

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Aislamiento social y soledad no deseada en adultos mayores a 60 años en la
Política Nacional Multisectorial de las Personas Adultas Mayores (PNMPAM)

Trabajo de Suficiencia Profesional para obtener el título profesional de Licenciada en
Ciencia Política y Gobierno presentado por:

Varas Huapaya, Paula Estefanía

Asesor(es):

Zegarra García, Lady Claudia Alicia


Lima, 2025

Informe de Similitud

Yo, Zegarra Garcia, Lady Claudia Alicia, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado Aislamiento social y soledad no deseada en adultos mayores a 60 años en la Política Nacional Multisectorial de las Personas Adultas Mayores (PNMPAM) del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Varas Huapaya, Paula Estefania dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 24%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 06/06/25.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

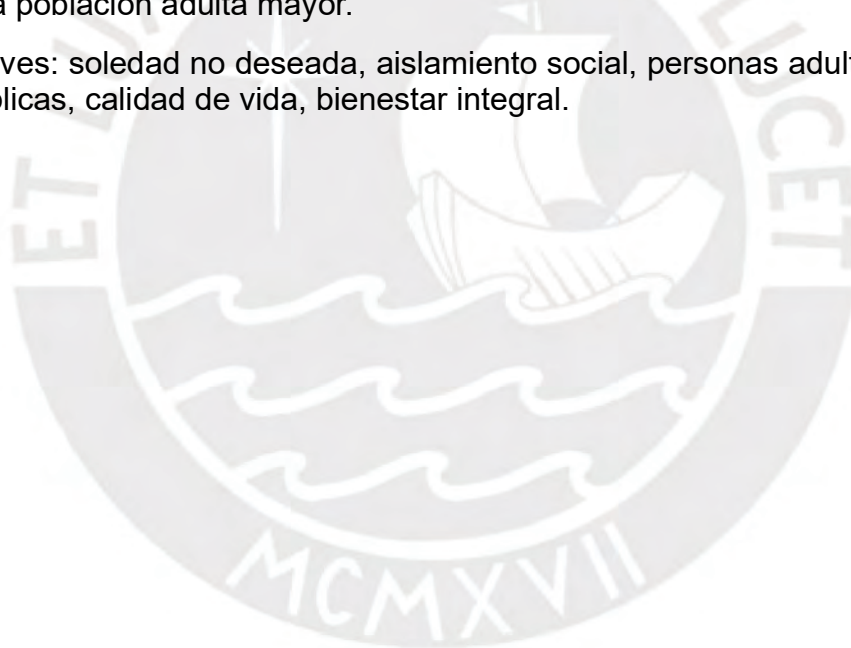
Lugar y fecha: Lima, 09 de Junio del 2025

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Zegarra Garcia, Lady Claudia Alicia</u>	
DNI: 42361923	 Firma
ORCID: 0009-0003-3976-3734	

Resumen

El objetivo de la presente investigación es evaluar la incorporación de las problemáticas del aislamiento social y la soledad no deseada en la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores (PNMPAM) del Perú, con el propósito de contribuir a la mejora de su calidad de vida y garantizar su bienestar integral. La metodología se basó en una revisión sistemática de literatura científica, a partir de la cual se identificaron cuatro (04) grupos de factores de riesgo asociados: i) sociodemográficos; ii) salud física y mental; iii) económicos; y iv) ambientales o del entorno. Los resultados evidencian que las personas adultas mayores que viven solas, residen en áreas rurales y son mujeres mayores de 60 años, viudas o solteras, con bajo nivel educativo, en situación de pobreza, con discapacidad o pertenecientes a minorías étnicas, enfrentan un mayor riesgo de aislamiento social y soledad no deseada. Estas condiciones estructurales, sumadas a la falta de redes de apoyo, incrementan significativamente su vulnerabilidad, afectando su bienestar físico, emocional y social. La investigación propone incorporar al árbol de problemas de la política ocho (08) causas indirectas que reflejan estos factores estructurales, así como un nuevo efecto: aislamiento y soledad no deseada en personas adultas mayores. En conclusión, visibilizar e incorporar estas problemáticas permitiría garantizar un envejecimiento digno, reducir desigualdades estructurales y promover el bienestar integral de la población adulta mayor.

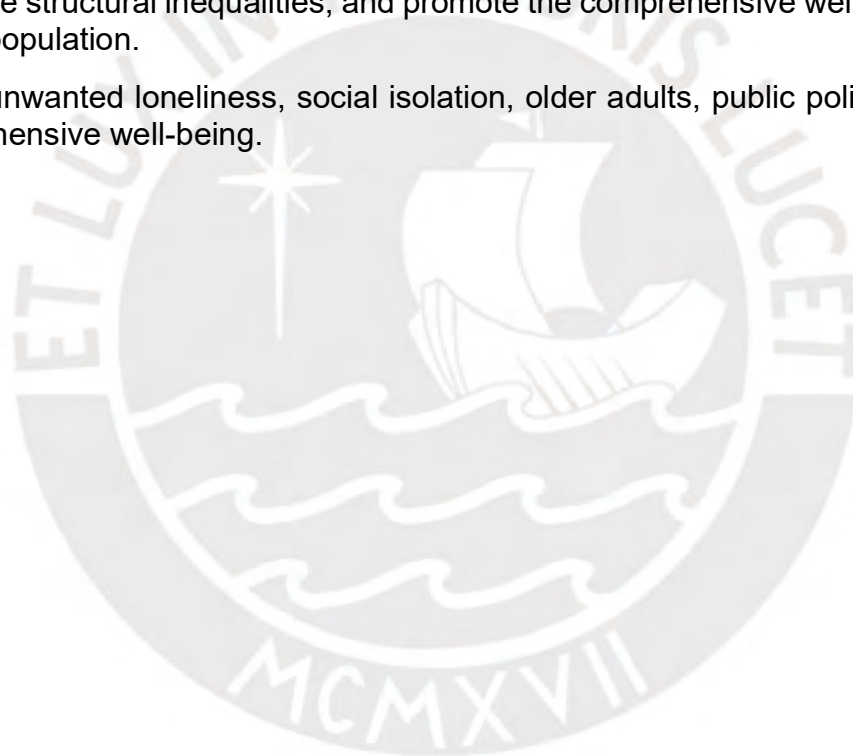
Palabras claves: soledad no deseada, aislamiento social, personas adultas mayores, políticas públicas, calidad de vida, bienestar integral.



