

Soledad, costo de la vulnerabilidad económica en adultos mayores mexicanos**Loneliness, the cost of economic vulnerability in older Mexican adults****Recibido:** 10 de diciembre de 2025**Aceptado:** 7 de abril de 2026**Publicado:** 23 de mayo de 2026

María Montero-López Lena¹, Fernanda Morales-Aguilar², Luz Palapa-Quijas²
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Se documenta el impacto de la vulnerabilidad económica sobre la frecuencia de la experiencia de soledad en adultos mayores mexicanos. Se consideró una muestra de 504 personas pensionadas que pertenecen a uno de los sistemas de salud más extensos que atienden a empleados de gobierno y servicio público en México. Se describe de manera sistemática y rigurosa el método seguido para obtener los datos en campo y se concluye sobre la importancia de la soledad como un costo soslayado vinculado a la vulnerabilidad económica que padecen las personas mayores en México.

Palabras clave: soledad, vulnerabilidad económica, adultos mayores

Abstract

This study documents the impact of economic vulnerability on the frequency of loneliness experienced by older Mexican adults. A sample of 504 retired individuals belonging to one of the largest healthcare systems serving government and public service employees in Mexico was considered. The methodology used to obtain the data in the field is described systematically and rigorously, and the study concludes that loneliness is an overlooked cost linked to the economic vulnerability experienced by older adults in Mexico.

Keywords: loneliness, economic vulnerability, older adults

¹ Comenzó su carrera como miembro de la planta docente de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en 1978. Cuenta con formación académica de tres maestrías correspondientes a las áreas de Psicología Ambiental, Terapia Individual y de Pareja y Psicología Experimental, por la cual la UNAM la distinguió otorgándole la medalla “Gabino Barreda”. Al término de sus estudios doctorales realizó una estancia Posdoctoral en la Universidad de California, Irvine de 1999 al 2000. La correspondencia relacionada con este artículo debe ser dirigida a: monterol@unam.mx. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9109-381X>.

² Adscritas a la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. División de Estudios de Posgrado e Investigación.

La vulnerabilidad es entendida como el riesgo o susceptibilidad que tiene una persona, colectivo o sociedad de ser afectado por una amenaza (Araujo, 2015) o evento externo en un lapso de tiempo (Portillo-Riascos, 2020) y puede expresarse por el impacto generalmente negativo sobre su bienestar físico, moral, psicológico o material (Orozco & González, 2021).

Es factible identificar dos niveles de vulnerabilidad económica: (1) social, hace referencia a la incapacidad que tiene un país para hacer frente a crisis y fluctuaciones económicas, y (2) familiar o personal, que alude a la precariedad originada por diversas situaciones como la crisis de salud y dependencia que padece algún miembro de la familia (Orozco & González, 2021). En los adultos mayores, la vulnerabilidad económica se ve reflejada en menos oportunidades laborales, un salario bajo, discriminación para obtener un crédito bancario y el acceso a pensiones o apoyos gubernamentales (Orozco & González, 2021).

Los impactos económicos mundiales, nacionales y locales aumentan el riesgo de las comunidades y de las personas, especialmente las mayores, para encontrarse en situación de vulnerabilidad económica, repercutiendo en la pérdida de bienestar y la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas. En el último reporte del CONEVAL (2023a) se evidencia un descenso en el porcentaje de personas en situación de pobreza al pasar de 41.9% a 36.3% entre los años 2016 y 2022 respectivamente; en tanto que en la pobreza moderada, se muestra un descenso de 6.7 puntos porcentuales. Por último, en lo que respecta a la pobreza extrema los porcentajes se mantuvieron al tener desde el 2016 al 2022, 7.2% y 7.1% respectivamente.

Al hacer el desglose por bienestar económico y carencias sociales, la población mexicana presentó una disminución en la cantidad de personas que no cuentan con un

ingreso para satisfacer sus necesidades básicas. Es de llamar la atención que a pesar de observar una disminución en general en los rubros de medición de la pobreza multidimensional, la carencia que presentó el mayor incremento fue la de acceso a los servicios de salud al pasar de 15.6% al 39.1% entre 2016 y 2022 respectivamente (CONEVAL, 2023a). Este aumento refleja la mala atención y el cuidado de las personas mayores con alguna enfermedad física y empeora el acercamiento de la gente para atender su salud mental.

