en actividades instrumentales de la vida diaria. En conclusión, los hallazgos subrayan la necesidad de abordar el DCL desde una perspectiva integral e interdisciplinaria que no solo contemple factores clínicos, sino también los determinantes psicosociales. La información y datos obtenidos pueden aportar a intervenciones más contextualizadas y efectivas en la población adulta mayor latinoamericana.

*Palabras clave:* Factores psicosociales, deterioro cognitivo leve, bienestar psicológico, adultos mayores, Latinoamérica.

### **Abstract**

Mild Cognitive Impairment (MCI) is a common condition among the elderly population, characterized by a cognitive decline that does not fully interfere with functionality but impacts various dimensions of daily life. In Latin America, its study has gained relevance due to population aging and the influence of psychosocial factors. This study aimed to analyze the available scientific evidence regarding the psychosocial factors associated with MCI in Latin American older adults. To this end, a scoping review was conducted following the PRISMA-ScR guidelines, through a systematic search in Scopus, SciELO, and Redalyc. Thirty studies were selected based on predefined criteria. The results show that MCI is significantly associated with various psychosocial factors, most notably low educational attainment, depressive symptoms, social isolation, low participation in community activities, and socioeconomic inequalities. Furthermore, a negative impact on psychological well-being was identified, manifested as mood alterations, a decrease in perceived autonomy, and impaired functionality, particularly in instrumental activities of daily living (IADL). In conclusion, the findings highlight the need to approach MCI from an integral and interdisciplinary perspective that considers not only clinical factors but also psychosocial determinants. The data obtained may contribute to more contextualized and effective interventions for the Latin American elderly population.

*Keywords:* Psychosocial factors, mild cognitive impairment, psychological well-being, older adults, Latinamerica.

## Tabla de contenidos

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	9
Capítulo 1.....	11
Envejecimiento y deterioro cognitivo leve.....	11
Envejecimiento y cambios cognitivos.....	11
Deterioro cognitivo leve.....	12
Clasificación.....	14
Evolución.....	15
Pronóstico.....	15
Instrumentos de tamizaje y evaluación.....	16
Estado psicosocial: dimensión psicológica y dimensión social.....	17
Bienestar psicológico.....	18
Síntomas emocionales en el DCL.....	20
Entorno social y factores modificables.....	24
Soledad.....	24
Apoyo social.....	24
Factores modificables.....	26
Contexto latinoamericano y DCL.....	27
Evidencia regional del estado psicosocial.....	29
Capítulo 2.....	31
Metodología.....	31
Tipo de investigación.....	31
Objetivos.....	31
Objetivo general.....	31
Objetivos específicos.....	31
Pregunta de investigación.....	31
Criterios de elegibilidad.....	32
Criterios de inclusión.....	32
Criterios de exclusión.....	32
Filtros de búsqueda.....	32
Fuentes de información.....	32
Estrategia de búsqueda.....	33
Procedimiento.....	33
Proceso y estrategia de extracción de datos.....	35
Análisis de datos.....	35

	7
Síntesis de resultados.....	35
Capítulo 3.....	36
Resultados.....	36
Proceso de selección de estudios.....	36
Características generales de los estudios.....	37
Características metodológicas de los estudios.....	38
Síntesis de resultados.....	39
Factores psicosociales vinculados al deterioro cognitivo leve.....	39
Impacto del deterioro cognitivo leve en el bienestar psicológico.....	42
Redes sociales y funcionalidad en adultos mayores con deterioro cognitivo leve.....	43
Impacto de las desigualdades estructurales en el DCL.....	45
Discusión.....	47
Conclusión.....	52
Limitaciones y recomendaciones.....	54
Referencias.....	55
Anexos.....	69
Matriz de resultados.....	69

**Índice de figuras**

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA .....	36
--	----

## Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los principales retos de salud pública en América Latina, debido al incremento progresivo de enfermedades crónicas y condiciones asociadas al deterioro cognitivo. Entre estas, el deterioro cognitivo leve (DCL) destaca por ser un estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia, con implicaciones significativas en la autonomía y calidad de vida de los adultos mayores. No obstante, a pesar de su relevancia, el abordaje del DCL ha estado centrado principalmente en aspectos clínicos, dejando en segundo plano los factores psicosociales que influyen en su aparición, evolución y manejo.

En este contexto, la problemática del presente estudio radica en la limitada comprensión integral del DCL en adultos mayores latinoamericanos, especialmente en relación con factores como la depresión, el aislamiento social, la participación social y las redes de apoyo. Esta falta de integración entre lo clínico y lo psicosocial dificulta la identificación temprana del deterioro y restringe el desarrollo de intervenciones efectivas que respondan a las particularidades socioculturales de la región.

Frente a ello, la investigación se justifica en la necesidad de analizar el DCL desde una perspectiva multidimensional, considerando tanto los determinantes biológicos como los sociales y emocionales. Este enfoque resulta fundamental en América Latina, donde las desigualdades socioeconómicas, el acceso limitado a servicios de salud y las condiciones de vida de los adultos mayores influyen de manera significativa en su salud cognitiva y bienestar psicológico. Asimismo, la sistematización de la evidencia científica permitirá identificar vacíos en la literatura y contribuir al diseño de estrategias de intervención y políticas públicas orientadas a un envejecimiento saludable.

En función de lo anterior, el objetivo general de esta investigación es analizar la evidencia científica disponible sobre los factores psicosociales asociados al deterioro

cognitivo leve en adultos mayores en América Latina. Para alcanzar este propósito, se plantean como objetivos específicos: identificar los principales factores psicosociales asociados al DCL, describir su impacto en el bienestar psicológico y analizar el papel de las redes sociales, el apoyo social y la funcionalidad en esta población.

En cuanto a la organización del documento, el presente trabajo se estructura en varios apartados. En primer lugar, se presenta la introducción, donde se expone el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación del estudio. A continuación, se desarrolla el marco teórico, en el que se revisan los antecedentes y fundamentos conceptuales relevantes para la investigación. Posteriormente, se describe la metodología, detallando el enfoque, diseño, participantes e instrumentos utilizados. Seguidamente, se exponen los resultados obtenidos y su respectivo análisis en el apartado de discusión. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio.

## Capítulo 1

### Envejecimiento y deterioro cognitivo leve

#### Envejecimiento y cambios cognitivos

El envejecimiento es un proceso multidimensional que implica cambios biológicos, cognitivos, emocionales y sociales, los cuales no deberían interpretarse únicamente como un deterioro inevitable, sino como un recorrido influenciado por factores personales y contextuales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

En el envejecimiento normal pueden observarse cambios cognitivos esperables, como una disminución en la velocidad de procesamiento o dificultades leves en la memoria reciente, sin que ello afecte de manera significativa la autonomía funcional ni las actividades básicas de la vida diaria (OMS, 2015). En contraste, el envejecimiento patológico se caracteriza por un deterioro cognitivo progresivo que interfiere con el funcionamiento cotidiano, situándose el deterioro cognitivo leve (DCL) como un estado intermedio entre ambos procesos (Petersen, 2018).

En el plano clínico, la identificación del deterioro cognitivo leve requiere una evaluación objetiva mediante pruebas neuropsicológicas estandarizadas que evidencian un rendimiento inferior al esperado para la edad y el nivel educativo. A diferencia del envejecimiento normal, en el que las quejas cognitivas suelen ser subjetivas y no se acompañan de déficits medibles, en el DCL existe concordancia entre la percepción del individuo o de un informante y los hallazgos objetivos, sin que se observe aún una pérdida significativa de la autonomía funcional. Desde una perspectiva longitudinal, el DCL presenta una evolución heterogénea: una proporción de personas progresa hacia trastornos neurocognitivos mayores, especialmente de tipo Alzheimer, mientras que otros individuos permanecen estables o incluso revierten a un funcionamiento cognitivo dentro de parámetros

normales, lo que refuerza su carácter transicional y no necesariamente degenerativo (Gauthier et al., 2006; Petersen et al., 2001.).

### **Deterioro cognitivo leve**

Autores realizaron una revisión con los avances y modificaciones del DCL desde 1999 hasta el 2013, analizando y comparando criterios de importantes organizaciones como Clínica Mayo, Instituto Nacional del Alzheimer y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), reconociendo como oficial los criterios diagnósticos de este último en 2013 (González et al., 2015). El DCL se encuentra reconocido en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) bajo la denominación de Trastorno Neurocognitivo Leve, con el código G31.84. Esta categoría diagnóstica describe la presencia de un declive cognitivo modesto en comparación con el nivel previo de funcionamiento del individuo.

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), los criterios diagnósticos incluyen:

A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva
2. Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como

pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Su formulación original proviene de la literatura clínica y neuropsicológica, particularmente de los criterios propuestos por Petersen y colaboradores (1999), donde se describe como un síndrome caracterizado por un declive cognitivo mayor al esperado para la edad, con preservación funcional y sin criterios de demencia. Posteriormente, este constructo fue incorporado de manera conceptual en los manuales diagnósticos bajo la categoría de trastorno neurocognitivo leve.

En particular, los lineamientos propuestos por los grupos de trabajo del Instituto Nacional de envejecimiento [*National Institute on Aging*] y la Asociación de Alzheimer [*Alzheimer's Association*] establecen criterios diagnósticos que permiten distinguir el DCL asociado a la enfermedad de Alzheimer de otras formas de deterioro cognitivo, enfatizando la importancia de la evaluación clínica, neuropsicológica y funcional en su identificación temprana (Albert et al., 2011). De forma complementaria, los marcos conceptuales más recientes propuestos por el National Institute on Aging y la Alzheimer's Association distinguen entre los cambios biológicos asociados a la enfermedad de Alzheimer y su expresión clínica, lo que permite comprender al DCL como una condición heterogénea, no necesariamente progresiva y modulada por factores individuales y contextuales (Jack et al., 2018).

Este constructo, introducido originalmente por Petersen, ha sido adoptado globalmente como un marcador de riesgo para la progresión de demencias como la enfermedad de

Alzheimer. En su metaanálisis de 41 estudios longitudinales, Mitchell y Shiri-Feshki (2009) señalan que, si bien una proporción de personas con DCL puede mantenerse clínicamente estable o incluso experimentar una leve mejoría en el tiempo, un porcentaje significativo progresa hacia demencia, siendo la enfermedad de Alzheimer la forma de evolución más frecuente. No obstante, la trayectoria del DCL no es homogénea, ya que en algunos casos la progresión puede estar vinculada a factores vasculares, como hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular o antecedentes de eventos isquémicos, los cuales incrementan el riesgo de desarrollar demencia vascular. Asimismo, existe la posibilidad de evolución hacia demencia mixta, condición en la que coexisten procesos neurodegenerativos característicos del Alzheimer junto con alteraciones vasculares cerebrales. En este sentido, la progresión del DCL depende en gran medida de los factores etiológicos subyacentes y del perfil clínico individual del paciente. (Mitchell y Shiri-Feshki, 2009).

### ***Clasificación***

Desde la propuesta clínica de Petersen et al. (1999), el deterioro cognitivo leve se clasifica en función del dominio cognitivo afectado y del número de dominios comprometidos:

#### a) DCL amnésico.

Se caracteriza por un deterioro predominante de la memoria episódica, mientras que otras funciones cognitivas se mantienen relativamente preservadas.

#### b) DCL no amnésico.

El deterioro afecta funciones cognitivas distintas de la memoria, como: atención, lenguaje, funciones ejecutivas y/o habilidades visoespaciales.

Ambos pueden presentarse como:

- De dominio único.
- De dominios múltiples.

Esta clasificación permite diferenciar trayectorias clínicas y pronósticos diferenciados (Petersen, 2004; Petersen et al., 2001.).