Abstract

The objective of this research is to assess the integration of social isolation and unwanted loneliness into Peru's Multisectoral National Policy for Older Adults (PNMPAM), with the aim of improving their quality of life and ensuring their overall well-being. The methodology was based on a systematic review of scientific literature, which identified four (04) groups of associated risk factors: i) sociodemographic; ii) physical and mental health; iii) economic; and iv) environmental or contextual. Findings indicate that older adults who live alone, reside in rural areas, and are women over the age of 60—widowed or single, with low educational attainment, living in poverty, with disabilities, or belonging to ethnic minorities—face a higher risk of social isolation and unwanted loneliness. These structural conditions, compounded by a lack of support networks, significantly increase their vulnerability and negatively affect their physical, emotional, and social well-being. The study proposes incorporating into the PNMPAM's problem tree eight (08) indirect causes reflecting these structural and social factors, as well as a new effect: social isolation and unwanted loneliness among older adults. In conclusion, addressing and integrating these issues is essential to ensure dignified aging, reduce structural inequalities, and promote the comprehensive well-being of the older adult population.

Keywords: unwanted loneliness, social isolation, older adults, public policy, quality of life, comprehensive well-being.



Índice

Introducción	1
Capítulo 1. Marco Teórico.....	4
1.1. Marco Normativo Internacional sobre las Personas Adultas Mayores.....	4
1.2. Marco Normativo Nacional sobre las Personas Adultas Mayores	6
1.3. Aproximación a las Políticas Públicas y Políticas Sociales	7
1.3.1. Análisis y Evaluación de Políticas Públicas: Enfoque Top-Down	9
1.3.2. Retroalimentación y Prospectiva en Políticas Públicas.....	9
1.3.3. Políticas Sociales en Países en Desarrollo.....	10
1.3.4. Importancia de las Políticas Sociales en el Envejecimiento.....	12
1.3.5. Crítica a la Política Social.....	12
1.4. Envejecimiento y Envejecimiento Saludable.....	13
1.5. Edadismo	15
1.6. Aislamiento Social y Soledad No Deseada	15
1.7. Capital Social como Recurso para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores ante el Aislamiento Social y la Soledad No Deseada	16
Capítulo 2. Metodología de Investigación.....	18
2.1. Pregunta de Investigación	18
2.2. Objetivo General	18
2.3. Objetivos Específicos	18
2.4. Justificación.....	18
2.5. Métodos	20
2.5.1. Estrategia de Búsqueda	21
2.5.2. Criterios de Inclusión y Exclusión	21
2.5.2.1. Criterios de Inclusión	21
2.5.2.2. Criterios de Exclusión	22
2.5.3. Selección y Extracción de Datos	22
2.6. Resultados	23
2.6.1. Selección de Estudios	23
2.6.2. Características y Calidad del Estudio	24
2.7. Descripción de los Resultados	25
2.7.1. Relación entre Aislamiento Social, Soledad No Deseada y Bienestar	25
2.7.2. Factores de Riesgo del Aislamiento Social y Soledad No Deseada.....	29
2.7.3. Intervenciones que Contribuyen a Mitigar el Aislamiento Social y Soledad No Deseada.....	32
Capítulo 3. Análisis del Aislamiento Social y Soledad No Deseada para su Inclusión en la PNMPAM al 2030	36
3.1. Factores de Riesgo Asociados a la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en Adultos Mayores en el Perú	36
3.1.1. Factores Sociodemográficos	38
3.1.2. Factores de Salud y Salud Mental.....	42
3.1.3. Factores Económicos.....	44
3.1.4. Factores Ambientales/del Entorno.....	46
3.2. Soledad No Deseada y Aislamiento Social en las Causas y Efectos de la PNMPAM al 2030.....	50
3.2.1. Análisis de la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en las Causas de la PNMPAM al 2030.....	51
3.2.1.1. Vulneración del Derecho al Buen Trato	51
3.2.1.2. Inadecuado Cuidado para las Personas Adultas Mayores	53
3.2.1.3. Inadecuado Sistema de Salud para las Personas Adultas Mayores	55

3.2.1.4. Sistema Previsional No Sostenible	56
3.2.1.5. Inadecuado Sistema Educativo en Beneficio de las Personas Adultas Mayores.....	59
3.2.1.6. Exclusión en los Espacios de Participación Social y Productiva	60
3.2.2. Visibilización de la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en las Causas de la PNMPAM.....	64
3.2.2.1. Causa Indirecta: Reducida Conciliación del Trabajo y los Cuidados Familiares.....	64
3.2.2.2. Causa Indirecta: Baja Prioridad de la Salud Mental en la Atención Primaria de Salud.....	67
3.2.2.3. Causa Indirecta: Reducidas Condiciones para Ofrecer Pensiones Sostenibles y Adecuadas.....	69
3.2.2.4. Causa Indirecta: Falta de Programas Educativos Intergeneracionales	73
3.2.2.5. Causa Indirecta: Persistencia de Barreras de Acceso a Espacios de Participación Ciudadana y Representación	75
3.2.2.6. Causa Indirecta: Persistencia de Barreras para la Participación en el Mercado Laboral Formal y Acceso a Trabajo Digno	77
3.2.2.7. Causa Indirecta: Deficiente Infraestructura para Movilidad en el Espacio Público.....	80
3.2.2.8. Causa Indirecta: Desconexión de la Sociedad Digital	82
3.2.3. Análisis de la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en los Efectos de la PNMPAM al 2030.....	85
3.2.3.1. Vulnerabilidad ante la Pobreza	85
3.2.3.2. Alta Incidencia de Enfermedades Crónicas y Discapacidad.....	87
3.2.3.3. Alta Prevalencia de Trastornos Mentales que Limita el Ejercicio de la Autonomía.....	88
3.2.4. Visibilización de la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en los Efectos de la PNMPAM.....	89
3.2.5. Enfoques Transversales para la PNMPAM	92
3.2.5.1. Enfoque de Derechos Humanos	92
3.2.5.2. Enfoque Gerontológico	93
3.2.5.3. Enfoque de Curso de Vida	95
3.2.5.4. Enfoque Intergeneracional.....	96
3.2.5.5. Enfoque de Género	98
3.2.5.6. Enfoque Intercultural	100
3.2.5.7. Enfoque Territorial	102
3.2.5.8. Enfoque Interseccional	104
3.2.5.9. Enfoque de Discapacidad.....	106
Conclusiones de la Investigación	108
Perspectiva Futura de la Política Pública	110
Recomendaciones de Política Pública para la actualización de la PNMPAM	111
Investigaciones Complementarias: Problemática Relacionada al Envejecimiento Poblacional en el Perú	113
Referencias Bibliográficas	115
Anexos	132
Anexo A: Estudios sobre la Relación entre Soledad No Deseada, Aislamiento Social y Bienestar en Personas Adultas Mayores	132
Anexo B: Estudios sobre Factores de Riesgo de la Soledad No Deseada y Aislamiento Social Personas Adultas Mayores.....	137

Anexo C: Estudios sobre Intervenciones para Mitigar la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en Personas Adultas Mayores 142