La vulnerabilidad económica que sufren las personas adultas mayores en México es uno de los mayores obstáculos para alcanzar un envejecimiento digno y seguro, debido a su limitada participación en el mercado laboral y su limitado acceso a la protección social. En la mayoría de los casos, las personas adultas mayores que viven con su familia dependen del ingreso del jefe de familia, de su pensión de seguridad social y de los programas de apoyo social que el gobierno les otorga (Barrera et al., 2021). Dichos ingresos, en ocasiones, son limitados y se reducen más si la persona adulta mayor padece alguna enfermedad crónica.

El CONEVAL (2023b) analizó la situación de vulnerabilidad económica que afronta la población de 65 años o más en México y destaca que en el 2022 más de una tercera parte de la población de este grupo etario se encontraba en situación de vulnerabilidad económica, siendo las mujeres quienes presentaron mayor vulnerabilidad (31.6%) en comparación con los hombres (30.5%).

Por otra parte, la soledad es un fenómeno complejo que contiene aspectos psicológicos y sociales, que se ha estudiado con mayor frecuencia en los últimos años. En algunos países este fenómeno se considera ya como urgente de atención dentro de las políticas públicas. La experiencia solitaria ha adquirido tal relevancia que en el Reino

Unido se instauró el Ministerio de la soledad en 2018 y fue publicado el documento *A connected society: a strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change* (United Kingdom Government, 2018), en el que se describe la estrategia para contrarrestar el porcentaje de la gente que experimenta soledad, sobre todo en las personas adultas mayores.

En Japón, ante el aumento de suicidios por pobreza derivados de la pandemia COVID-19, y el incremento de casos hikikomori (personas que se aíslan de la sociedad), el primer ministro japonés Yoshihide Suga designó a Tetsushi Sakamoto, como ministro de la soledad en su gobierno (Osaki, 2021), su misión fue prevenir los suicidios y atender el problema de la soledad en la población e investigar su impacto.

En la literatura especializada en torno a la soledad, se suele asociar el concepto de soledad con el de aislamiento social. La soledad es entendida como un sentimiento subjetivo lacerante o de dolor social que resulta de un desequilibrio entre las conexiones sociales reales y las deseadas (Cacioppo, et al., 2014; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020), mientras que el aislamiento social es el estado objetivo de tener pocas relaciones sociales o escaso contacto social frecuente con otros (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020).

Al respecto, Montero (1999) definió la soledad como “un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas reales o percibidas, que tienen un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del sujeto” (p. 11). En la experiencia de soledad se involucran diversos aspectos de personalidad, dificultades en la manifestación de habilidades conductuales y de interacción social (Montero & Sánchez-Sosa, 2001) que pueden resultar en consecuencias negativas sobre la salud mental, física y social de las personas que la experimentan. De

acuerdo con la OMS (2023a) el 25% de las personas adultas mayores se encuentran en soledad y aislamiento social, dicha situación puede favorecer diversas afecciones tanto de salud mental como físicas, a la experiencia solitaria se le ha asociado con un aumento del 29% de sufrir enfermedades cardíacas como infarto coronario y un 32% en riesgo de accidentes cardiovasculares (Valtorta et al., 2016) accidentes cerebrovasculares, deterioro cognitivo (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020), así como altos niveles de colesterol y diabetes (Leigh-Hunt et al., 2017).

La soledad tiene diferentes significados para cada grupo de edad, mientras que para las personas jóvenes la soledad se relaciona con depresión, tristeza, amargura; para las personas adultas se asocia con componentes positivos como tranquilidad, reflexión y paz (Montero, 2003). La experiencia de soledad se presenta con mayor frecuencia en personas jóvenes y en personas adultas mayores (Yang & Victor, 2011; Lasgaard et al., 2016), aunque se ha demostrado que después de los 75 años hay un aumento en la frecuencia e intensidad en los sentimientos de soledad (Hawkley et al., 2019).

De acuerdo con Domènech-Abella y colegas (2017) los adultos mayores pobres presentan menos probabilidades de sentirse solos en comparación con los más jóvenes, mientras que entre las personas estables económicamente no se reportaron diferencias en la soledad por edad. En otros estudios se ha documentado que la situación socioeconómica (Cardona et al., 2013), el estado civil (Cardona et al., 2015) y el nivel educativo de los adultos mayores (Cardona et al., 2013; Theeke, 2009) son factores asociados con la soledad.