### ***Evolución***

La evolución del DCL es variable y no lineal, lo que constituye una de sus principales características clínicas. Los estudios longitudinales muestran que las personas con DCL pueden seguir tres trayectorias principales:

- **Progresión:** un porcentaje de personas con DCL progresa hacia algún tipo de demencia, especialmente enfermedad de Alzheimer. La tasa de conversión anual se sitúa aproximadamente entre 10 % y 15 %, es superior a la observada en personas mayores cognitivamente sanas
- **Estabilidad:** un grupo significativo de personas mantiene un estado cognitivo estable durante varios años, sin progresión clínica evidente.
- **Reversión:** en algunos casos, se observa una reversión a un funcionamiento cognitivo dentro de la normalidad, especialmente cuando el deterioro inicial se asocia a factores reversibles como estrés, depresión, baja estimulación cognitiva, etc

(Ganguli et al., 2011; Petersen et al., 2001).

### ***Pronóstico***

El pronóstico del DCL depende de múltiples factores clínicos, neuropsicológicos y psicosociales. Los asociados a peor pronóstico son: DCL amnésico, afectación de múltiples dominios cognitivos, presencia de biomarcadores neurodegenerativos, bajo nivel educativo, comorbilidad afectiva no tratada. Mientras que los factores asociados a mejor pronóstico se refieren a: DCL no amnésico, dominio único afectado, buena red de apoyo social, alta reserva cognitiva y ausencia de sintomatología depresiva o ansiosa significativa (Gauthier et al., 2006; Petersen, 2004).

Los mismos autores demuestran que desde una perspectiva clínica actual, el DCL se considera una condición de riesgo, pero no un estado irreversible, lo que justifica su diferenciación tanto del envejecimiento sano como de la demencia.

### **Instrumentos de tamizaje y evaluación**

Uno de los desafíos principales en la región es la heterogeneidad diagnóstica (Albert et al., 2011). Esta diversidad dificulta su detección, especialmente en poblaciones con bajo nivel educativo, donde pruebas tradicionales como el Mini-Mental State Examination (MMSE) pueden sesgar los resultados puesto que esta prueba es mayormente para casos de demencia (Folstein et al., 1975; Petersen et al., 2018). Para superar estas barreras, se han desarrollado instrumentos más sensibles y adaptables.

Investigaciones preliminares realizadas en Buenos Aires indican que el uso de herramientas como el Montreal Cognitive Assessment en español (MoCA-S), test neuropsicológico breve ampliamente utilizado para el cribado cognitivo, permite identificar deterioro cognitivo leve en hasta el 12% de la población mayor de 70 años, especialmente en contextos caracterizados por bajo nivel educativo y alta carga de cuidados familiares informales (Lopera et al., 2020). Estos hallazgos resaltan la utilidad del MoCA-S como instrumento sensible para la detección temprana del DCL en poblaciones vulnerables, donde las manifestaciones cognitivas suelen pasar desapercibidas en evaluaciones clínicas convencionales. La prueba fue originalmente adaptada en España y posteriormente validada en Chile, demostrando adecuados niveles de sensibilidad y especificidad para su aplicación en contextos latinoamericanos, lo que ha favorecido su incorporación progresiva en la práctica clínica y en estudios de investigación en la región (González et al., 2022).

Otros instrumentos complementarios incluyen la Prueba del Reloj, altamente sensible al Alzheimer leve (González et al., 2022). Estas herramientas están siendo adoptadas

progresivamente en varios países latinoamericanos, aunque su implementación masiva aún enfrenta obstáculos tecnológicos y culturales.

La evaluación del deterioro cognitivo leve en contextos latinoamericanos exige no solo instrumentos sensibles, sino también procedimientos que consideren variables socioculturales como el nivel educativo, el bilingüismo y la desigualdad en el acceso a la escolarización formal. En este sentido, se recomienda complementar las pruebas de cribado cognitivo con baterías neuropsicológicas breves que permitan discriminar perfiles cognitivos específicos y reducir el riesgo de falsos positivos en poblaciones con baja escolaridad (Ardila, 2005).

La evaluación clínica del DCL no debe limitarse al rendimiento cognitivo, sino integrar medidas de funcionalidad instrumental, como escalas de actividades instrumentales de la vida diaria, y la información aportada por informantes cercanos, elementos clave para diferenciar el DCL del envejecimiento normal y de los trastornos neurocognitivos mayores (Peterson et al, 2018).

Según lo planteado por Gauthier et al., (2006), la evaluación del DCL debe realizarse desde un enfoque clínico integral en cuanto a pruebas neuropsicológicas. Los autores señalan la necesidad de examinar el estado emocional del paciente, especialmente la presencia de síntomas depresivos o ansiosos, porque estos pueden influir en el desempeño cognitivo e incluso simular un cuadro de deterioro.

Este enfoque multimodal mejora la precisión diagnóstica y resulta especialmente relevante en contextos latinoamericanos, donde la heterogeneidad educativa y cultural puede influir significativamente en los resultados de las pruebas cognitivas estandarizadas (Custodio et al., 2018; Petersen et al., 2001).

### **Estado psicosocial: dimensión psicológica y dimensión social**

El estado psicosocial se entiende como el resultado de la interacción entre factores psicológicos (emociones, autopercepción, afrontamiento, sentido de vida) y sociales

(vínculos, apoyo funcional, integración comunitaria y participación), los cuales influyen de manera directa en la calidad de vida, la adaptación y la salud en la vejez (OMS, 2015; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). Desde esta perspectiva, la dimensión psicológica incluye el bienestar subjetivo, la autoestima, el propósito vital y la presencia/ausencia de síntomas emocionales; mientras que la dimensión social abarca la disponibilidad y calidad de redes familiares y comunitarias, la percepción de soledad, el apoyo funcional y el grado de participación social (Berkman et al., 2000; OMS, 2015).

### ***Bienestar psicológico***

En cuanto al bienestar psicológico en adultos mayores, este no debe entenderse únicamente como un posible estado sino como una necesidad para un envejecimiento saludable y digno, el modelo de Ryff permite comprender que el bienestar en la vejez está estrechamente vinculado con capacidad de adaptación frente a dichas transformaciones ya que propone un enfoque eudaimónico (más allá de “sentirse bien”), compuesto por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995). Demuestra como en adultos mayores, estas dimensiones son relevantes porque actúan como recursos protectores frente a pérdidas funcionales o cambios de rol propios de la vejez. Mantener propósito vital y relaciones positivas favorece la adaptación y se asocia con mejor ajuste emocional ante condiciones crónicas o deterioro inicial (OMS, 2015; Ryff, 1989).

Por otro lado, Diener (1984) propone un modelo de Bienestar Subjetivo donde conceptualiza el bienestar como una evaluación global que realiza la persona sobre su propia vida, aportando así una visión clave para evidenciar que el bienestar en la vejez no depende exclusivamente de las condiciones objetivas sino de la valoración personal que el adulto mayor tiene de su propia vida, esto es particularmente relevante en contextos de deterioro cognitivo leve, donde las limitaciones pueden coexistir con percepciones positivas de la vida

si existen adecuados recursos emocionales y sociales. Diener integra tanto componentes cognitivos como afectivos. Este enfoque distingue tres dimensiones principales: la satisfacción con la vida, la presencia de afecto positivo y la ausencia relativa de afecto negativo. A diferencia de los modelos eudemónicos, el planteamiento de Diener se centra en la experiencia subjetiva del individuo y en cómo percibe su calidad de vida, independientemente de criterios externos. En el contexto del envejecimiento y del deterioro cognitivo, este modelo resulta especialmente relevante, ya que permite comprender cómo las personas mayores valoran su bienestar más allá de su desempeño cognitivo objetivo, considerando el impacto emocional y la percepción personal de su funcionamiento. Así, el bienestar no se reduce a indicadores clínicos, sino que incluye la vivencia emocional cotidiana y la satisfacción vital percibida (Diener, 1984).

Así mismo se desarrolló el modelo PERMA (Seligman, 2011), el autor refuerza la idea de que el bienestar en adultos mayores es un proceso activo y multidimensional. Propone una concepción multidimensional del bienestar basada en cinco componentes fundamentales: emociones positivas (Positive Emotions), compromiso o involucramiento (Engagement), relaciones positivas (Relationships), sentido o significado vital (Meaning) y logro (Achievement). En personas mayores, en especial aquellos que tienen DCL, estos componentes se convierten en estrategias clave para prevenir el aislamiento, depresión y deterioro acelerado. Este modelo sostiene que el bienestar no depende únicamente del placer o la satisfacción inmediata, sino también de la participación activa en actividades significativas, el establecimiento de vínculos interpersonales sólidos y la percepción de metas alcanzadas. En población adulta mayor, y particularmente en personas con deterioro cognitivo leve, el enfoque PERMA permite analizar cómo variables como el sentido de vida, el apoyo social y la participación activa pueden actuar como factores protectores frente al declive emocional y funcional. De esta manera, el bienestar es entendido como un constructo integral que abarca

dimensiones emocionales, relacionales y existenciales, aportando un marco amplio para la evaluación psicológica (Seligman, 2011).

### ***Síntomas emocionales en el DCL***

La depresión en adultos mayores constituye un problema de salud mental de alta relevancia, no solo por su frecuencia, sino por su impacto directo en la calidad de vida, la funcionalidad y el curso del envejecimiento. Se trata de un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia persistente de ánimo deprimido y la pérdida de interés en actividades previamente significativas; sin embargo, en la vejez, su manifestación suele ser más compleja y, en muchos casos, subdiagnosticada. De acuerdo con Malhi y Mann (2018), este trastorno no se limita a una alteración emocional transitoria, sino que implica cambios en la energía, el sueño, el apetito, la concentración y la autopercepción, pudiendo incluir sentimientos de culpa, inutilidad e incluso ideación suicida en los casos más graves. Los autores destacan que la depresión es una condición multifactorial en la que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales, y que constituye una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Asimismo, subrayan que los síntomas cognitivos asociados, como dificultades en la memoria y la atención, pueden influir en el rendimiento neuropsicológico, lo cual resulta especialmente relevante en poblaciones adultas mayores donde es necesario diferenciar entre deterioro cognitivo primario y alteraciones secundarias a sintomatología depresiva (Malhi y Mann, 2018).

En el DSM-V consta como Trastorno de depresión mayor con los siguientes criterios diagnósticos:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve llorar, desmotivado, sin actividad)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Por otro lado, la ansiedad es definida como una respuesta emocional anticipatoria frente a una amenaza percibida, caracterizada por síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales que preparan al individuo para afrontar posibles peligros. Según Craske y Stein (2016),

aunque la ansiedad cumple una función adaptativa en situaciones normales, se convierte en un trastorno cuando su intensidad, duración o frecuencia resultan desproporcionadas respecto al estímulo, generando malestar clínicamente significativo y deterioro funcional. Los autores explican que los trastornos de ansiedad se asocian con hiperactivación de circuitos neuronales implicados en el procesamiento del miedo, especialmente aquellos relacionados con la amígdala y la corteza prefrontal, lo que contribuye a respuestas de alerta persistentes. Además, destacan que la ansiedad puede afectar procesos cognitivos como la atención, la memoria y la toma de decisiones, influyendo en el rendimiento diario y en la percepción subjetiva de bienestar. En este sentido, su evaluación resulta fundamental en contextos clínicos, particularmente en población adulta mayor, donde los síntomas ansiosos pueden coexistir con deterioro cognitivo o potenciar la percepción de déficits funcionales (Craske y Stein, 2016).

Este diagnóstico se encuentra en el DSM-V como Trastorno de Ansiedad Generalizada y propone los siguientes criterios diagnósticos:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Los autores destacan una alta comorbilidad entre ambas condiciones, lo que significa que muchos adultos mayores que presentan depresión también manifiestan síntomas de ansiedad. Estos hallazgos evidencian que los trastornos emocionales no son eventos aislados en la vejez, sino problemas frecuentes que requieren detección oportuna e intervención adecuada (Gonçalves, et al., 2011).