Índice de tablas

Tabla 1 Pilares del Envejecimiento Activo y Saludable	14
Tabla 2 Agrupación de Variables de Factores Asociados e Intervenciones para Mitigar la Soledad y Aislamiento Social en PAM, a partir de la revisión de literatura sistemática	37
Tabla 3 Variables Dependientes e Independientes de Estudios que Evidencian la Relación entre Soledad No Deseada, Aislamiento Social y Bienestar en la Población Adulta Mayor (n = 18).....	132
Tabla 4 Variables Dependientes e Independientes de los Factores de Riesgo de la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en la Población Adulta Mayor (n = 15)..	137
Tabla 5 Variables que Evidencian las Intervenciones para Mitigar la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en la Población Adulta Mayor (n = 8)	142



Índice de figuras

Figura 1 Diagrama de Flujo de Revisión Sistemática de Literatura.....24
Figura 2 Pirámide de población peruana en 202438



Introducción

El envejecimiento poblacional es uno de los mayores logros de la humanidad, pero también representa uno de sus principales desafíos, especialmente en América Latina. En el Perú, este proceso demográfico ha cobrado gran relevancia: mientras que en 2010 las personas mayores de 60 años representaban el 9% de la población, para 2023 esta cifra ascendió al 13.6% y se proyecta que alcanzará el 16.1% en 2030 (MIMP, 2023a; El Peruano, 2023a). Este crecimiento, junto con una fecundidad que ha disminuido a 2.0 hijos por mujer (CEPAL, 2023), sitúa al Perú en un escenario de envejecimiento moderado-avanzado, lo que plantea retos estructurales para las políticas públicas.

En este contexto, dos problemáticas emergen con particular urgencia: el aislamiento social y la soledad no deseada. Estos fenómenos, aunque silenciosos, afectan profundamente el bienestar físico, mental y emocional de las personas adultas mayores, al incrementar el riesgo de enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, depresión y mortalidad (OMS, 2020; Teater et al., 2021; Tani et al., 2022; Dahlberg et al., 2022). Su origen es multifactorial: se relacionan con variables sociodemográficas, condiciones de salud física y mental, situación económica, barreras ambientales y falta de redes de apoyo. Sin embargo, en el Perú, la investigación específica sigue relacionada con personas mayores a 60 años sigue siendo subestudiada.

La investigación evidencia que las personas adultas mayores que viven solas, que residen en áreas rurales y que son mujeres mayores de 60 años, viudas o solteras, con bajo nivel educativo, en situación de pobreza, discapacidad o pertenecientes a minorías étnicas enfrentan mayor riesgo al aislamiento social y soledad no deseada. Este perfil no solo refleja una acumulación de desventajas estructurales, sino también la falta de medidas públicas que respondan a sus necesidades específicas. El análisis situacional revela que estas condiciones se ven agravadas por factores estructurales como la debilidad de la infraestructura pública, la escasa cobertura de servicios básicos, la desigualdad territorial y la falta de articulación intersectorial.

A pesar de la existencia de programas sociales como Pensión 65 o Saberes Productivos, no existe una estrategia nacional centrada explícitamente en mitigar la soledad no deseada o el aislamiento social. Además, la brecha digital y la exclusión

de esta población de los procesos de participación política o comunitaria refuerzan su desconexión y marginación.

En ese marco, la presente investigación se centra en evaluar en qué medida la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030 (PNMPAM) ha integrado estas problemáticas como parte del problema público. Aunque esta política reconoce algunos determinantes del bienestar emocional y la participación social, no aborda de manera explícita ni el aislamiento social ni la soledad no deseada como causas o efectos. Esta omisión limita la posibilidad de intervenir en las condiciones que afectan la calidad de vida y los derechos de las personas mayores.

Para llevar a cabo esta investigación, se adoptó una metodología cualitativa basada en tres componentes. En primer lugar, se realizó una revisión sistemática de literatura científica en bases de datos especializadas como SAGE Journals, Science Direct, Scopus, PubMed y Web of Science. Esta revisión se centró en identificar los factores de riesgo asociados al aislamiento social y la soledad no deseada en personas adultas mayores, su impacto en el bienestar físico, mental y emocional, así como las intervenciones orientadas a prevenir y mitigar dichas problemáticas.

En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis del marco normativo nacional e internacional sobre los derechos de las personas adultas mayores, con especial énfasis en la PNMPAM. Por último, se analizaron datos estadísticos nacionales y comparativos de América Latina para contextualizar la situación actual de vulnerabilidad frente a estas problemáticas. A partir de este abordaje, se identificaron cuatro grupos de factores de riesgo interrelacionados: i) sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, residencia rural); ii) de salud física y mental (enfermedades crónicas, discapacidad, depresión); iii) económicos (bajo ingreso, falta de pensión, dependencia económica); y iv) ambientales o del entorno (infraestructura pública, acceso a transporte, redes comunitarias).

La investigación se sustenta en enfoques contemporáneos del análisis de políticas públicas, como el enfoque top-down, la retroalimentación y la prospectiva, los cuales permiten comprender cómo las decisiones estatales pueden y deben adaptarse a los desafíos emergentes en un contexto de transformación social acelerada. Se parte del reconocimiento de que el aislamiento social y la soledad no deseada no son problemas individuales, sino fenómenos sociales complejos, multidimensionales y

estructurales, que requieren respuestas colectivas, intersectoriales y basadas en derechos.

En ese sentido, esta investigación no solo permite identificar las causas y efectos del aislamiento social y la soledad no deseada, sino también plantea una ruta para su incorporación en la política pública. Los hallazgos revelan que estas problemáticas, lejos de ser experiencias individuales, constituyen expresiones de desigualdad estructural y exclusión social que afectan principalmente a mujeres mayores, residentes en áreas rurales, en situación de pobreza o con discapacidad. Su omisión en la PNMPAM representa una oportunidad perdida para mitigar su impacto y promover un envejecimiento digno y saludable.

A partir del análisis realizado, se propone incorporar al árbol de problemas de la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores (PNMPAM) ocho (08) nuevas causas indirectas que reflejan factores estructurales y sociales que inciden en el aislamiento social y la soledad no deseada en este grupo poblacional. Asimismo, se plantea incluir un nuevo efecto: la soledad no deseada y el aislamiento social en las personas adultas mayores, entendido como una manifestación concreta del deterioro de su bienestar físico, mental, emocional y social. Además, se presentan recomendaciones específicas orientadas a fortalecer los objetivos prioritarios y los enfoques transversales de la política. Con ello, esta tesis busca así contribuir con evidencia y propuestas a un debate urgente y necesario, con el propósito de transformar las condiciones estructurales que impiden a este grupo poblacional ejercer plenamente sus derechos, alcanzar el bienestar integral y vivir una vejez activa, autónoma e integrada socialmente.