Con base en los resultados controversiales que reporta la literatura especializada, en este estudio se buscó aportar evidencia sobre el impacto que la vulnerabilidad económica podría ejercer sobre la experiencia solitaria que manifestaron específicamente las personas

adultas mayores. Para tal fin, se desarrolló un estudio de campo transversal con un diseño de grupos independientes en donde la variable control fue el nivel de pobreza en tanto que la variable dependiente fue la frecuencia de soledad. Cabe mencionar que los datos que aquí se reportan solo dan cuenta de la comparación referida, aunque se cuenta con una base de datos mayor que contiene tanto datos sociodemográficos, psicológicos y neuropsicológicos. Este estudio se derivó de un programa de investigación mayor que fue financiado por la UNAM, a través del proyecto PAPIIT IN308816 “Pobreza como dolor social, su impacto en la salud física y mental” (Montero, 2016).

Método

Participantes

La muestra total del proyecto PAPIIT- IN308816 fue de 910 participantes. A fin de tener grupos comparables, de dicha muestra se extrajeron los datos de 504 adultos mayores (252 mujeres y 252 hombres) entre los 60 y los 97 años ($\bar{x}$ = 74.2 años, D.E.= 7.46 años) derechohabientes de 11 unidades de medicina familiar del Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de la zona sur de la Ciudad de México.

Instrumentos

(1) El Inventario Multifacético de Soledad IMSOL-AM (Montero & Rivera, 2009), evalúa la frecuencia de la experiencia solitaria en adultos mayores, consta de 20 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos (0 nunca, 1 casi nunca, 2 algunas veces, 3 la mayor parte del tiempo y 4 todo el tiempo) donde a mayor puntaje mayor soledad. La confiabilidad de la escala total es $\alpha = .95$ con dos subescalas: Alienación familiar ($\alpha = .93$) e Insatisfacción personal ($\alpha = .89$).

(2) Un cuestionario para medir el nivel de vulnerabilidad económica basado en variables propuestas por el CONEVAL para la medición multidimensional de la pobreza.

Dichos indicadores son:

1. Infraestructura de la vivienda: Si el hogar cuenta con servicios básicos como agua, energía y drenaje. Se consideró indicador de vulnerabilidad al tener una o más ausencias de los servicios básicos.
2. Calidad de la vivienda: Materiales usados en la construcción de la vivienda, por ejemplo: piso de cemento, paredes y techo de materiales durables. Se consideró indicador de vulnerabilidad si había una o más ausencias, se consideraba como vulnerabilidad.
3. Equipamiento de la vivienda: Enseres con los que cuenta la vivienda (sanitario, gas, teléfono, televisión, estéreo y automóvil). Se consideró indicador de vulnerabilidad si había ausencia de dos o más elementos.
4. Tecnología de la información: se consideraba como indicador de vulnerabilidad económica si no se contaba con computadora en la vivienda.
5. Educación: Se evaluó el grado de escolaridad alcanzado por el participante. Se consideraron once niveles: (1) sin estudios (2) Primaria incompleta, (3) Primaria completa, (4) Secundaria incompleta, (5) Secundaria completa, (6) Preparatoria o carrera técnica incompleta, (7) Preparatoria o carrera técnica completa, (8) Licenciatura incompleta, (9) Licenciatura completa, (10) Posgrado incompleto, (11) Posgrado completo. Si el participante tenía una educación menor a secundaria incompleta, se consideró como indicador de vulnerabilidad económica
6. Ingreso mensual: Se consideró indicador de vulnerabilidad económica si el participante informaba que percibía menos de 4 salarios mínimos.

Con base en la cantidad de indicadores de vulnerabilidad económica se conformaron dos grupos: “No vulnerabilidad económica”, cuando se identificaban de 0 a 1 ausencias de indicadores y “vulnerabilidad económica”, cuando se identificaba la ausencia de 2 a 6 indicadores.

Procedimiento

El proyecto de investigación general fue presentado y aprobado por el Departamento de Investigación de la Dirección Normativa en Salud del ISSSTE y por Comité de ética del ISSSTE Zona Sur, con lo cual se obtuvo el acceso a las 11 unidades gerontológicas de la zona referida.