La pandemia por COVID-19 intensificó desafíos psicosociales: el confinamiento generó inutilidad, miedo y soledad. En Chile, adultos mayores con función cognitiva normal presentaron depresión leve, mostrando que el sufrimiento emocional puede existir sin deterioro neurológico activo (González et al., 2022). Resultados similares se han señalado en

México (UNAM, 2021) y Costa Rica, reforzando la urgencia de comprender al adulto mayor como sujeto con historia, roles y emociones, y de diseñar intervenciones culturalmente pertinentes que fortalezcan redes, participación y apoyo, durante el confinamiento (UNAM, 2021).

## **Entorno social y factores modificables**

### ***Soledad***

Un componente clave del estado psicosocial en DCL es la percepción de soledad y el apoyo funcional. La soledad no es solo “estar solo”, sino sentir discrepancia entre relaciones deseadas y disponibles; en DCL se ha observado asociación con mayor depresión y peor bienestar (Kwon et al., 2017). En adultos mayores, la soledad percibida se vincula con alteraciones en el funcionamiento cognitivo y emocional, incrementando la vulnerabilidad frente al deterioro (Boss et al., 2015) Desde la perspectiva del apoyo social, el soporte funcional actúa como un factor protector que puede amortiguar el estrés y favorecer la adaptación frente a los cambios propios del envejecimiento, contribuyendo a mantener el bienestar psicológico y la funcionalidad (Uchino, 2009).

### ***Apoyo social***

El apoyo social es definido como una buena relación e interacción con su entorno tanto familiar como dentro de la comunidad, que comprende lo psicológico, económico y social (Salazar et al., 2020). Brinda una red de relaciones significativas que ofrecen compañía, cuidado y comprensión, lo que a su vez reduce sentimientos de ansiedad, depresión y soledad.

**Apoyo funcional: redes familiares y comunitarias.** Las redes familiares y comunitarias cumplen un rol protector fundamental, especialmente en América Latina (OPS, 2022). No obstante, la convivencia no garantiza bienestar: la calidad del vínculo, la carga del cuidador, la comunicación y el respeto por la autonomía determinan si la red protege o

tensiona (Berkman et al., 2000; OPS, 2022). A nivel comunitario, pertenecer a grupos sociales o recreativos ofrece sentido de pertenencia y oportunidades de interacción que fortalecen el bienestar y reducen el aislamiento.

Según García et al., 2025, las redes sociales se definen como un conjunto de relaciones interpersonales que integran lazos afectivos, instrumentales y cognitivos, los cuales permiten al adulto mayor mantener su identidad social, recibir cuidados y, crucialmente, ejercer su autonomía a través de la reciprocidad, pueden clasificarse en red familiar y red comunitaria. La red familiar está conformada por hijos, pareja y otros parientes, quienes suelen proveer apoyo afectivo y cuidado cotidiano. Por su parte, la red comunitaria incluye amistades, vecinos e instituciones sociales, favoreciendo la participación social, la autonomía y el sentido de pertenencia. En este sentido, la debilidad o fragmentación de estas redes incrementa la vulnerabilidad emocional y el riesgo de soledad en la vejez, afectando el bienestar psicosocial y la calidad de vida (Zavala, 2014).

**Rol de la familia en el cuidado del adulto mayor.** El rol de la familia y la comunidad es fundamental en el envejecimiento latinoamericano. A diferencia de modelos individualistas, en muchos países de la región el cuidado recae en redes familiares extensas. En Costa Rica, se ha reportado alta convivencia con familiares (Hernández et al., 2022). Sin embargo, la convivencia no garantiza protección emocional: incluso con redes presentes, pueden persistir síntomas depresivos (González et al., 2022). Por ello, es necesario distinguir entre presencia de red y calidad del apoyo.

En este marco, el cuidado informal principalmente brindado por familiares, frecuentemente por mujeres, actúa como factor protector frente al aislamiento, pero también implica riesgos como sobrecarga, tensiones familiares y afectación de la autonomía del adulto mayor (OPS, 2022). En contraste, el cuidado formal (profesionales o instituciones) es limitado y de difícil acceso para amplios sectores, profundizando inequidades en atención de

DCL u otras condiciones crónicas (OMS, 2015; OPS, 2022). La participación comunitaria (clubes, grupos religiosos u otras actividades) se ha asociado a mejor bienestar emocional en estudios regionales (Lopera et al., 2020).

**Participación social y funcionalidad.** La OMS (2002) define la participación social como el involucramiento continuo en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no limitado únicamente a la capacidad física o laboral, sino entendido como un componente central del envejecimiento activo y del bienestar en la vejez.

La participación social se relaciona estrechamente con la funcionalidad (actividades instrumentales: compras, manejo de dinero, transporte, etc.). Una menor participación puede ser indicador temprano de empeoramiento o factor que acelera el declive al reducir la estimulación (Hughes et al., 2013). Mayor frecuencia de actividades sociales se asocia con menor riesgo de progresión, reforzando estrategias de intervención basadas en participación y apoyo psicosocial (Hughes et al., 2013; Zhu et al., 2023).

**Cuidado formal e informal del adulto mayor.** El cuidado del adulto mayor puede dividirse en dos grandes categorías. El cuidado informal es el brindado por familiares, amigos o vecinos sin remuneración económica, sustentado en vínculos afectivos. Este tipo de cuidado predomina en Latinoamérica debido a la limitada cobertura de servicios institucionales.

Por otro lado, el cuidado formal corresponde a la atención proporcionada por profesionales o instituciones especializadas, como centros de día, residencias o servicios de salud. Se caracteriza por su organización estructurada y remuneración económica (WHO, 2015). La falta de acceso a cuidado formal puede aumentar la carga del cuidador familiar y afectar el bienestar tanto del paciente como de su entorno.

### ***Factores modificables***

Según Olivera et al (2015), los factores modificables relacionados con el estilo de vida desempeñan un papel central en la aparición y evolución del deterioro cognitivo leve

(DCL). Diversas investigaciones señalan que la estimulación cognitiva continua, el ejercicio físico regular y una alimentación equilibrada pueden favorecer el mantenimiento de las funciones cognitivas y retrasar el inicio del deterioro. La evidencia internacional recomienda que los adultos mayores realicen entre 150 y 300 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, complementada con ejercicios de fortalecimiento muscular y equilibrio (OMS, 2020).

En relación con la alimentación y los patrones dietéticos saludables, Scarmeas et al (2006) indican que especialmente aquellos similares a la dieta mediterránea, se asocia con menor riesgo de deterioro cognitivo, debido a su efecto antioxidante y antiinflamatorio. Además, el consumo de ácidos grasos omega-3, vitaminas antioxidantes y nutrientes neuroprotectores puede favorecer el funcionamiento cerebral.

En conjunto, estas intervenciones sobre el estilo de vida constituyen estrategias no farmacológicas relevantes para prevenir o retrasar la progresión del DCL, al actuar sobre mecanismos potencialmente modificables del envejecimiento cerebral (Olivera et al., 2015).

### **Contexto latinoamericano y DCL**

El envejecimiento poblacional en América Latina constituye una transformación demográfica acelerada que está redefiniendo las estructuras sociales, económicas y sanitarias de la región. Entre 2020 y 2050 se proyecta que el número de personas mayores de 60 años se duplicará, lo que supone un desafío para sistemas de salud frágiles y para políticas públicas aún incipientes (OMS, 2025). Este crecimiento se vincula con prevalencia de enfermedades crónicas y, aunque la esperanza de vida aumenta, mayor longevidad no garantiza bienestar psicosocial cuando coexisten DCL, depresión o aislamiento.

Diversos estudios en la región, en países como Ecuador, México, Guatemala, Perú, Chile, Costa Rica y El Salvador, presentan en común a la pobreza y la pobreza extrema como un factor de riesgo determinante de alteraciones cognitivas, psicológicas y físicas en la

adultez mayor, demostrando mayor prevalencia en mujeres y adultos mayores de comunidades rurales (CONAPO., 2022; Hernández et al., 2022; Rivadeneira et al., 2018).

Un factor transversal es el bajo nivel educativo (González et al., 2022). Esto se alinea con la Comisión Lancet, que identifica factores modificables a lo largo de la vida (educación, inactividad física, aislamiento social, depresión, trastornos del sueño) que influyen en el riesgo de deterioro y demencia (Livingston et al., 2020). En Chile, proporciones de actividad física regular y lectura diaria son bajas; estos hallazgos se interpretan desde el concepto de reserva cognitiva donde Stern (2002; 2009) plantea que es la capacidad del cerebro para tolerar mayor grado de patología antes de manifestar síntomas clínicos, gracias a experiencias de vida como educación, ocupación compleja y participación en actividades cognitivamente estimulantes.

La relación entre escolaridad y riesgo es consistente: en Chile, Ecuador y Perú se han descrito asociaciones entre baja escolaridad/analfabetismo y mayor vulnerabilidad cognitiva. A nivel regional, estudios derivados de SABE señalan que menor educación formal se asocia con tasas más altas de deterioro, incluso controlando comorbilidades (Albala et al., 2021). La escolaridad representa un andamiaje cognitivo y social construido a lo largo de la vida.

A ello se suma la brecha geográfica: en zonas rurales o marginadas el acceso a salud básica es limitado, restringiendo prevención, diagnóstico y apoyo. Además, la brecha digital se ha convertido en determinante social: según CEPAL (2023), menos del 30% de personas mayores usa internet habitualmente, con reducciones marcadas en mujeres, baja escolaridad y áreas aisladas. Esto limita acceso a información, autocuidado y redes mediadas por tecnología. La OMS enfatiza que el envejecimiento saludable depende de la capacidad de participación con autonomía y propósito (OMS, 2022).

### ***Evidencia regional del estado psicosocial***

En América Latina, donde el envejecimiento poblacional avanza aceleradamente, variables subjetivas como depresión, ansiedad, percepción de salud y satisfacción con la vida emergen como determinantes clave del envejecimiento, incluso más allá del diagnóstico cognitivo.

Uno de los hallazgos más consistentes en la región es la alta prevalencia de síntomas depresivos entre adultos mayores, independientemente de su estado cognitivo (González et al., 2022). Este dato muestra que el sufrimiento psicológico puede presentarse sin deterioro neurológico detectable, especialmente en contextos de aislamiento social, pérdida de roles familiares o incertidumbre respecto al futuro.

La depresión geriátrica en Latinoamérica se ha asociado a diversos factores psicosociales, entre ellos el aislamiento social. En este contexto, la reducción de actividades, el menor contacto social y la limitación de redes de apoyo pueden contribuir al retraimiento progresivo en los adultos mayores (Custodio et al., 2017; Estrada et al., 2013). En Chile, variables como aislamiento y actividad social se han relacionado con descenso funcional y progresión hacia demencia (GERO, 2017–2022). En Perú, se ha evidenciado que la depresión y otros factores modificables (baja escolaridad, falta de estímulo social, pobreza) aportan significativamente al riesgo de DCL y demencia (Custodio et al., 2017). En este sentido, se propone una secuencia plausible: autoaislamiento que provoca la reducción de actividades sociales a su vez genera un incremento de síntomas depresivos que está relacionado a la menor vigilancia de la salud y menor estimulación cognitiva lo cual llevará a un aumento del riesgo de declive cognitivo. Este proceso se intensifica en grupos con vulnerabilidades estructurales, como mujeres mayores, personas con baja escolaridad o quienes viven solos (Livingston et al., 2020).

En Ecuador, Rivadeneira et al. (2021) mostraron que la satisfacción con la vida es un predictor del envejecimiento saludable: quienes no están satisfechos presentan 77% menos probabilidades de envejecer saludablemente. Esta variable influye no solo en el estado de ánimo, sino también en la adherencia a hábitos protectores (lectura, ejercicio o búsqueda de atención).