Capítulo 1. Marco Teórico

1.1. Marco Normativo Internacional sobre las Personas Adultas Mayores

El Estado peruano ha adoptado y ratificado instrumentos internacionales en el marco de los Derechos Humanos, envejecimiento y derechos de las personas adultas mayores para el diseño de políticas públicas. A continuación, el detalle en orden cronológico.

En 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos estableció que son inherentes a la dignidad de toda persona, sin importar raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición social. Esta primera disposición sentó las bases para el desarrollo de políticas inclusivas y no discriminatorias, abarcando a todas las personas, independientemente de su edad (Naciones Unidas, 1948).

En 1952, el término "vejez" cobró relevancia en los instrumentos internacionales con la suscripción del Convenio N.º102 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la Seguridad Social, que garantizó prestaciones de vejez a las personas protegidas. Este convenio fue un hito en el reconocimiento de los derechos específicos de las personas adultas mayores en el ámbito internacional, estableciendo estándares mínimos de seguridad social que los Estados deben cumplir para garantizar una vejez digna (OIT, 1952). La importancia de este instrumento radica en que no solo aboga por la provisión de pensiones, sino que también promueve un enfoque más amplio de protección social, reconociendo el derecho de esta población a disfrutar de una vida digna, libre de pobreza y con acceso a servicios esenciales.

En 1966, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos subrayaron la importancia de proteger los derechos económicos, sociales, culturales, así como los derechos civiles y políticos sin discriminación alguna (Naciones Unidas, 1966a; 1966b). Estos pactos reforzaron el principio de que los derechos humanos son universales e indivisibles, lo que significa que deben aplicarse de manera equitativa y simultánea para todos los individuos, sin importar su edad, género, origen étnico o situación socioeconómica.

En 1978, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (también conocida como Pacto de San José) reafirmó el compromiso de los Estados parte de respetar los derechos y libertades sin discriminación, incluyendo derechos esenciales

como la integridad personal, la libertad personal y la protección de la honra y la dignidad. Uno de los aspectos más significativos del Pacto de San José es que no se limita a una fase específica de la vida, sino que asegura la protección de los derechos humanos en todas sus etapas, lo que incluye un enfoque implícito en el envejecimiento (OEA, 1978).

En 1979, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) reconoció el derecho de las mujeres a la seguridad social, incluyendo casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otras incapacidades para trabajar. Este reconocimiento fue un paso importante hacia la inclusión de las mujeres mayores en sistemas de protección social, subrayando la necesidad de abordar las desigualdades de género que se acentúan en la etapa de envejecimiento, donde las mujeres suelen enfrentarse a mayores vulnerabilidades debido a brechas laborales y económicas (Naciones Unidas, 1979).

En 1988, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materias de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como el "Protocolo de San Salvador", estableció que toda persona tiene derecho a la protección especial durante la vejez, promoviendo medidas concretas para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores. Entre estas medidas se incluyeron la provisión de instalaciones adecuadas, alimentación, atención médica especializada y el desarrollo de programas laborales específicos que les permitan continuar participando en la sociedad de manera digna y productiva (OEA, 1988).

En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó cinco principios en favor de las personas adultas mayores, que promueven valores clave como la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad, sirven como marco de referencia para el diseño de políticas públicas para este grupo (Naciones Unidas, 1991). La implementación de los principios no solo busca mejorar su bienestar, sino también redefinir su rol en la sociedad, reconociéndolas como actores activos y valiosos.

En 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento fue un hito en la política global sobre envejecimiento. Este documento enfatizó la necesidad de crear una sociedad inclusiva para todas las edades y se centró en tres áreas prioritarias: el desarrollo de las personas adultas mayores, la promoción de la

salud y el bienestar en la vejez, y la creación de entornos propicios y favorables para el envejecimiento (Naciones Unidas, 2003). Por su parte, la Declaración Política que acompaña al Plan subrayó la importancia de adoptar políticas integrales que promuevan la participación activa de las personas adultas mayores en todos los aspectos de la vida social, económica y política, asegurando que puedan disfrutar de sus derechos en igualdad de condiciones (Naciones Unidas, 2003).

En 2015, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores estableció la promoción, protección y reconocimiento de los derechos de esta población. Esta disposición representa un avance trascendental en el reconocimiento específico de los derechos de esta población. Definiéndolas como aquellas de 60 años o más, esta convención se centró en garantizar la promoción, protección y reconocimiento de sus derechos, abordando aspectos fundamentales como la plena inclusión, integración y participación en la sociedad, promoviendo su autonomía y bienestar (OEA, 2015).

1.2. Marco Normativo Nacional sobre las Personas Adultas Mayores

En el ámbito nacional, el Artículo 2 de la Constitución Política del Perú de 1993 estableció el principio de igualdad ante la ley y otorga protección especial a los grupos vulnerables, incluyendo a los niños, adolescentes, madres y personas mayores en situación de abandono. Este artículo no solo proporciona una base fundamental para asegurar la igualdad y no discriminación, sino que también permite garantizar la defensa de sus derechos.

La Ley de la Persona Adulta Mayor, Ley N.º30490 (2016), establece principios que orientan la promoción y protección de sus derechos en el Perú, así como las define como aquellas que tienen 60 años o más. Entre los aspectos más importantes de esta norma está la designación del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) como la entidad rectora responsable de coordinar, supervisar y ejecutar acciones relacionadas con su protección y bienestar.

Asimismo, el Decreto Supremo N.º024-2021-MIMP que aprueba el reglamento de la Ley N.º30490 detalla los principios generales que guían su implementación. Estos principios incluyen un enfoque de derechos humanos, que busca garantizar el respeto de los derechos de las personas adultas mayores; un enfoque de género, que subraya la importancia de abordar las desigualdades que afectan a las mujeres

mayores; y enfoques de intergeneracionalidad e interculturalidad, que reconocen la diversidad de experiencias y contextos en los que viven. Estos enfoques buscan garantizar una atención integral, que respeta la diversidad y complejidad de sus necesidades, abordando no solo sus derechos, sino también los diferentes contextos culturales y sociales en los que se encuentran.

Finalmente, se promulgó, mediante Decreto Supremo N.º006-2021-MIMP, la actualización de la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores (PNMPAM) al 2030. Esta política aborda de manera específica el problema público de la discriminación estructural por motivos de edad, un fenómeno que se manifiesta en múltiples formas, desde el acceso limitado a servicios básicos hasta la exclusión social y económica (MIMP, 2021). El objetivo de esta política es crear un entorno más equitativo y favorable para las personas mayores, asegurando que puedan participar plenamente en la sociedad.