La capacitación del personal de las once clínicas participantes se llevó a cabo en 14 sesiones. Se capacitaron a 85 personas trabajadoras del sector salud, de las cuales solo 33 fueron acreditadas para fungir como aplicadores en este estudio. Los profesionales que acreditaron la capacitación como aplicadores fueron: pasantes de enfermería ($n = 12$), médicos ($n = 8$), enfermeros(as) ($n = 7$), trabajadores sociales ($n = 3$), psicólogos ($n = 2$) y activadores físicos ($n = 1$).

Una vez que se contó con el equipo de aplicadores capacitados, se invitó a los adultos mayores a participar en el estudio a través de los médicos y personal de los Módulos Gerontológicos. Se concertó una cita entre el personal capacitado y los adultos mayores interesados en participar. Al inicio de la cita se les explicaba, a los adultos mayores los objetivos de la investigación, el tiempo aproximado que duraría la sesión, una vez que accedían a participar, se les presentaba el consentimiento informado por escrito para su firma.

La aplicación de las pruebas estaba dividida en dos sesiones individuales de 60 minutos para evitar el agotamiento. En escasas ocasiones las sesiones se extendían, a

petición de los participantes, pues se extendían en la interacción con los aplicadores. Al finalizar la aplicación de los instrumentos se les agradecía su participación.

En la primera sesión se aplicaba un cuestionario para recabar datos sociodemográficos y de la historia clínica a partir del cual se identificaba el nivel de pobreza que presentaba cada participante y también se aplicaba el IMSOL-AM, así como otros cuestionarios psicológicos. En la segunda sesión se les aplicaban los instrumentos de desarrollo neuropsicológico. Dichos resultados no se incluyen en este artículo pues rebasan el objetivo aquí propuesto. El periodo de recolección de datos en campo duró seis meses.

Resultados

La mayoría de los participantes estaban casados (55.2%) seguido de las personas que eran viudas, siendo las mujeres (n=106) quienes se encontraban en dicha situación. Con respecto a la escolaridad el 19% estudiaron una licenciatura, mientras que el 16.9% solamente llegó a primaria.

En su mayoría los adultos mayores entrevistados eran pensionados, se encontraban viviendo con su familia y aportaban al gasto familiar; sin embargo, el 10.3% tenía la necesidad de trabajar para poder mantenerse. La enfermedad más frecuente entre los participantes fue la hipertensión. En la Tabla 1 se puede evidenciar a detalle las características de las personas mayores encuestadas.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes

Estado civil	Mujer (n = 252)	Hombre (n = 252)	Porcentaje (%)
Casado(a) o viviendo con alguien en una relación comprometida	91	187	55.2
Separado(a)	31	16	9.3
Viudo(a)	106	39	28.8

Soltero(a)	23	9	6.3
Con pareja viviendo separados	1	1	.4
Escolaridad			
Sin estudios	10	7	3.4
Primaria incompleta	33	32	12.9
Primaria completa	35	53	16.9
Secundaria incompleta	10	12	4.4
Secundaria completa	30	43	14.5
Preparatoria o carrera técnica incompleta	13	8	4.2
Preparatoria o carrera técnica completa	51	32	16.5
Licenciatura incompleta	10	13	4.6
Licenciatura completa	39	57	19
Posgrado incompleto	2	1	.6
Posgrado completo	6	10	3.2
Situación laboral			
No trabaja y su familia lo apoya	65	27	18.2
Es pensionado(a), vive con su familia y aporta al gasto familiar	129	148	54.9
Es pensionado y vive independiente de su familia	46	36	16.2
Trabaja de manera remunerada	11	41	10.3

Para evaluar la soledad, se calculó la media de los puntajes totales de la muestra y se realizó una prueba t de student para muestras independientes. En la tabla 2, se aprecian los resultados.

Tabla 2

Comparación de soledad por condición de vulnerabilidad

Grupo de vulnerabilidad	N	$\bar{x}$	DE	t	gl	p
Vulnerable	252	.915	.933	-2.797	466	.005
NO Vulnerable	252	.709	.703			

Los adultos mayores que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica presentaron mayores sentimientos de soledad. En el grupo de vulnerabilidad económica, no