La percepción subjetiva de la salud también es determinante: quienes consideran su salud “excelente” tienen mayor probabilidad de pertenecer al grupo de envejecimiento saludable, fenómeno relacionado con la “paradoja de la discapacidad”, donde un entorno social y emocional favorable permite mantener calidad de vida pese a condiciones crónicas o déficits leves (Albrecht y Devlieger, 1999).

En México, se ha reportado que solo el 38% de adultos mayores refiere buena salud, y quienes tienen educación primaria o menos presentan mayor riesgo de depresión y aislamiento (Salud Pública de México, 2021). En Costa Rica, Hernández et al. (2022) hallaron síntomas de ansiedad o depresión leve, especialmente en zonas rurales. En conjunto, estos hallazgos refuerzan la necesidad de un enfoque biopsicosocial para comprender el impacto del DCL en la vida cotidiana.

## Capítulo 2

### Metodología

#### **Tipo de investigación**

El presente trabajo corresponde a una investigación cualitativa de tipo scoping review, cuyo objetivo fue identificar, analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre el efecto psicosocial del deterioro cognitivo leve (DCL) en adultos mayores latinoamericanos. El diseño siguió las directrices del protocolo PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

#### **Objetivos**

##### ***Objetivo general***

Analizar la evidencia científica disponible sobre los factores psicosociales asociados al deterioro cognitivo leve en adultos mayores latinoamericanos, con el fin de identificar sus implicaciones en la salud mental y el funcionamiento social.

##### ***Objetivos específicos***

Identificar los principales factores psicosociales vinculados al deterioro cognitivo leve en adultos mayores en estudios realizados en América Latina.

Describir el impacto del deterioro cognitivo leve en el bienestar psicológico.

Describir las redes sociales y la funcionalidad que acompañan al adulto mayor con deterioro cognitivo leve.

#### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es el estado psicosocial de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve en América Latina?

## **Criterios de elegibilidad**

### ***Criterios de inclusión***

Estudios publicados entre 2020 y 2025, que incluyan adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL), según criterio clínicos o neuropsicológicos, realizados en países de América Latina y que reporten factores psicosociales.

### ***Criterios de exclusión***

Editoriales, cartas al editor, estudios en poblaciones no latinoamericanas, estudios que solo aborden aspectos neurológicos o farmacológicos sin componente psicosocial.

## **Filtros de búsqueda**

- Periodo de publicación: Últimos 5 años (2020-2025).
- Idioma: Español, inglés.
- Tipo de estudio: observacionales, revisiones sistemáticas.
- Acceso al texto completo, disponible y gratuito o accesible mediante suscripción institucional.
- Población: Humanos, adultos mayores.

## **Fuentes de información**

Las fuentes de información utilizadas en la presente scoping review incluyeron bases de datos científicas de acceso abierto y reconocido uso en el ámbito latinoamericano. Se consultaron SciELO, Redalyc y Scopus, debido a su relevancia para la difusión de producción científica en español e inglés, así como por su cobertura de estudios en ciencias de la salud, psicología y ciencias sociales. Estas bases de datos permiten acceder a investigaciones empíricas y teóricas pertinentes al estudio del deterioro cognitivo leve y sus implicaciones psicosociales en adultos mayores de la región. La selección de estas fuentes se alineó con el objetivo de mapear la evidencia disponible en contextos latinoamericanos.

## **Estrategia de búsqueda**

La estrategia de búsqueda se diseñó de manera amplia y sensible, conforme a los lineamientos de las scoping reviews, con el fin de identificar la mayor cantidad posible de estudios relevantes. Se emplearon combinaciones de descriptores y términos libres para cada motor de búsqueda.

Scielo:

(("adulto mayor" OR anciano OR "tercera edad" OR vejez) AND ("deterioro cognitivo" OR "trastorno neurocognitivo" OR "deterioro cognitivo"))

Redalyc:

("deterioro cognitivo leve" OR "trastorno neurocognitivo leve") AND ("América Latina" OR Latinoamérica OR "contexto latinoamericano")

Scopus:

((“older adult" OR elderly ) AND ("mild cognitive impairment" OR "mild neurocognitive disorder" OR "cognitive decline" ) AND ( "Latin America" )).

Los términos fueron combinados mediante operadores booleanos “AND”, “OR” y adaptados a las particularidades de cada base de datos. No se establecieron restricciones estrictas por tipo de diseño metodológico, con el propósito de incluir estudios cuantitativos, cualitativos y revisiones narrativas que aportaran información relevante al fenómeno de estudio, en concordancia con la naturaleza exploratoria de la scoping review (Tricco et al., 2018).

## **Procedimiento**

El proceso de identificación y selección de los estudios incluidos en la presente scoping review se reportó siguiendo las directrices del PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), las cuales proponen un esquema transparente y reproducible para describir

el flujo de la evidencia científica, sin implicar una evaluación formal de la calidad metodológica de los estudios (Tricco et al., 2018).

1. Identificación: En esta etapa se realizó una búsqueda sistemática y amplia de la literatura científica en bases de datos electrónicas relevantes, con el objetivo de identificar estudios potencialmente pertinentes al tema de investigación. Se emplearon descriptores controlados y términos libres relacionados con deterioro cognitivo leve, envejecimiento y variables psicosociales en población adulta mayor latinoamericana. Todos los registros recuperados fueron compilados y se eliminaron los duplicados antes de iniciar el proceso de cribado.
2. Cribado (*screening*): Los estudios identificados fueron sometidos a un primer proceso de selección mediante la revisión de títulos y resúmenes. En esta fase se excluyeron aquellos trabajos que no abordaban el concepto central del deterioro cognitivo leve, que no correspondían a población adulta mayor o que no se situaban en el contexto latinoamericano. El cribado permitió reducir el número de estudios a aquellos potencialmente relevantes para su evaluación en texto completo.
3. Elegibilidad: Los artículos seleccionados en la fase de cribado fueron evaluados a texto completo para determinar su elegibilidad final. En esta etapa se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión previamente definidos, tales como el tipo de estudio, la población de interés y la presencia de información relevante sobre aspectos psicosociales del deterioro cognitivo leve. Los estudios que no cumplían estos criterios fueron excluidos, registrándose los motivos de exclusión para asegurar la transparencia del proceso.
4. Inclusión: Finalmente, los estudios que cumplieron con todos los criterios de elegibilidad fueron incluidos en la *scoping review*. Estos trabajos conformaron el corpus final de análisis y fueron utilizados para la extracción, organización y síntesis

de la información, permitiendo mapear la evidencia disponible, identificar patrones temáticos y detectar vacíos de investigación en el contexto latinoamericano.

Los artículos se procesaron a través de Zotero en el gestor de referencias, también se presentó una matriz de datos, usando un diagrama de flujo.

### **Proceso y estrategia de extracción de datos**

La extracción de datos se realizó mediante un proceso sistemático de charting the data, característico de las scoping reviews. Para cada estudio incluido se registró información relevante como autoría, año de publicación, país de realización, tipo de estudio, características de la muestra, instrumentos utilizados y principales hallazgos relacionados con los efectos psicosociales del deterioro cognitivo leve.

Este proceso permitió organizar la información de manera estructurada y facilitar la comparación entre estudios, sin realizar una evaluación formal de la calidad metodológica ni del riesgo de sesgo, en concordancia con los objetivos exploratorios del diseño adoptado.

### **Análisis de datos**

Dentro de los pasos, estuvo como primer punto la definición de parámetros, siguiente de esto, buscar artículos afines a las áreas a tratar y finalmente el análisis de los artículos propuestos que cumplen con los objetivos necesarios.

### **Síntesis de resultados**

La síntesis de los resultados se realizó de forma descriptiva, organizando la información principal de los estudios incluidos. Los hallazgos se agruparon en temas generales relacionados con los aspectos psicosociales del deterioro cognitivo leve en adultos mayores latinoamericanos.

Esta síntesis permitió identificar patrones comunes y una visión general del estado de la investigación en la región, sin realizar comparaciones ni análisis estadísticos. Los resultados se presentaron de manera narrativa, facilitando la comprensión del fenómeno estudiado.

## **Capítulo 3**

### **Resultados**

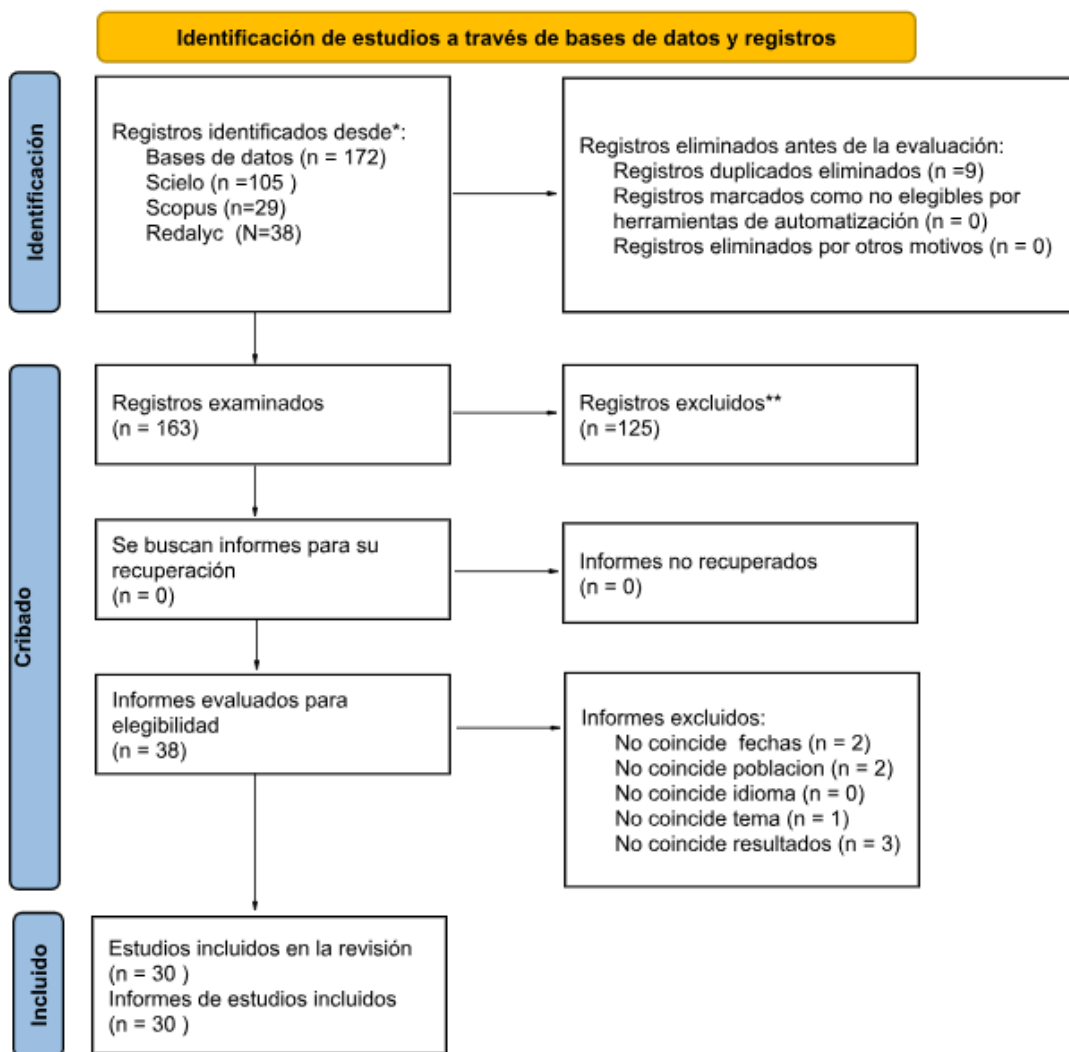
La presente scoping review tiene como objetivo analizar la evidencia científica disponible sobre los factores psicosociales asociados al deterioro cognitivo leve en adultos mayores latinoamericanos, con el fin de identificar sus implicaciones en la salud mental y el funcionamiento social, abarcando una serie de estudios publicados entre 2020 y 2025 en diversas regiones de América Latina. A continuación, se detallan los principales hallazgos de los estudios analizados.