Para lograr esto, la PNMPAM establece cinco objetivos prioritarios que buscan mejorar las condiciones de vida del grupo etario. Estos incluyen: (i) garantizar el derecho al cuidado y buen trato, promoviendo una convivencia libre de discriminación; (ii) fomentar un envejecimiento saludable, lo que incluye acceso a servicios de salud y promoción de estilos de vida activos; (iii) asegurar prestaciones contributivas y no contributivas, reduciendo la pobreza en este grupo poblacional; (iv) garantizar el acceso a la educación en todas sus modalidades, reconociendo el derecho de las personas mayores a seguir formándose y participando en el ámbito educativo; y (v) fortalecer la participación social, productiva y política, promoviendo su integración y visibilidad en todos los sectores de la sociedad (MIMP, 2021).

Estos avances legales y normativos reflejan los avances del país con la promoción de un envejecimiento activo y saludable, alineado con los estándares internacionales en materia de derechos humanos, envejecimiento y desarrollo. La implementación de estos marcos busca asegurar que las personas adultas mayores disfruten de una vida plena, con acceso a oportunidades, participación social y reconocimiento de su dignidad y autonomía.

1.3. Aproximación a las Políticas Públicas y Políticas Sociales

La política pública se refiere al conjunto de decisiones y acciones tomadas por los gobiernos para resolver problemas que afectan a la sociedad. Dye (2016) la define

como "todo lo que el gobierno decide hacer o no hacer", destacando la relevancia de la intervención estatal en la vida pública. Estas decisiones abarcan desde la formulación de normas y leyes hasta la implementación de programas y servicios destinados a crear valor público. En este sentido, las políticas públicas no solo se limitan a la acción gubernamental, sino que también involucran a múltiples actores sociales, como organizaciones no gubernamentales, empresas privadas y la sociedad civil.

En la actualidad, la política pública es vista como un proceso dinámico y adaptativo que responde a necesidades y demandas específicas en un contexto socioeconómico determinado. Subirats et al. (2012) enfatizan que este proceso involucra la interacción de actores con intereses diversos, quienes, a través del diálogo y la negociación, debiesen buscar soluciones a los problemas colectivos. A su vez, las políticas públicas deben ser integrales, es decir, contemplar no solo la resolución de problemas puntuales, sino también el impacto que tendrán en el bienestar general de la población.

Las políticas públicas atraviesan diversidad etapas que configuran un ciclo que describe el conjunto de fases desde su identificación hasta su implementación y evaluación. Según Subirats et al. (2012), este ciclo incluye varias etapas clave: la identificación del problema, la formulación de políticas, la toma de decisiones, la implementación, la evaluación y la retroalimentación.

La identificación del problema es el punto de partida, donde se reconoce una necesidad o carencia en la sociedad que requiere intervención estatal. A continuación, en la fase de formulación, se analizan las posibles soluciones a dicho problema y se desarrollan propuestas concretas. Estas propuestas son objeto de discusión y deliberación antes de la toma de decisiones, donde se selecciona la alternativa más viable.

Una vez adoptada la decisión, la política se implementa. En esta fase de implementación, las acciones planificadas son puestas en práctica a través de programas, servicios o normativas. Sin embargo, la política no finaliza con la implementación. Es necesario evaluar si los objetivos previstos están siendo alcanzados. La evaluación permite identificar deficiencias o áreas de mejora, lo que a su vez alimenta la retroalimentación, una etapa crítica para ajustar y mejorar la política

a lo largo del tiempo (Delgado Godoy, 2009). Este ciclo garantiza que las políticas no sean estáticas, sino que evolucionen conforme a las necesidades y contextos sociales.

1.3.1. Análisis y Evaluación de Políticas Públicas: Enfoque Top-Down

El análisis y la evaluación de políticas públicas son fundamentales para garantizar su eficacia. Dunn (2004) subraya que el análisis de políticas es una disciplina que se centra en la identificación de los problemas públicos, la evaluación de las posibles soluciones y el seguimiento de los resultados. Este análisis no solo busca medir la eficiencia de las políticas implementadas, sino también identificar si se están logrando los objetivos propuestos.

El enfoque top-down, descrito por Dunn (2004) y Subirats et al. (2012), se refiere a un modelo en el que las políticas son diseñadas y decididas por las instancias más altas del gobierno, para luego ser implementadas en los niveles inferiores. Este enfoque asume que las decisiones tomadas en los niveles superiores deben ser cumplidas sin modificaciones en los niveles inferiores de la administración. Si bien este enfoque puede ser eficiente en términos de control y ejecución, también ha sido criticado por su rigidez, ya que puede no considerar adecuadamente las particularidades locales o la participación de actores sociales en la fase de implementación.

La evaluación de políticas es un proceso continuo y sistemático que permite analizar los resultados obtenidos a lo largo de su ciclo. Según Weiss (1998) y Salcedo (2011), la evaluación no solo mide el impacto de una política, sino que también ofrece información crucial para ajustar su implementación. Herramientas como el análisis costo-beneficio y la evaluación de impacto permiten examinar si los recursos empleados están generando los beneficios esperados y si la política ha logrado los objetivos propuestos.

1.3.2. Retroalimentación y Prospectiva en Políticas Públicas

La retroalimentación en el ciclo de políticas públicas es esencial para su perfeccionamiento y adaptación. A través de este proceso, se recoge información sobre el impacto real de las políticas y se utilizan esos datos para realizar ajustes y mejoras. La retroalimentación es crucial no solo para corregir deficiencias, sino

también para consolidar lo que ha funcionado bien, lo que permite aumentar la eficacia y eficiencia de las políticas. Bertranou (2019) destaca la importancia de este proceso para mantener la relevancia de las políticas en un contexto social dinámico. La retroalimentación fomenta el aprendizaje institucional, lo que asegura que las políticas evolucionen de acuerdo con las necesidades emergentes.

Por otro lado, la prospectiva es una herramienta fundamental en la planificación de políticas públicas a largo plazo. Según Godet (2006), la prospectiva no busca predecir el futuro, sino prepararse para él mediante el diseño de escenarios alternativos y la formulación de estrategias. Esta herramienta permite a los gobiernos anticiparse a problemas y desafíos potenciales, como el cambio demográfico, el crecimiento económico o la evolución de las demandas sociales. En la actualidad, la prospectiva es vista como un elemento clave en la formulación de políticas públicas, ya que ayuda a asegurar su sostenibilidad y éxito a largo plazo. Medina Vásquez et al. (2014) subrayan que la prospectiva es especialmente útil en contextos de alta incertidumbre, donde los escenarios futuros son difíciles de predecir, pero pueden ser gestionados mediante políticas adaptables.

1.3.3. Políticas Sociales en Países en Desarrollo

Las políticas públicas comprenden un conjunto amplio de decisiones que abordan diversas áreas de la vida social, económica, política y cultural. Dentro de ellas, las políticas sociales son un subconjunto específico que tiene como objetivo principal garantizar el bienestar social y reducir las desigualdades. Según Subirats et al. (2012), las políticas sociales buscan asegurar el acceso de la población a derechos fundamentales como la salud, la educación, la vivienda y la protección social, entre otros. Estas políticas son particularmente relevantes en contextos de vulnerabilidad, donde grupos sociales específicos requieren intervenciones focalizadas para mejorar su calidad de vida.