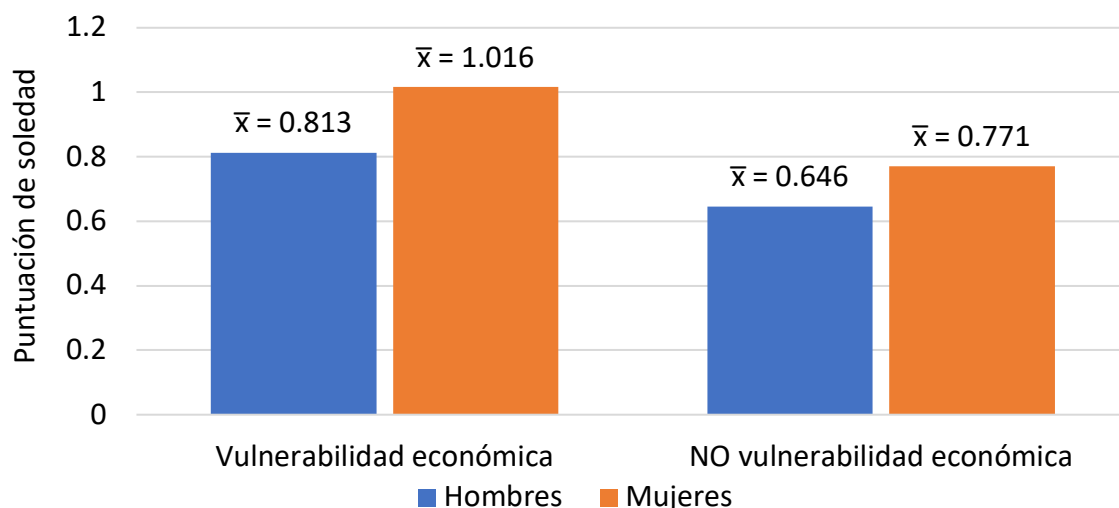
se encontraron diferencias significativas, sin embargo, cabe señalar que las puntuaciones de los hombres fueron menores ($\bar{x}=.813$; D.E.= .870) en comparación con las mujeres vulnerables ($\bar{x}= 1.016$; D.E.=.986) ($t=-1.413$, gl 250 $p= .159$). Tendencia que ratifica la mayor propensión de la mujer a referir experiencias de soledad.

En cuanto al grupo no vulnerable, tampoco se encontraron diferencias significativas en soledad, y se mantuvo la tendencia en los hombres de presentar menores puntuaciones ($\bar{x}=.646$; D.E.=.672), en comparación con las mujeres no vulnerables ($\bar{x}=.771$; D.E.=.731) ($t=-1.731$, gl 250; $p = .085$).

A pesar de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ambos grupos de vulnerabilidad económica, se muestra que hay una tendencia a que se presente un mayor puntaje de soledad en las mujeres en comparación con los hombres, tal como se muestra en la figura 1.

Figura 1

Gráfica Diferencias en soledad por sexo y vulnerabilidad



Al realizar la comparación por edad, en el grupo de vulnerabilidad económica no se encontraron diferencias significativas en la distribución de soledad reportada ($t=-.017$; gl

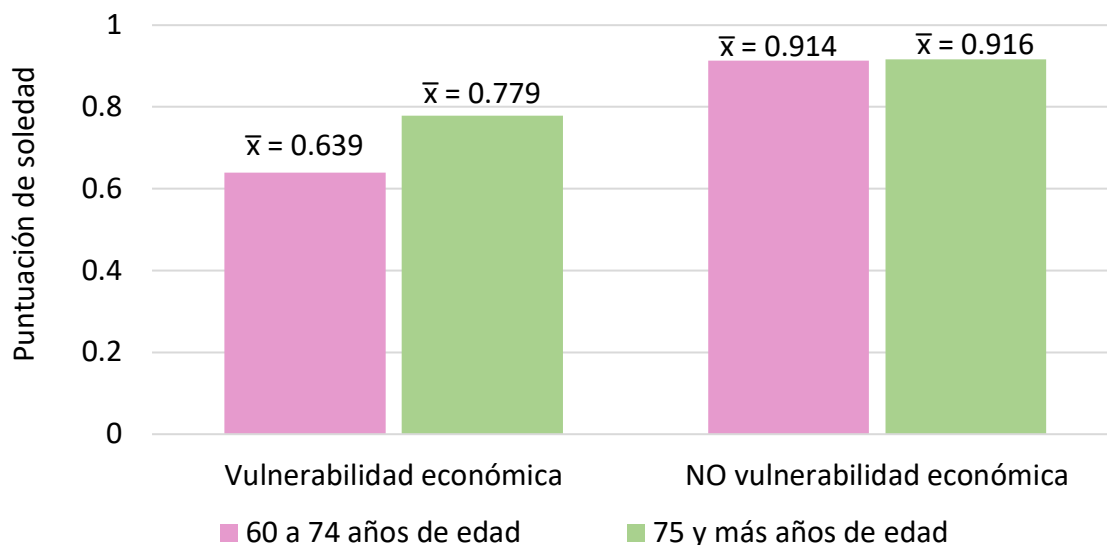
250; $p=.987$), debido a que los adultos mayores vulnerables de 60 a 74 años ($\bar{x}=.914$; D.E.=.905) y los adultos de 75 o más años vulnerables ($\bar{x}=.916$; D.E.=.964) presentaron puntuaciones similares en este indicador.