#### **Proceso de selección de estudios**

La búsqueda en las bases de datos Scielo, Scopus y Redalyc identificó un total de 172 registros: 105 en Scielo, 29 en Scopus y 38 en Redalyc. Tras la eliminación de duplicados, quedaron 163 artículos únicos. Luego de revisar títulos y resúmenes, se excluyeron 125 estudios por no cumplir con los criterios de inclusión. Por último, se evaluaron 38 artículos de texto completo, de los cuales 30 fueron incluidos en esta revisión de alcance. El proceso se presenta mediante el diagrama de flujo PRISMA.

#### **Diagrama de flujo prisma**

Figura 1.



Fuente: Page et al. 2020.

En este diagrama se presentan los artículos identificados durante la búsqueda y el proceso de selección aplicado. A partir de los estudios incluidos se elaboró una matriz de datos que contiene información como autor, año y principales características metodológicas, entre otros aspectos (ver Anexo 1).

### **Características generales de los estudios**

Los estudios incluidos en la matriz se centran principalmente en los determinantes psicológicos y sociales que acompañan al deterioro cognitivo en adultos mayores, con un enfoque predominante en América Latina.

La revisión de alcance incluyó un total de 30 estudios que abordaron el DCL y sus factores asociados en población adulta mayor. Los estudios analizados fueron realizados principalmente en países de América Latina, con predominio de investigaciones desarrolladas en México (n=6), Colombia (n=6) y Perú (n=4). Asimismo, se identificaron estudios realizados en Cuba (n=3), Brasil (n=3), Chile (n=2) y Ecuador (n=2), además de investigaciones desarrolladas en Panamá (n=1). También se incluyeron dos estudios regionales que analizaron datos de múltiples países de América Latina y un estudio multinacional de alcance global que incluyó información de 95 países. Esta distribución geográfica refleja el creciente interés por comprender el deterioro cognitivo en el contexto del envejecimiento poblacional latinoamericano y sus particularidades sociales, económicas y sanitarias.

### **Características metodológicas de los estudios**

En relación con las características metodológicas, predominó claramente la investigación observacional. Del total de estudios incluidos, 20 correspondieron a diseños transversales, tanto descriptivos como analíticos, lo que representa aproximadamente dos tercios de la evidencia revisada. Estos estudios se enfocaron principalmente en analizar la prevalencia del deterioro cognitivo leve y su asociación con variables sociodemográficas, clínicas, psicológicas y funcionales en un momento específico del tiempo.

Además, se identificaron 4 estudios longitudinales, los cuales permitieron analizar la evolución del deterioro cognitivo y la influencia de distintos factores de riesgo a lo largo del tiempo. Finalmente, la revisión incorporó 5 artículos de revisión de la literatura, principalmente revisiones sistemáticas y revisiones narrativas, que sintetizaron la evidencia disponible sobre factores asociados al deterioro cognitivo y estrategias de prevención en adultos mayores.

Las poblaciones estudiadas estuvieron conformadas principalmente por adultos mayores de 60 años, aunque algunos trabajos se centraron en grupos de 65 años o más o analizaron rangos específicos dentro de la vejez, como adultos entre 70 y 79 años, quienes en algunos estudios representaron el grupo con mayor frecuencia de deterioro cognitivo.

Respecto a la distribución por sexo, se reportó una mayor participación femenina.

### **Síntesis de resultados**

Los resultados van a ser redactados en base a los objetivos planteados para la investigación, siendo así se abordarán 3 grandes grupos como lo son los factores psicosociales, el impacto en el bienestar psicológico y redes sociales

#### ***Factores psicosociales vinculados al deterioro cognitivo leve***

Los estudios revisados coinciden en señalar que el deterioro cognitivo leve en adultos mayores está asociado a un conjunto de factores psicosociales interrelacionados, entre los que destacan el nivel educativo, las condiciones socioeconómicas, la participación social, la estimulación cognitiva y el acceso a redes de apoyo (Buitrago et al., 2022; Camacho et al., 2025; Durón et al., 2023; García et al., 2025; Pabón et al., 2025; Paredes et al., 2021).

Uno de los factores más consistentemente identificados es el nivel educativo. Diversos estudios realizados en Cuba, Perú y Colombia evidencian que los adultos mayores con menor escolaridad presentan mayor probabilidad de deterioro cognitivo (Garbey et al., 2023; Mamani et al., 2023). En el estudio desarrollado en Santiago de Cuba, por ejemplo, el 50 % de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve presentaba educación primaria, mientras que un 40,3 % tenía educación media, lo que sugiere que la escolaridad podría desempeñar un papel importante en la construcción de la denominada reserva cognitiva (Garbey et al., 2023).

Asimismo, varios estudios subrayan la influencia de las condiciones socioeconómicas. Investigaciones regionales en América Latina muestran que los adultos mayores que viven en

contextos de pobreza o desigualdad social presentan mayores niveles de deterioro cognitivo y dependencia funcional (García et al., 2025). Estas desigualdades se relacionan con factores como el acceso limitado a servicios de salud, menor escolaridad y oportunidades reducidas de estimulación cognitiva a lo largo de la vida (Sáenz et al., 2022).

La participación social también se identificó como un factor asociado al estado cognitivo en adultos mayores. En este sentido, Durón-Reyes et al. (2023) encontraron que el aislamiento social se relaciona significativamente con una menor función cognitiva cotidiana en adultos mayores que viven en comunidad, evidenciando que la reducción de la interacción social puede asociarse con mayores dificultades cognitivas.

De manera similar, Domínguez et al. (2020), en una investigación realizada en México, observaron que el estado cognitivo de los adultos mayores se relacionaba con el uso de distintas estrategias de compensación de memoria y con el contexto de participación en actividades sociales y recreativas. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la interacción social y la participación en actividades comunitarias se vinculan directamente con la mejoría en su desempeño cognitivo.

Otro factor relevante en el abordaje del DCL es la estimulación cognitiva, la cual cumple un papel fundamental en la preservación de las funciones mentales y en la ralentización del deterioro. En este contexto, diversas investigaciones han analizado el uso de herramientas digitales y aplicaciones en línea como formas de actividad cognitiva en la vejez. Paiva et al. (2021) reportan que la participación en actividades cognitivamente estimulantes, incluidas plataformas digitales, se asocia con un mejor rendimiento cognitivo en adultos mayores. Estos resultados permiten considerar que las actividades que implican interacción con tecnologías digitales pueden constituir una forma de estimulación mental relevante en el envejecimiento.

En relación con los estilos de vida, la actividad física emerge como una variable asociada al deterioro cognitivo leve en los estudios revisados. En el trabajo de Mamani et al. (2023) se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el nivel de actividad física y el deterioro cognitivo, observándose que los adultos mayores con niveles bajos o con ausencia de actividad física presentaban una mayor frecuencia de deterioro. Este hallazgo sugiere la existencia de una asociación entre la falta de actividad física y el deterioro o mal funcionamiento cognitivo, particularmente en dominios como la memoria, la atención y las funciones ejecutivas. En este sentido, los resultados permiten identificar a la actividad física como un elemento relevante dentro del conjunto de factores de estilo de vida vinculados al deterioro cognitivo leve en la población adulta mayor.

Asimismo, estudios poblacionales han señalado que los síntomas depresivos pueden duplicar el riesgo de deterioro cognitivo o acelerar su progresión, debido a mecanismos asociados a procesos neuro inflamatorios, cambios en la plasticidad neuronal y menor participación en actividades cognitivamente estimulantes (Livingston et al., 2020; Panza et al., 2022).

La pérdida auditiva ha sido identificada como una variable asociada al deterioro cognitivo en adultos mayores. Diversos estudios reportan que las personas con pérdida auditiva presentan un mayor riesgo de deterioro cognitivo leve, con un riesgo relativo aproximado de 1.44 en comparación con quienes no presentan alteraciones auditivas. Asimismo, se han propuesto distintos mecanismos que podrían explicar esta relación, entre ellos la reducción de la estimulación sensorial y social, el incremento de la carga cognitiva durante la comunicación y la disminución de la reserva cognitiva. En conjunto, estos hallazgos sugieren una asociación entre la pérdida auditiva y el funcionamiento cognitivo en la vejez (Lau et al., 2020; Livingston et al., 2020).

En conjunto, estos hallazgos muestran que el deterioro cognitivo leve no depende únicamente de factores biológicos asociados al envejecimiento, sino también de un conjunto de determinantes psicosociales acumulativos a lo largo del curso de vida.

### ***Impacto del deterioro cognitivo leve en el bienestar psicológico***

Los estudios revisados evidencian que el deterioro cognitivo leve produce repercusiones relevantes en el bienestar psicológico de los adultos mayores, particularmente en dimensiones relacionadas con el estado de ánimo, la percepción de autonomía y la calidad de vida. En este sentido, Parada et al. (2022) señalan que las alteraciones cognitivas se acompañan de cambios emocionales caracterizados por sentimientos de frustración, pérdida de control personal y disminución de la autoestima, aspectos que afectan la percepción de bienestar en esta etapa de la vida.

De manera similar, investigaciones realizadas en Colombia y Perú evidencian que los adultos mayores con deterioro cognitivo presentan mayores manifestaciones de malestar emocional, como tristeza persistente, ansiedad o tendencia al aislamiento, lo que repercute en su estabilidad emocional y en la forma en que perciben su vida cotidiana (Buitrago et al., 2022; Cabrera et al., 2021). Estos hallazgos indican que las dificultades cognitivas no se limitan a los procesos de memoria o atención, sino que también impactan en la forma en que las personas experimentan su bienestar psicológico y su funcionamiento diario.

Asimismo, el deterioro cognitivo leve puede generar preocupación respecto a la posibilidad de progresión hacia trastornos neurocognitivos más severos, lo cual influye en la percepción de seguridad y estabilidad personal. Diversos estudios señalan que los adultos mayores con estas dificultades tienden a experimentar inquietud por el empeoramiento de su memoria y otras funciones cognitivas, situación que puede generar inseguridad, incertidumbre y cambios en su bienestar emocional (Durón et al., 2023; Oviedo et al., 2024; Piña et al., 2021).

En algunos casos, estas preocupaciones se acompañan de una reducción en la participación en actividades sociales o recreativas, debido al temor a cometer errores, olvidar información o ser evaluados negativamente por otras personas, lo que favorece procesos de aislamiento social y menor interacción con el entorno (Livingston et al., 2020).

Por otra parte, el deterioro cognitivo también se asocia con cambios en la percepción de independencia y funcionalidad. En América Latina se ha evidenciado que las personas con deterioro cognitivo leve presentan mayor probabilidad de experimentar dificultades en actividades instrumentales de la vida diaria, como la gestión del dinero, la planificación de tareas o la toma de decisiones (García et al., 2025).

Además, estos efectos pueden verse agravados por diversos factores personales y contextuales, como el bajo nivel educativo, la presencia de enfermedades crónicas, el aislamiento social o las limitadas redes de apoyo. Estas condiciones pueden incrementar la vulnerabilidad de los adultos mayores frente a las dificultades cognitivas y funcionales, intensificando las limitaciones en la vida cotidiana y afectando de manera más profunda su bienestar general (Buitrago et al., 2022; Camacho et al., 2025; Durón et al., 2023; García et al., 2025; Pabón et al., 2025).

En conjunto, estos cambios funcionales y emocionales pueden afectar la autoestima y el sentido de autonomía de los adultos mayores, generando un proceso en el cual las limitaciones cognitivas influyen en el bienestar psicológico y en el funcionamiento cotidiano, mientras que las dificultades emocionales pueden intensificar las limitaciones en la vida diaria (Paredes et al., 2021; Rodríguez et al., 2024).