El diseño e implementación de políticas sociales están intrínsecamente vinculados con las dinámicas sociales y económicas de cada país. Montagut (2009) argumenta que las políticas sociales no solo tienen un carácter redistributivo, sino que también son un instrumento para promover la cohesión social, reducir la pobreza y garantizar la inclusión de grupos marginados. En este sentido, las políticas sociales son un pilar fundamental de los Estados de bienestar, ya que permiten equilibrar las

disparidades creadas por el mercado y asegurar que los sectores más vulnerables de la sociedad puedan acceder a condiciones de vida dignas (Esping-Andersen, 2008).

Es importante destacar que las políticas sociales no operan de manera aislada, sino que forman parte de un entramado más amplio de políticas públicas que buscan generar un impacto positivo en el desarrollo social y económico de un país. Por tanto, su éxito depende de la coordinación intersectorial y de la capacidad del Estado para movilizar recursos de manera eficiente. Asimismo, la participación de la sociedad civil y de otros actores es fundamental para garantizar que las políticas sociales respondan a las necesidades reales de la población y que sean sostenibles en el tiempo.

En los países en desarrollo, las políticas sociales adquieren una relevancia especial debido a los niveles de pobreza, desigualdad y exclusión social que afectan a amplios sectores de la población. Montagut (2009) subraya que las políticas sociales en estos contextos no solo son un mecanismo de protección social, sino que también juegan un rol crucial en la promoción del desarrollo económico y la estabilidad política. En ausencia de una red de protección social adecuada, los sectores más vulnerables de la sociedad quedan expuestos a riesgos que van desde la precariedad laboral hasta la falta de acceso a servicios básicos, lo que perpetúa un ciclo de pobreza y exclusión.

Los países en desarrollo enfrentan múltiples desafíos en la implementación de políticas sociales, incluyendo la limitación de recursos financieros, la fragilidad institucional y la dependencia de ayudas externas. Sin embargo, Alemán Bracho (2020) resalta que las políticas sociales bien diseñadas pueden ser un motor de crecimiento inclusivo. En este sentido, las políticas sociales no solo deben enfocarse en la distribución de recursos, sino también en la generación de oportunidades que permitan a los individuos y a las comunidades superar la pobreza o situación de vulnerabilidad de manera sostenible. Esto implica que las políticas sociales deben tener un enfoque integral que considere tanto la protección de los derechos básicos como la creación de condiciones para el desarrollo humano.

El éxito de las políticas sociales en los países en desarrollo también depende de su capacidad para adaptarse a las realidades locales. Di Virgilio y Solano (2012) argumentan que es fundamental que las políticas sociales en estos contextos se diseñen con una visión contextualizada, que tenga en cuenta las particularidades culturales, económicas y geográficas de cada región. Además, la implementación de

mecanismos de monitoreo y evaluación es crucial para asegurar que las políticas estén cumpliendo con sus objetivos y que se puedan realizar los ajustes necesarios en el proceso.

1.3.4. Importancia de las Políticas Sociales en el Envejecimiento

El envejecimiento poblacional es un desafío que afecta tanto a países desarrollados como en desarrollo, y las políticas sociales juegan un rol esencial en la respuesta a este fenómeno. Con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad, las sociedades están experimentando una transformación demográfica que genera nuevas demandas en los sistemas de seguridad social, salud y cuidados. Zambrano (2021) subraya que las políticas sociales enfocadas en el envejecimiento deben asegurar la protección de los derechos de las personas adultas mayores, fomentando su inclusión social, económica y cultural.

Una de las áreas más críticas en este ámbito es el sistema de pensiones, que debe garantizar que las personas mayores tengan una fuente de ingresos digna y sostenible en la vejez. Montagut (2009) advierte que, en muchos países en desarrollo, los sistemas de pensiones son insuficientes o están mal estructurados, lo que deja a grandes sectores de la población mayor en condiciones de vulnerabilidad económica. Además, las políticas sociales deben abordar las necesidades de salud específicas, promoviendo el acceso a servicios médicos adecuados y a cuidados de largo plazo, ya que las enfermedades crónicas y la dependencia aumentan con la edad.

Otro aspecto crucial es la participación social de este grupo etario. Las políticas sociales deben fomentar la creación de entornos que promuevan el envejecimiento activo, es decir, que les permitan continuar participando de manera significativa en la sociedad, ya sea en el ámbito laboral, cultural o comunitario. La exclusión social de los mayores es un problema creciente, por lo que Zambrano (2021) señala que es esencial promover políticas que integren a las personas mayores en la toma de decisiones y en las actividades sociales, reconociendo su contribución como miembros valiosos de la sociedad.

1.3.5. Crítica a la Política Social

A pesar de los beneficios que ofrecen, las políticas sociales han sido objeto de numerosas críticas a lo largo del tiempo. Una de las principales críticas es que, en

muchos casos, las políticas sociales son percibidas como asistencialistas, es decir, que se centran en la distribución de recursos de manera inmediata sin abordar las causas estructurales de los problemas que enfrentan las poblaciones vulnerables. Montagut (2009) señala que este enfoque reactivo puede perpetuar la dependencia de los beneficiarios de las ayudas del Estado, en lugar de fomentar su autonomía y empoderamiento a largo plazo.

Otra crítica recurrente es la falta de coherencia y coordinación entre las distintas políticas sociales. Blasco y Subirats (2010) argumentan que muchas veces las políticas sociales se implementan de manera fragmentada, lo que dificulta su eficacia. En lugar de abordar los problemas de manera integral, se tiende a aplicar soluciones parciales que no consideran la interconexión de los diferentes factores que afectan el bienestar de la población. Por ejemplo, un programa de salud que no esté coordinado con políticas de vivienda o de seguridad social puede tener un impacto limitado, ya que no atiende las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad.

La sostenibilidad financiera de las políticas sociales es otra preocupación recurrente. Alemán Bracho (2020) indica que, en contextos de restricción fiscal, los gobiernos pueden tener dificultades para financiar políticas sociales a largo plazo, lo que pone en riesgo su continuidad y efectividad. Las políticas sociales requieren de una asignación eficiente de recursos, y la falta de financiamiento adecuado puede llevar a que los programas sean ineficientes o ineficaces, afectando a los sectores más vulnerables de la población.