Al igual que en el grupo en situación de vulnerabilidad económica, en el grupo de adultos mayores no vulnerables no se encontraron diferencias significativas respecto a la soledad ($t=-1.576$; gl 250; $p=.116$), los adultos mayores no vulnerables de 60 a 74 años ($\bar{x}=.639$; D.E.=.676) tuvieron menor puntuación en comparación con los adultos de 75 o más años no vulnerables ($\bar{x}=.779$; D.E.=.725).

Aunque no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos, existe una tendencia en los adultos mayores de 75 años a presentar con mayor frecuencia sentimientos de soledad, como se puede observar en la figura 2.

Figura 2

Gráfica Diferencias en soledad por grupo de edad y vulnerabilidad económica



Discusión

De acuerdo con los datos obtenidos se avala parcialmente la hipótesis planteada, esto es la soledad se experimenta con mayor frecuencia en los adultos mayores que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica, dichos datos concuerdan con lo encontrado por Cardona y colegas (2013), quienes señalan que bajos recursos económicos dificultan alcanzar un nivel óptimo de calidad de vida.

En relación con el análisis de las diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de frecuencia de soledad en función del sexo y el grupo de edad en situación de vulnerabilidad económica, los resultados son congruentes con lo reportado por Pinquart y Sorensen (2001) y Beal (2006) quienes encontraron que las mujeres son las que presentan con mayor frecuencia sentimientos de soledad. En esta investigación se demostró que la situación de vulnerabilidad económica es un factor para que las mujeres adultas mayores puntúen más alto en soledad. Dicha situación puede deberse a que las mujeres mayores no son activas económicamente (INEGI, 2019) y la situación de viudez en la que viven la mayoría de ellas.

Con respecto a la edad, las personas adultas mayores de 75 años en vulnerabilidad económica son más propensas a presentar mayores puntuaciones de soledad, esto es ratificado con lo encontrado por Hawkley y colegas (2019). Los adultos mayores tienen menos oportunidades para tener un ingreso propio lo que hace que tengan que depender económicamente de su familia y eso puede facilitar sentimientos de fragilidad social y por ello hace que no tengan la oportunidad de fortalecer sus relaciones sociales y un poco participación en actividades comunitarias.

En resumen, este estudio aporta tres evidencias relevantes: (1) Se documentó que la vulnerabilidad económica probabiliza la experiencia solitaria en personas mayores

mexicanas tanto en hombres como en mujeres. (2) La soledad se ratifica como un estresor (Montero, 1999; Montero et al., 2019) que amplifica las consecuencias perniciosas de la pobreza y que puede repercutir negativamente en la salud mental de quienes la padecen. (3) La instrumentación de este estudio, es una muestra rigurosa y eficiente de la instrumentación metodológica en campo donde se documentaron los criterios de ejecución particularmente para los aplicadores, criterios que son usualmente soslayados en los artículos empíricos y que también representan una fuente de error variable para los resultados que se obtienen.

Agradecimientos

Este trabajo fue financiado por la UNAM-DGAPA a través del proyecto UNAM-PAPIIT IN303925.