### ***Redes sociales y funcionalidad en adultos mayores con deterioro cognitivo leve***

Las redes sociales y el apoyo familiar emergen como elementos centrales en la experiencia del deterioro cognitivo leve en la vejez. Diversos estudios destacan que las relaciones sociales pueden desempeñar un papel relevante en la forma en que las personas

mayores enfrentan las dificultades cognitivas y en las diferencias observadas en su funcionamiento cognitivo.

El aislamiento social y la soledad aparecen asociados con un mayor deterioro cognitivo en la población adulta mayor. Se señala que la reducción de la interacción social se relaciona con un menor funcionamiento cognitivo y con mayores dificultades en la vida cotidiana (Durón et al., 2023).

En cuanto a redes de apoyo, Pabón et al. (2025) encontraron diferencias en el desempeño cognitivo de adultos mayores institucionalizados según el tipo de red de apoyo disponible, evidenciando peores resultados en aquellos que no contaban con apoyo familiar. Este hallazgo resulta relevante para el DCL, en la medida en que sugiere que la ausencia de vínculos cercanos puede estar asociada a un menor funcionamiento cognitivo vinculado al DCL, incluso en contextos de institucionalización. De manera complementaria, Barba et al. (2022) destacan que el entorno familiar y las responsabilidades vinculadas al cuidado influyen en la experiencia del deterioro cognitivo, así como en la dinámica de apoyo que se establece alrededor del adulto mayor.

En cuanto a la funcionalidad, se señala que el deterioro cognitivo leve se desarrolla en un contexto donde comienzan a observarse cambios en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria, como la gestión de medicamentos, la organización de tareas domésticas o la planificación de actividades cotidianas. Estas dificultades suelen aparecer de forma progresiva y se relacionan con distintos factores personales y contextuales, como el estado de salud que hace referencia a la presencia de enfermedades crónicas, condiciones físicas y estado general del organismo del adulto mayor, los cuales pueden influir directamente en el funcionamiento cognitivo y en la capacidad para realizar actividades cotidianas. Por ejemplo, la coexistencia de enfermedades como hipertensión, diabetes u otras condiciones propias del envejecimiento puede incidir en el rendimiento cognitivo y en la

autonomía funcional, conllevando a un posible deterioro cognitivo (Livingston et al., 2020; Paredes et al., 2021).

Por otra parte, el entorno social comprende las relaciones interpersonales, el nivel de interacción social y el apoyo disponible en el entorno del adulto mayor. Este aspecto incluye la participación en actividades sociales, la calidad de los vínculos familiares y comunitarios, así como el nivel de integración social (Camacho et al., 2025). Un entorno social activo puede favorecer la estimulación cognitiva y el mantenimiento de la funcionalidad, mientras que la escasa interacción puede asociarse con un mayor riesgo de deterioro.

### ***Impacto de las desigualdades estructurales en el DCL***

Además de los resultados encontrados en los tres apartados previamente analizados, se identificaron hallazgos relevantes relacionados con las desigualdades estructurales. En este sentido, algunos estudios incluidos en la revisión señalan que dichas desigualdades influyen tanto en la aparición como en el impacto del deterioro cognitivo. En el contexto latinoamericano, las mujeres mayores suelen presentar trayectorias educativas y laborales más limitadas, como resultado de desigualdades históricas en el acceso a la educación y al empleo, lo cual puede afectar su reserva cognitiva y aumentar su exposición a factores de riesgo (García et al., 2025).

Por otro lado, es importante recalcar que en contextos rurales o en comunidades con menor acceso a servicios de salud, los adultos mayores enfrentan mayores dificultades para acceder a evaluaciones cognitivas tempranas, programas de estimulación cognitiva o servicios especializados (Buitrago et al., 2022).

Un estudio longitudinal de Saenz et al. (2021) realizado en México con datos del Mexican Health and Aging Study examinó la relación entre el uso de combustibles sólidos para cocinar, principalmente leña o carbón, y el desempeño cognitivo en adultos mayores. Los resultados mostraron que quienes utilizaban este tipo de combustible presentaban peores

puntuaciones cognitivas iniciales y un declive cognitivo más acelerado en comparación con quienes utilizaban gas, particularmente en aprendizaje verbal, exploración visual y fluidez verbal . Los autores plantean que esta asociación puede explicarse por la exposición prolongada a contaminación intradomiciliaria, ya que la combustión de biomasa libera partículas finas y gases tóxicos que pueden ingresar al sistema nervioso central, causando procesos de neuroinflamación y daño neuronal vinculados al deterioro cognitivo.

Asimismo, el estudio evidenció que el uso de combustibles sólidos se concentra principalmente en hogares rurales y en poblaciones con menor nivel socioeconómico y educativo, lo que sugiere que este factor ambiental también refleja desigualdades estructurales que pueden aumentar la vulnerabilidad al deterioro cognitivo en la vejez (Saenz et al., 2021).

En consecuencia, la literatura revisada enfatiza la necesidad de considerar los determinantes sociales del envejecimiento, incluyendo género, nivel educativo y contexto territorial, para comprender de manera más integral el deterioro cognitivo en la población adulta mayor.

## Discusión

Los resultados de esta revisión evidencian que el deterioro cognitivo leve (DCL) en adultos mayores es un fenómeno multifactorial, influido por la interacción de factores sociodemográficos, de salud y psicosociales, lo cual coincide ampliamente con la literatura previa en el contexto latinoamericano y global.

Existe un amplio consenso en cuanto al papel de los determinantes sociales. Buitrago et al. (2022) destacan que variables como el nivel educativo, la condición laboral y el contexto socioeconómico se relacionan significativamente con la presencia de DCL en adultos mayores colombianos. Custodio et al. (2017) y García et al. (2025) amplían esta perspectiva al contexto latinoamericano, evidenciando que la dependencia funcional y el deterioro cognitivo se asocian con desigualdades estructurales, especialmente con menor escolaridad y bajo estatus socioeconómico. Estas perspectivas se articulan con enfoques globales como los de Petersen et al. (2018) y Livingston et al. (2020), quienes subrayan la relevancia de la reserva cognitiva, posicionando la educación como un factor protector clave tanto en la aparición como en la progresión del deterioro.

En este punto, vale la pena aclarar qué se entiende por nivel educativo bajo, ya que su definición varía según los estudios. En el contexto latinoamericano, suele referirse a menos de seis años de escolarización formal, es decir, educación primaria incompleta o analfabetismo funcional (Garbey Pierre et al., 2023; Custodio et al., 2017). Esta distinción es importante porque el impacto protector de la educación en la cognición varía según el nivel que se tome como referencia, incluso diferencias de pocos años de escolarización pueden verse reflejado en diferencias significativas en la reserva cognitiva acumulada (Petersen et al., 2018).

Asimismo, cabe destacar la brecha educativa por género: históricamente, las mujeres adultas mayores en América Latina han tenido menor acceso a la educación formal que los hombres, lo que contribuye a que presenten, en promedio, niveles de escolarización más bajos y, por tanto, mayor vulnerabilidad al DCL (Custodio et al., 2019; Livingston et al., 2020). Quien afirma esta posición es Paredes et al (2021) quienes proponen que esta desigualdad de género en el acceso educativo debe considerarse al interpretar las diferencias en la prevalencia de deterioro cognitivo entre hombres y mujeres, evitando atribuir las exclusivamente a factores biológicos

Las condiciones de pobreza influyen de forma indirecta en el desarrollo del DCL a través del acceso limitado a servicios de salud, educación y recursos de estimulación cognitiva. (García Chanes et al, 2025). Aunque los estudios revisados no siempre abordan la pobreza de manera directa, reflejan sus efectos en variables como la baja escolaridad y el acceso desigual a atención sanitaria (Cortés et al., 2016). Custodio et al. (2019) y Aranco et al. (2018) sostienen que las limitaciones estructurales, la pobreza y la exclusión del sistema de salud contribuyen al deterioro cognitivo, aunque se identifica una escasez de investigaciones que analicen esta relación de forma explícita en el contexto latinoamericano.

Un aspecto que merece atención particular es la presencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares, cuya prevalencia es elevada en adultos mayores latinoamericanos y que se asocian de forma consistente con mayor riesgo de DCL (Livingston et al., 2020) La coexistencia de múltiples enfermedades crónicas multimorbilidad agrava este panorama, ya que incrementa la carga farmacológica, limita la autonomía funcional y reduce la participación social, generando un ciclo que retroalimenta el deterioro cognitivo (Barnett et al., 2012). En contextos de pobreza, la multimorbilidad se ve exacerbada por el acceso irregular a tratamientos y controles

médicos, lo que subraya la intersección entre condiciones de salud y determinantes estructurales (Aranco et al., 2018).

Vinculado a lo anterior, el uso de combustibles sólidos para cocinar como la leña, el carbón o el estiércol representa un factor de riesgo específico del contexto latinoamericano y de países de ingresos bajos y medios que la literatura ha comenzado a señalar. La exposición crónica al humo derivado de estos combustibles en espacios cerrados genera inflamación sistémica y estrés oxidativo, afectando la función cerebrovascular y contribuyendo al deterioro cognitivo (Livingston et al., 2020). Sin embargo fuera de los resultados se encontró que a diferencia de los combustibles limpios como el gas natural o la electricidad, los combustibles sólidos producen partículas finas que penetran el sistema nervioso central, comprometiendo funciones ejecutivas y la memoria (Ware et al., 2022).

Este riesgo afecta de manera desproporcionada a las mujeres, quienes en entornos rurales y de bajos ingresos son las principales responsables de las labores domésticas de cocina, acumulando mayor tiempo de exposición (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). La transición hacia combustibles más limpios constituye, por tanto, no solo una medida ambiental, sino también una intervención con potencial impacto en salud cognitiva (Ware et al., 2022).

Igualmente, las alteraciones sensoriales particularmente la pérdida auditiva y visual representan un factor menos explorado pero relevante. La evidencia sugiere que estas condiciones favorecen el aislamiento social al reducir la interacción y la estimulación cognitiva, estableciendo un vínculo indirecto con el DCL (Cortés et al., 2016). Por otro lado dentro de los resultados se encontró que la pérdida auditiva, en particular, ha sido señalada por Livingston et al. (2020) como uno de los factores modificables con mayor peso poblacional en la prevención de la demencia. No obstante, se evidencia una escasez de

investigaciones que integren estas variables de forma sistemática en el contexto latinoamericano.

Junto a los determinantes estructurales, los factores psicosociales desempeñan un papel central en la comprensión del DCL. Siguiendo el enfoque de Gouveia (2015), la sintomatología depresiva no debe considerarse un elemento aislado, sino un factor que interactúa dinámicamente con el declive cognitivo, aumentando el riesgo de conversión a demencia y comprometiendo la autonomía funcional. Cortés et al. (2016) identifican la depresión como un factor que afecta negativamente la funcionalidad cotidiana, mientras que dentro de los resultados Camacho et al. (2025) y Durón et al. (2023) evidencian que la soledad y el aislamiento social se asocian con un menor desempeño cognitivo, lo que refuerza la idea de que los factores psicosociales modulan el impacto de las condiciones estructurales.

En relación con las redes de apoyo, Pabón et al. (2025) y Holtzman et al. (2011) muestran que los adultos mayores sin apoyo familiar o con redes institucionales débiles presentan estados cognitivos más deteriorados. Kuiper et al. (2016) destacan que la falta de participación en redes sociales activas amplifica el deterioro. No obstante, pocos estudios diferencian entre la soledad como condición objetiva vivir solo y la percepción subjetiva de aislamiento, lo que representa una limitación importante en la literatura (Cacioppo y Hawkey, 2009).