1.4. Envejecimiento y Envejecimiento Saludable

El envejecimiento demográfico es uno de los mayores logros de la humanidad, pero también representa uno de sus principales retos, siendo el problema demográfico, médico y social más importante a nivel mundial (Rudnicka, et al., 2020; Belo Fernandes et al., 2022). Para el 2030 se espera que la población mayor a 60 años o más ascienda a 1,400 millones y para el 2050 a 2,100 millones (OMS, 2024). Así, el envejecimiento de la población ha emergido como un fenómeno social de ritmo sin precedentes, impactando diversos aspectos de la sociedad, particularmente los mercados laborales y financieros, la demanda de bienes y servicios, y las estructuras familiares, así como los vínculos intergeneracionales (OMS, 2020).

En atención al fenómeno de envejecimiento en el mundo, la OMS (2020) propuso el Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030. Este plan surge debido a que la buena salud en la vejez no se distribuye equitativamente, ni dentro de una misma población ni entre diferentes grupos poblacionales. Por esta razón, sugiere que el envejecimiento saludable se centre en desarrollar y mantener la capacidad funcional, la cual está determinada por la capacidad intrínseca de una persona y el entorno en el que vive, así como por las interacciones entre ambos factores. Este enfoque busca garantizar el bienestar en la vejez.

Como se muestra en la Tabla 1, la PNMPAM identifica cuatro pilares fundamentales del envejecimiento activo y saludable, que son áreas de acción prioritaria para garantizar una vejez con calidad de vida y bienestar (MIMP, 2021). En conjunto, estos pilares representan una visión integral del envejecimiento, en la que se promueve la equidad, la inclusión y la protección de los derechos de las personas adultas mayores. La implementación de estos pilares también permite minimizar las desigualdades que enfrentan, asegurando que puedan envejecer en un entorno que les ofrezca seguridad, dignidad y oportunidades para seguir participando activamente en la sociedad.

Tabla 1
Pilares del Envejecimiento Activo y Saludable

Salud	Seguridad y cuidado	Educación	Participación
<p>Busca que: Se disfrute de más años de vida saludable. Reducir los costos de tratamiento médico y servicios de cuidado en la vejez. Propone: Reducir desigualdades en salud a lo largo del ciclo vital. Minimizar factores de riesgo de enfermedades crónicas y declive funcional. Ofrecer servicios sanitarios y sociales pertinentes a las necesidades del cuidado.</p>	<p>Busca que: Las políticas y los programas garanticen la protección, dignidad y asistencia de las PAM que ya no puedan mantenerse y protegerse a sí mismas. Propone abordar sus necesidades de: Cuidado Sociales Seguridad económica Contra el maltrato o violencia</p>	<p>Busca: Garantizar el aprendizaje a lo largo de la vida. Plantea que ello es fundamental para: Garantizar la empleabilidad. El bienestar de una persona. El mantenimiento de la salud. La participación en sociedad.</p>	<p>Busca: Fomentar la contribución productiva a la sociedad en actividades remuneradas o no remuneradas de carácter político, social, económico y cultural. Propone: Desarrollar políticas y programas sociales, laborales, educativos y sanitarios que fomenten su total participación.</p>

Fuente: Decreto Supremo N.º 024-2024-MIMP, en base a OMS (2015).

1.5. Edadismo

Según la OPS (2021), el edadismo se refiere a los estereotipos, los prejuicios y la discriminación hacia las personas en función a su edad, el cual puede ser institucional (leyes, normas sociales y prácticas institucionales), interpersonal (interacción entre dos o más personas) o autoinfligido (interiorización del edadismo, contra sí mismo). Dicho fenómeno tiende a ser más frecuente en las personas mayores, siendo una de cada dos personas edadistas contra ellas. Así, este contribuye a la marginalización de este grupo poblacional, excluyéndolos de los espacios públicos, laborales y sociales. Esta exclusión refuerza el aislamiento y la soledad no deseada. Las actitudes negativas hacia el envejecimiento reducen las oportunidades de integración social.

Diversas investigaciones de estos fenómenos generalizados y multifacéticos evidencian su prevalencia y frecuencia en todos los países y culturas, problemáticas se espera que incremente con el envejecimiento de la población mundial, deviniendo en actitudes y efectos negativos que afectan el bienestar psicológico y la autoestima, así como riesgos para la salud de las personas adultas mayores (Burnes et al., 2019; Lau, 2023). Asimismo, el edadismo contribuye al aumento del aislamiento social y soledad de manera generalizada, debido que las personas se sientan no deseadas y rechazadas socialmente, interiorizan estereotipos retirándose de la sociedad, al mismo tiempo que la normas y prácticas actúan como obstáculos para su participación en la sociedad (OMS, 2022). En ese sentido, abordar el edadismo debería ser una prioridad para los responsables de las políticas y es crucial el desarrollo de mayores estudios sobre la problemática (Marques et al., 2020).

1.6. Aislamiento Social y Soledad No Deseada

La soledad y el aislamiento social son preocupaciones de salud pública a nivel internacional que afectan de manera significativa a la población envejecida a nivel mundial (Fakoya et al., 2020). Ambos conceptos están interrelacionados con múltiples definiciones, conceptualizaciones y mediciones. La soledad se define como la percepción subjetiva de que las necesidades íntimas y sociales no están siendo satisfechas, mientras que el aislamiento social se refiere a una condición objetiva multifacética que implica una ausencia de compromiso y conexión social dentro de la familia, entre amigos o en redes comunitarias (Wister et al., 2021). Asimismo, Valtorta

y Hanratty (2012) sostienen que la soledad puede manifestarse como un sentimiento negativo subjetivo relacionado con la percepción de una red social insuficiente (soledad social) o la ausencia de un compañero deseado específico (soledad emocional), mientras que el aislamiento social es la ausencia objetiva de contactos e interacciones sociales, que puede incluir la escasez o falta de contactos con familiares, amigos o la comunidad.

Empero, las experiencias de soledad y aislamiento social no son uniformes a lo largo del ciclo de la vida: las personas pueden sentirse solas o aisladas en la vejez, aislarse de por vida o experimentar soledad o aislamiento como resultado de un evento desencadenante como la jubilación o el duelo. Además, la soledad puede ser no deseada lo que quiere decir que es un sentimiento causado por la discrepancia entre las características reales de la red social y las deseadas, siendo un ámbito de preocupación para la salud pública (Martín Roncero y González-Rábago, 2021). Entendido así, la soledad no deseada puede desembocar en el aislamiento social, influyendo en el bienestar y la calidad de vida de la población envejecida y viceversa, por lo que es menester formular políticas públicas que coadyuven a construir, mantener y restablecer relaciones significativas (Gené-Badia et al., 2016; Wigfield et al., 2018).

1.7. Capital Social como Recurso para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores ante el Aislamiento Social y la Soledad No Deseada

El capital social se define como una amalgama de recursos potenciales o reales que se construyen a través de redes sociales compartiendo normas, valores y entendimientos, lo que facilita la cooperación tanto dentro como entre grupos (Murayama et al., 2019; Jiang et al., 2020). Este concepto se muestra como un elemento fundamental para el bienestar de las personas adultas mayores en el contexto del aislamiento social y la soledad no deseada, manifestándose en la participación activa en actividades comunitarias, el apoyo social y emocional que reciben en su red de relaciones, así como en la sensación de pertenencia a un grupo social.