Referencias

- Araujo, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿Dos conceptos concomitantes? *Revista Novedades En Población*, 11(21), 89-96.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000100007
- Barrera, M. A., Reyes, O., & Marín, L. (2021). Adultos mayores y pobreza: Efecto del incremento de la Pensión Universal en México (2018-2024). En S. De la Vega. y M. P. Mora. (Coords.), *Estudios sobre cultura y desigualdad en las regiones* (pp. 151-168). Universidad Nacional Autónoma de México.
<http://ru.iiec.unam.mx/5398/1/Volumen%20IV.pdf>
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(7), 795–813. <https://doi.org/10.1080/01612840600781196>
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., & Boomsma, D. I. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition & Emotion*, 28(1), 3–21.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379>
- Cardona, J. L., Villamil, M. M., Henao, E., & Quintero, A. (2015). Variables asociadas con el sentimiento de soledad en adultos que asisten a programas de la tercera edad del municipio de Medellín. *Medicina Universidad Pontificia Bolivariana*, 34(2), 102–114. <https://doi.org/10.18566/medupb.v34n2.a03>
- Cardona, J. L., Villamil, M. M., Henao, E., & Quintero, A. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina Universidad Pontificia Bolivariana*, 32(1), 9-19.
<https://www.redalyc.org/pdf/1590/159029099002.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2023a, 10 de agosto). *Comunicado de prensa 7. El CONEVAL presenta las estimaciones de pobreza multidimensional 2022*.

https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2023/Comunicado_07_Medicion_Pobreza_2022.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2023b).

Resumen Ejecutivo Medición de pobreza.

https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2022/Pobreza_multidimensional_2022.pdf

Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L.

A., Ayuso-Mateos, J. L., Mundó, J., & Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 381–390. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>

Hawkley, L. C., Wroblewski, K., Kaiser, T., Luhmann, M., & Schumm, L. P. (2019). Are

U.S. older adults getting lonelier? Age, period, and cohort differences. *Psychology and Aging*, 34(8), 1144–1157. <https://doi.org/10.1037/pag0000365>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2019, 30 de septiembre).

Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1° de octubre). Datos Nacionales.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_nal.pdf

Lasgaard, M., Friis, K., & Shevlin, M. (2016). “Where are all the lonely people?” A

population-based study of high-risk groups across the life span. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(10), 1373–1384. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1279-3>

Leigh-Hunt, N., Baggeley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W.

(2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of

social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171.

<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>

Montero-López Lena, M. (1999). *Soledad: Desarrollo y validación de un inventario multifacético para su medición* [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México.

<https://tesiunamdocumentos.dgb.unam.mx/pdbis/269524/Index.html>

Montero-López Lena, M., & Sánchez-Sosa, J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24(1), 19-27.

http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/841

Montero-López Lena, M. (2003). Significado psicológico de la soledad a través del ciclo vital. *Revista Mexicana de Psicología, Número especial*, 80.

Montero-López Lena, M. (2016). *Reporte técnico: Costos psicológicos de envejecer en pobreza: Propuesta de un modelo correlacional*. UNAM-DGAPA.

Montero-López Lena, M., Luna-Bazaldúa, D., & Shneidman, L. (2019). Loneliness in the elderly in Mexico, challenges to the public policies. *The Journal of Chinese Sociology*, 6(16). <https://doi.org/10.1186/s40711-019-0106-0>

Montero-López Lena, M., & Rivera-Ledesma, A. (2009). IMSOL-AM: Escala de Soledad en el Adulto Mayor. En A. L. González-Celis (Ed.), *Evaluación en psicogerontología* (pp.123-131). Manual Moderno.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the Health Care System*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023a, 20 de octubre). *Salud mental de los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Orozco, K., & González, C. (2021). Vulnerabilidad de salud y económica de los adultos mayores en México antes de la COVID-19. *Revista Novedades en Población*, 17(33), 61-84. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782021000100061#B2
- Osaki, T. (2021, 21 de febrero). *A suicide rise amid the pandemic, Japan takes steps to tackle loneliness*. The Japan Times. <https://www.japantimes.co.jp/news/2021/02/21/national/japan-tackles-loneliness/>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. <https://doi.org/10.1207/153248301753225702>
- Portillo-Riascos, L. (2020). El concepto de vulnerabilidad macroeconómica. Una revisión de la literatura. *Sociedad y Economía*, 40, 99-118. <https://doi.org/10.25100/sye.v0i40.8020>
- Theeke, L. A. (2009). Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(5), 387-396. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2008.11.002>
- United Kingdom Government (2018). *A connected society: A strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change*. Her Majesty's Government. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/936725/6.4882_DCMS_Loneliness_Strategy_web_Update_V2.pdf
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic

review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart (British Cardiac Society)*, 102(13), 1009–1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>

Yang, K., & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31(8), 1368-1388. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>