Los estudios coinciden en que el DCL impacta especialmente en las actividades instrumentales de la vida diaria. Cortés et al., (2016) señalan que factores físicos y mentales influyen negativamente en la capacidad funcional, mientras que otros estudios muestran que la pérdida progresiva de actividades reduce la autonomía del adulto mayor. Este hallazgo sugiere un proceso bidireccional: el deterioro cognitivo limita la participación en actividades, y la disminución de estas actividades, a su vez, reduce la estimulación cognitiva, favoreciendo el avance del deterioro (Petersen et al., 2018). Esta información es corroborada

por Mamani et al (2023) quienes indican que la disminución de la actividad física en adultos mayores mantiene o eleva el declive cognitivo. Este ciclo se ve agravado en contextos de pobreza, aislamiento social y presencia de enfermedades crónicas no controladas (Barnett et al., 2012; Custodio et al., 2019).

En conclusión, si bien existe consenso en la influencia de factores psicosociales y estructurales en el DCL, persisten vacíos importantes en la literatura. Entre ellos destacan: la falta de definiciones operacionales uniformes de “nivel educativo bajo” (Garbey Pierre et al., 2023); la escasa atención a la brecha de género en el acceso educativo y la exposición diferencial a factores de riesgo como el humo de combustibles sólidos (OMS, 2023; UNESCO, 2020); la integración insuficiente de variables como la pobreza directa, la multimorbilidad crónica y las alteraciones sensoriales (Barnett et al., 2012; Livingston et al., 2020); y la ausencia de estudios que distingan entre soledad objetiva y subjetiva (Cacioppo & Hawkey, 2009).

## Conclusión

A partir del análisis de la literatura revisada, se concluye que el DCL constituye un estado transicional entre el envejecimiento cognitivo normal y los trastornos neurocognitivos mayores. No obstante, su evolución no es necesariamente lineal ni irreversible, ya que mientras algunos individuos progresan hacia demencias como la enfermedad de Alzheimer, otros pueden mantenerse estables o incluso recuperar su funcionamiento cognitivo cuando los factores asociados son modificables o reversibles.

En este contexto, se concluye que la escolaridad y la reserva cognitiva desempeñan un papel fundamental en la aparición y evolución del DCL. Un bajo nivel educativo se relaciona con una mayor vulnerabilidad al deterioro cognitivo, mientras que una mayor formación académica y la participación en actividades intelectuales fortalecen la capacidad del cerebro para compensar cambios neurodegenerativos, retrasando la manifestación de síntomas clínicos.

Dentro del contexto rural, se logró identificar las consecuencias sistemáticas de la desigualdad social, arrojando como resultado una mayor prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores de las zonas rurales debido al bajo acceso de nivel educativo y el uso de combustibles fósiles en la cocción de alimentos. Por su parte, también se evidencia que la desigualdad histórica en acceso a la educación para las mujeres que actualmente se encuentran en la adultez mayor, representa una menor reserva cognitiva, la cual debería funcionar como factor protector.

De manera complementaria, se concluye que el deterioro cognitivo leve no solo afecta las funciones cognitivas, sino que también tiene repercusiones importantes en el bienestar psicológico del adulto mayor. La presencia de dificultades en la memoria y otras funciones cognitivas suele generar sentimientos de frustración, inseguridad y pérdida de control, además de una disminución en la autoestima y la percepción de autonomía. Asimismo, se

evidencia una alta relación con síntomas de depresión y una relación mediada con los síntomas de ansiedad, los cuales pueden actuar tanto como factores asociados como consecuencias del deterioro.

En relación con el contexto social, se concluye que la falta de redes de apoyo y participación social influyen significativamente en el deterioro de la salud cognitiva del adulto mayor. El aislamiento social y la soledad se asocian con un mayor riesgo de deterioro y progresión hacia la demencia. La ausencia de apoyo familiar y comunitario, así como la reducida participación en actividades sociales, se determinan como factores que conducen al malestar emocional y cognitivo.

A partir de estos hallazgos, se concluye que la comprensión y el abordaje del deterioro cognitivo leve deben realizarse desde un enfoque biopsicosocial e integral, especialmente en el contexto latinoamericano. Factores socioculturales como el nivel socioeconómico bajo, la pobreza, la brecha digital en adultos mayores y ciertas condiciones ambientales como el acceso a recursos, red de apoyo o diferencias por género o vivienda, influyen en la salud cognitiva y deben ser considerados en los procesos de evaluación, diagnóstico e intervención.

### **Limitaciones y recomendaciones**

Entre las principales limitaciones del presente trabajo como scoping review, la revisión evidencia una distribución geográfica desigual de los estudios incluidos, con una mayor representación de países como México, Colombia y Perú, mientras que otros contextos de América Latina presentan escasa evidencia. Esto puede limitar la representatividad regional de los hallazgos y generar sesgos en la interpretación de los resultados. En este sentido, se sugiere ampliar la producción científica en países menos estudiados, promoviendo investigaciones en contextos rurales y en poblaciones vulnerables, con el fin de lograr una comprensión más equitativa y contextualizada del DCL en la región.

Otra limitación relevante corresponde a las características de las muestras utilizadas en algunos estudios, las cuales en ciertos casos son reducidas o están centradas en poblaciones específicas, lo que restringe la generalización de los resultados a la población adulta mayor en su conjunto. Frente a ello, se recomienda que futuras investigaciones incluyan muestras más amplias y diversas, considerando variables como nivel educativo, condiciones socioeconómicas y contexto de residencia, con el objetivo de mejorar la validez externa de los hallazgos.

Finalmente, se identifica una escasez de estudios que aborden de manera integrada los factores psicosociales, las redes sociales y el bienestar psicológico en personas con DCL, lo que limita una comprensión integral del fenómeno. En este sentido, se propone fomentar investigaciones que analicen conjuntamente estas dimensiones, permitiendo comprender mejor su interacción en el proceso de envejecimiento. Estas estrategias podrían contribuir al diseño de intervenciones más efectivas orientadas a la prevención o retraso del deterioro cognitivo, especialmente en contextos con recursos limitados.

## Referencias

- Activity, M. P. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., Gamst, A., Holtzman, D. M., Jagust, W. J., Petersen, R. C., Snyder, P. J., Carrillo, M. C., Thies, B., y Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer S y Dementia*, 7(3), 270-279.  
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.008>
- Albrecht, G. L., y Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science y Medicine*, 48(8), 977–988.  
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00411-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00411-0)
- Alves, L., Nitrini, R., y Bottino, C. M. C. (2021). Factors associated with mild cognitive impairment in Brazilian older adults: A cross-sectional study. *Dementia y Neuropsychologia*, 15(2), 123–130. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2020>
- Ageing and Health (AAH). (2015, 29 septiembre). *World report on ageing and health*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- Ageing and Health (AAH). (s. f.). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*.  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., y Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo.

<https://publications.iadb.org/es/panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>

Ardila, A. (2005). Cultural values underlying psychometric cognitive testing.

*Neuropsychology Review*, 15(4), 185-195. <https://doi.org/10.1007/s11065-005-9180-y>

Ayala, A. S. M. L., y Soledad, A. S. M. L. (2021). *Promoción y prevención del deterioro cognitivo y demencias en personas mayores*.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S1988-348X2020000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1988-348X2020000300004)

Barba, L. E. B., y Zambrano, C. N. S. (2022). Niveles de sobrecarga en cuidadores del adulto mayor con y sin deterioro cognitivo. Estudio comparado. *REVISTA EUGENIO*

*ESPEJO*, 16(2), 67-80. <https://doi.org/10.37135/ee.04.14.08>

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., y Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science y Medicine*, 51(6), 843-857.

[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00065-4)

Boss, L., Kang, D., y Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541-553.

<https://doi.org/10.1017/s1041610214002749>

Buitrago, A. F. S., Perdomo, D. C., y Bogota, M. A. M. (2022). Asociación entre el deterioro cognitivo y factores socioeconómicos y sociodemográficos en adultos mayores colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(2), 134-141.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.02.005>

Cabrera, A. C., Neyra-Rivera, C. D., Lazarte, J. S., Gutierrez, E. L., Colmenares, F. M. R., y Parodi, J. F. (2023). Association between low level of vitamin B12 and cognitive impairment in older adults from the Naval Medical Center of Peru. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(2), 117-123.

<https://doi.org/10.25176/rfmh.v23i2.5650>

Camacho, D., Tella-Vega, P., Wagner, F. A., Santamaría-Ulloa, C., Lehning, A., Gallo, J. J., y

García-Peña, C. (2025b). Loneliness and Cognitive Function in Older Adults Living in Latin America: A Systematic Review. *Archives Of Medical Research*, 56(4), 103182. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2025.103182>

CEPAL. (2022). Final assessment report. Assessment of development account project 18/19

AJ: Coordination, Coherence and Effectiveness for Implementing the Environmental Dimension of the 2030 Agenda in Latin America and the Caribbean.

<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/48721>

CONAPO. (2022). La situación demográfica de México 2022. Secretaría de Gobernación.

<https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2022>

Contreras, R. M. M., Guerra, E. R., Machacca, N. M. C., y Aparicio, M. L. S. (2023b).

Actividad física y el deterioro cognitivo en adultos mayores. *Ciencias de la Actividad Física*, 24(1), 1-14. <https://doi.org/10.29035/rcaf.24.1.8>

Cordero, F. C., Cordero, L., y Jauregui, F. (2023). Correlation between hearing loss and cognitive impairment in the elderly. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(4). <https://doi.org/10.25176/rfmh.v23i4.5740>

Craske, M. G., y Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048–3059.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)

Custodio, C., Montesinos, R., Lira, D., Herrera-Pérez, E., Bardales, Y., Valeriano, L., y

Suárez, A. (2022). Depression and mild cognitive impairment in older Peruvians: Psychosocial correlates and risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 834567.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.834567>

Custodio, C., Lira, D., Herrera-Pérez, E., Montesinos, R., y Bardales, Y. (2019). Prevalencia de demencia y deterioro cognitivo leve en adultos mayores de América Latina:

Revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(4), 224–231.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.01.002>

Custodio, N., Wheelock, A., Thumala, D., y Slachevsky, A. (2017). Dementia in Latin

America: epidemiological evidence and implications for public policy. *Frontiers in Aging Neuroscience*.

<https://www.frontiersin.org/journals/aging-neuroscience/articles/10.3389/fnagi.2017.00221/>

Díaz, M. M., Herrera-Pérez, E., Montesinos, R., Tiwari, C., Custodio, N., y Lanata, S. C.

(2025). Neurocognitive disorders, depression, and associated factors in younger and older adults from an urban-marginalized area of Peru. *Alzheimer S y Dementia*, 21(10), e70798. <https://doi.org/10.1002/alz.70798>

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>

Domínguez, C. J. D. (2021). Estado cognitivo y estrategias de compensación de memoria en personas adultas mayores. *Horizonte Sanitario*, 20(3), 427-433.

<https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4473>

Durón-Reyes, D. E., Mimenza-Alvarado, A. J., Gutiérrez-Gutiérrez, L., Suñig-Ortega, M. J.,

Quiroz, Y. T., y 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>

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordóñez, J., Osorio, J. J., y Chavarriaga, L. M.

(2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81–94.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1.sdam>

Erickson et al. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), 3017–3022.

<https://doi.org/10.1073/pnas.1015950108>

Folstein, M. F., Folstein, S. E., y McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *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)

Fratiglioni et al. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*, 3(6), 343–353.

[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(04\)00767-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(04)00767-7)

Ganguli et al. (2011). Classification of neurocognitive disorders in DSM-5: A work in progress. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 205–210.

<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3182051ab4>

García Chanes, R. E., Casasola Espinosa, B. A., y Gutiérrez Robledo, L. M. (2025).

Disparities in functional dependence and population aging in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 49, e108. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.108>

Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., Belleville, S., Brodaty, H., Bennett, D., Chertkow, H., Cummings, J. L., De Leon, M., Feldman, H., Ganguli, M., Hampel, H., Scheltens, P., Tierney, M. C., Whitehouse, P., y Winblad, B. (2006). Mild cognitive impairment. *The Lancet*, 367(9518), 1262-1270.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)68542-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)68542-5)

Garbey, G. P., Marina, G. P. M., Yudit, B. D., Yoismel, Á. H., Annet, R. G. D., Yordanis, G.

P., Marina, G. P. M., Yudit, B. D., Yoismel, Á. H., y Annet, R. G. D. (2024).

*Aplicaciones en línea como factor protector para el deterioro cognitivo leve amnésico.*

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S1727-897X2024000300414yla](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1727-897X2024000300414yla)  
[ng=en](#)

Garbey Pierre, Y., Gorguet Pi, M. M., Batista Delgado, Y., y González Ramos, M. (2023).

Deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en ancianos de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S1029-30192023000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1029-30192023000300004)

Gonçalves, D. C., Pachana, N. A., y Byrne, G. J. (2011). Prevalence and correlates of

generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 223–230.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.023>

González, F., Sánchez-Cabaco, A., y De la Torre, J. (2022). Estudio exploratorio de un

protocolo de cribado online para detectar tempranamente deterioro leve en personas mayores durante la pandemia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 17(4), 40–50.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0717](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0717)

González Palau, F., Buonanotte, F., y Cáceres, M. M. (2015). Del deterioro cognitivo leve al

trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología*

Argentina, 7(1), 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.08.003>

Gouveia, P. A., Gouveia, H. T., & Pais, J. (2015). Depressão e funções executivas no défice cognitivo ligeiro: Uma revisão sistemática. *Análise Psicológica*, 33(4), 435–448.

<https://doi.org/10.14417/ap.1014>

Holtzman et al. (2011). Alzheimer's disease: The challenge of the second century. *Science Translational Medicine*, 3(77), 77sr1. <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3002369>

Hughes, T. F., Flatt, J. D., Fu, B., Chang, C. H., y Ganguli, M. (2012). Engagement in social activities and progression from mild to severe cognitive impairment: the MYHAT study. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 587-595.

<https://doi.org/10.1017/s1041610212002086>

Jack, C. R., Bennett, D. A., Blennow, K., Carrillo, M. C., Dunn, B., Haeblerlein, S. B.,

Holtzman, D. M., Jagust, W., Jessen, F., Karlawish, J., Liu, E., Molinuevo, J. L.,

Montine, T., Phelps, C., Rankin, K. P., Rowe, C. C., Scheltens, P., Siemers, E.,

Snyder, H. M., . . . Silverberg, N. (2018). NIA-AA Research Framework: Toward a

biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimer S y Dementia*, 14(4), 535-562.

<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.018>

Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Zuidema, S. U., Burgerhof, J. G. M., Stolk, R. P., Voshaar, R. C.

O., y Smidt, N. (2016). Social relationships and cognitive decline: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *International Journal Of*

*Epidemiology*, 45(4), dyw089. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw089>

Kwon, D., Jung, J., y Park, M. H. (2017). Loneliness in Elderly Patients with Mild Cognitive

Impairment: A Pilot Study. *Dementia And Neurocognitive Disorders*, 16(4), 110.

<https://doi.org/10.12779/dnd.2017.16.4.110>

Lin et al. (2011). Hearing loss and incident dementia. *Archives of Neurology*, 68(2),

214–220. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2010.362>

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, 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)

Lopera et al. (2020). Familial Alzheimer's disease and recessive modifiers. *Molecular*

*Neurobiology*, 57(2), 1035–1043. <https://doi.org/10.1007/s12035-019-01798-0>

Lopera, F., Parra-Romero, M., y Tirado, V. (2021). Depresión y deterioro cognitivo leve en adultos mayores latinoamericanos: Una revisión sistemática. *Journal of Alzheimer's*

*Disease*, 83(2), 511–525. <https://doi.org/10.3233/JAD>

Malhi, G. S., y Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), 2299–2312.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)

Mamani Contreras, R. M., Roque Guerra, E., Colque Machacca, N. M., y Solorzano

Aparicio, M. L. (2023). Actividad física y el deterioro cognitivo en adultos mayores.

*Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*, 24(1), 1–14.

<https://doi.org/10.29035/rcaf.24.1.8>

- Martínez, B., Custodio, C., y Herrera-Pérez, E. (2019). Prevalencia de deterioro cognitivo leve en adultos mayores en Chile: Un análisis epidemiológico. *Revista Médica de Chile*, 147(8), 987–995. <https://doi.org/10.4067/S0034>
- Mitchell, A. J., y Shiri-Feshki, M. (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia – meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(4), 252-265. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01326.x>
- Ngandu et al. (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 randomised 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)
- Olaya, L. C. O., Sánchez, V. C., Jiménez, L. M. V., y Calle, J. A. H. (2023). Síntomas de depresión y calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: una revisión. *Psicología Desde el Caribe*, 39(03). <https://doi.org/10.14482/psdc.39.3.616.125>
- Olivera et al. (2015). Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve. *Psicogeriatría*, 5(2), 45–55. [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502\\_0045\\_0055.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0045_0055.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Envejecimiento y salud en las Américas: Perspectivas regionales. <https://iris.paho.org/handle/10665/363373>
- Oviedo, D. C., Tratner, A. E., Rodríguez-Araña, S., Villarreal, A. E., Rangel, G., Carreira, M. B., y Britton, G. B. (2024). Predictors of cognitive change in cognitively healthy older women in Panama: the PARI-HD study. *Frontiers In Global Women S Health*, 5, 1353657. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1353657>

Pabón, D. K. P., Meza, J. A. D., Aceros, L. J. B., Gómez, Y. A. L., y Ardila, A. M. N. (2024).

Estado Cognitivo en Adultos Mayores Institucionalizados: Comparación a Partir de la Red de Apoyo Disponible. *Psykhé (Santiago), Online First*.

<https://doi.org/10.7764/psykhe.2022.54807>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D.,

Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J.,

Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson,

E., McDonald, S., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated

guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71.

<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Paiva, K. M., Böell, A. L., Haas, P., Samelli, A. G., Hillesheim, D., Figueiró, T. H., y D'Orsi,

E. (2023). Self-reported hearing loss and cognitive impairment: a cross-sectional

analysis of the EpiFloripa Aging study. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(3),

e00127622. <https://doi.org/10.1590/0102-311xen127622>

Panza et al. (2022). Different cognitive frailty models and health- and cognitive-related

outcomes in older age: From epidemiology to prevention. *Journal of Alzheimer's*

*Disease*, 62(3), 993–1012. <https://doi.org/10.3233/JAD-170963>

Parada, K. P., Juca, J. F. G., y Pacheco, G. A. B. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en

adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica*

*UISRAEL*, 9(2), 77-93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>

Paredes, Y. V. P., Pinzón, E. Y., y Acevedo, D. C. A. (2021b). 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-Romero, M., Tirado, V., y Lopera, F. (2021). Mild cognitive impairment and depression in Latin American older adults: A systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 83(2), 511–525. <https://doi.org/10.3233/JAD>
- Petersen et al. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56(3), 303–308. <https://doi.org/10.1001/archneur.56.3.303>
- Petersen et al. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 58(12), 1985–1992. <https://doi.org/10.1001/archneur.58.12.1985>
- Petersen et al. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment. *Neurology*, 90(3), 126–135. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004826>
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183–194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
- Petersen, R. C. (2016). Mild cognitive impairment. *CONTINUUM Lifelong Learning In Neurology*, 22(2), 404-418. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000313>
- Piña-Escudero, S. D., Chodos, A., Weinstein, C. A., Allen, I. E., Ávila-Funes, J. A., y Ritchie, C. (2021). Subjective cognitive decline and elder mistreatment in Mexican community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 92, 104242. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104242>
- Prince, M., Acosta, D., Ferri, C. P., Guerra, M., Huang, Y., Rodriguez, J. J. L., Salas, A., Sosa, A. L., Williams, J. D., Dewey, M. E., Acosta, I., Jotheeswaran, A. T., y Liu, Z. (2012). Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *The Lancet*, 380(9836), 50-58. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60399-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60399-7)

- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., y Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer S y Dementia*, 9(1), 63. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>.
- Prince, M., Ferri, C. P., Acosta, D., Albanese, E., Arizaga, R., Dewey, M., Gavrilova, S. I., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K., Krishnamoorthy, E., McKeigue, P., Rodriguez, J. L., Salas, A., Sosa, A. L., Sousa, R. M., Stewart, R., y Uwakwe, R. (2007). The protocols for the 10/66 dementia research group population-based research programme. *BMC Public Health*, 7(1), 165. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-165>
- Rivadeneira, M. F., Mendieta, M. J., Villavicencio, J., y Bonilla, P. (2021). A multidimensional model of healthy ageing: Proposal and evaluation of determinants based on a population survey in Ecuador. *BMC Geriatrics*, 21, 615. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02548>
- Rodríguez-Montoya, C. J., Del Carmen González-Álvarez, F., Martínez-Ruvalcaba, E., García-Zamarripa, M. I., Araiza, M. L., y Altamira-Camacho, R. (2024). *Relación del deterioro cognitivo y dependencia funcional con calidad de vida en residentes de viviendas para personas adultas mayores*. <https://www.redalyc.org/journal/7365/736578582002/html/>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., y Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727.
- Saenz, J. L., Kessler, J., y Nelson, E. (2022). Food Insecurity across the Life-Course and Cognitive Function among Older Mexican Adults. *Nutrients*, 14(7), 1462. <https://doi.org/10.3390/nu14071462>

- Saenz, J. L. (2021). Solid cooking fuel use and cognitive decline among older Mexican adults. *Indoor Air*, 31(5), 1522-1532. <https://doi.org/10.1111/ina.12844>
- Salazar et al. (2020). Apoyo social y participación en actividades recreativas en adultos mayores fronterizos. *Journal of Health NPEPS*, 5(1), 68–83.  
<https://doi.org/10.30681/252610104320>
- Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., López-Ortega, M., y Gutiérrez-Robledo, L. M. (2023). Factores psicosociales asociados al deterioro cognitivo leve en adultos mayores mexicanos: Evidencia de la ENSANUT 2018–19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e120. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023>.
- Sánchez-García, S., García-Peña, C., Jiménez-Ramírez, D., Espinel-Bermúdez, C., Ruiz-Huerta, L., Juárez-Cedillo, T., ... López-Ortega, M. (2020). Cognitive impairment and social determinants in elderly Mexicans: A population-based study. *BMC Geriatrics*, 20, 289. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01697>
- Scarmeas, N., Stern, Y., Tang, M., Mayeux, R., y Luchsinger, J. A. (2006). Mediterranean diet and risk for Alzheimer’s disease. *Annals Of Neurology*, 59(6), 912-921.  
<https://doi.org/10.1002/ana.20854>
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.  
<https://scottbarrykaufman.com/wp-content/uploads/2015/01/Seligman-2011-Chapter-1.pdf>
- 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>

- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473.  
<https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Uchino, B. N. (2009b). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspectives On Psychological Science*, 4(3), 236-255.  
<https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>
- World Health Organization (2002). Active ageing : a policy framework. World Health Organization. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/67215>
- World Health Organization: WHO. (2025, 8 octubre). *Mental health of older adults*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Health Organization (2015). *World Report on Ageing and Health*.  
<https://iris.who.int/handle/10665/186463>
- Yesavage, J. A., y Sheikh, J. I. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1–2), 165–173.  
<https://doi.org/10.1300/J018v05n01>
- Zavala, M. A. (2014). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23–29.  
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- Zhu, D., Mahmud, A. A., y Liu, W. (2023). Social connections and participation among people with mild cognitive impairment: barriers and recommendations. *Frontiers In Psychiatry*, 14, 1188887. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1188887>

## Anexos

### Matriz de resultados

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1WTqjAN9RXrhEuGgjMBo5hf6AL61M-58m/edit?usp=drivesdkyouid=115870450485088723476yrtpof=trueysd=true>