En este contexto, algunos autores destacados, que han estudiado el papel del capital social en el bienestar de esta población, son Robert D. Putnam (2001) que explora cómo el declive del capital social en la sociedad moderna ha llevado a una

disminución en la participación cívica y el aislamiento social; así como Lin (2001) que, en su teoría del efecto del capital social, destaca cómo la presencia de recursos sociales en las redes de relaciones puede mejorar la salud y el bienestar de las personas.

No obstante, cabe resaltar que la mera participación en actividades sociales y comunitarias resulta insuficiente para proporcionar a las personas mayores un auténtico sentido de propósito y significado en la vida, así como para brindarles la oportunidad de establecer nuevas relaciones y mantenerse activos tanto física como mentalmente (Szreter y Woolcock, 2004; Coll-Planas et al., 2017). De hecho, la concepción del capital social puede mostrar un sesgo hacia una perspectiva individualista y centrada únicamente en la comunidad, descuidando la consideración de las desigualdades estructurales y las condiciones sociales que pueden restringir la participación y el acceso a recursos para determinados grupos de personas mayores (Putnam, 2001; Chen et al., 2009).



Capítulo 2. Metodología de Investigación

2.1. Pregunta de Investigación

¿Cómo la inclusión de las problemáticas del aislamiento social y la soledad no deseada en la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores puede contribuir al pleno ejercicio de sus derechos, garantizar su calidad de vida y promover su independencia en la vejez de las personas adultas mayores en el Perú?

2.2. Objetivo General

Evaluar la inclusión de las problemáticas del aislamiento social y la soledad no deseada en la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores, con el fin de contribuir al pleno ejercicio de sus derechos, garantizar su calidad de vida y promover su independencia en la vejez de las personas adultas mayores del Perú.

2.3. Objetivos Específicos

- Realizar un análisis situacional de los factores de riesgo asociados al aislamiento social y la soledad no deseada en las personas adultas mayores en Perú.
- Analizar las causas y efectos del aislamiento social y la soledad no deseada en las personas adultas mayores en Perú, considerando factores sociodemográficos, económicos, de salud y salud mental, ambientales o del entorno.
- Elaborar recomendaciones para la integración del aislamiento social y la soledad no deseada, y capital social en la PNMPAM.

2.4. Justificación

En Perú, el crecimiento del grupo etario de más de 60 ha ganado notoriedad representando el 9.0%, en el año 2010, y el 15.5%, en el año 2021, respecto a la población total (MIMP, 2023a). En la actualidad, existen alrededor de 4,598,000 de personas adultas mayores a 60 años y más, lo cual representa el 13.6% de la población total en el país, y se estima una proyección del 16.1% del total de la población para el año 2030 (El Peruano, 2023a). Dichas cifras evidencian que esta población continuará incrementándose en los próximos años, de manera que uno de cada cuatro peruanos y peruanas será mayor a 60 años (El Peruano, 2023a). En esa misma línea, según CEPAL (2023), el Perú se encuentra en el grupo de envejecimiento

moderado avanzado con otros 16 países de la región latinoamericana, lo que significa un bajo nivel de fecundidad a 2,0 hijos por mujer y un incremento porcentual de las personas mayores.

Una de las problemáticas silenciosas que afectan de manera considerable a este grupo demográfico es el aislamiento social y la soledad no deseada, situaciones que pueden tener serias consecuencias en su bienestar físico, emocional y social. Estas condiciones son complejas y multifacéticas, debido a que es influenciada por diversos factores relacionados con características sociodemográficas, disponibilidad de recursos sociales, estado de salud física y mental, y otras circunstancias individuales.

A pesar de la creciente relevancia del aislamiento social y soledad no deseada, la investigación específica relacionada con las personas mayores a 60 años en el contexto peruano sigue siendo subestudiada. Existe una notable carencia de estudios que aborden a profundidad estas problemáticas, a pesar de su impacto negativo en el bienestar emocional, social y físico de esta población. La literatura disponible indica que la soledad representa un desafío significativo, afectando adversamente el bienestar emocional y social de esta población debido a la falta de redes de apoyo (Castro-Castañeda y Rodríguez-Málaga, 2020). Además, se ha observado que la depresión está estrechamente correlacionada con altos niveles de soledad y bajos niveles de apoyo social entre esta población (Paz-Soldán et al., 2019). Empero, también se han encontrado percepciones positivas de la soledad, donde algunas se asocian este estado con oportunidades para participar en actividades placenteras y fomentar el crecimiento espiritual (Simbala-Esperilla y Neira-Mendoza, 2021).

Otros estudios realizados en el contexto peruano han explorado diferentes aspectos relacionados, como la conectividad social y las dimensiones de salud física y bienestar psicológico en las personas adultas mayores que residen en geriátricos (Talavera Zegarra, 2022). Sin embargo, la mayoría de la investigación existente no se centra en la soledad y el aislamiento social en sí, sino que aborda estos temas desde otras perspectivas, como en el caso de los estudios que investigan la soledad en poblaciones distintas, como los estudiantes (Aquiye Cárdenas y Pérez Cabrera, 2021; Achulli Villavicencio y Bernardo Silva, 2024) o en el contexto de la pandemia de COVID-19 (Agurto Aragón y Romero Rodríguez, 2023).

Por lo tanto, es crucial realizar estudios sobre la relación de soledad, aislamiento social y bienestar para comprender así sus causas, consecuencias y posibles estrategias de intervención. Para ello, la importancia de investigar las problemáticas para diversos aspectos fundamentales: i) proporcionar aportes sobre cómo el aislamiento social y soledad no deseada afectan directamente la calidad de vida de las personas adultas mayores, incluyendo su salud física y mental, y su entorno comunitario; ii) entender las dinámicas socioculturales y económicas que agudizan el riesgo al aislamiento social y soledad no deseada en este grupo demográfico específico; iii) desarrollar recomendaciones de políticas públicas que contribuyan a mitigar estas problemáticas y mejorar el bienestar de las personas mayores en la sociedad peruana.

Para dichos fines, esta investigación ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura, que permite integrar los hallazgos de diversas investigaciones internacionales y proporciona una visión amplia sobre cómo otros países han enfrentado los desafíos relacionados con el aislamiento social y soledad no deseada en este grupo poblacional. A partir de esta revisión, se ha sistematizado en cuatro grupos los factores de riesgo asociados: sociodemográficos, salud física y salud mental, económicos, y ambientales/entorno.

Uno de los principales retos de esta investigación es la falta de datos específicos sobre el aislamiento social y la soledad en la población mayor en el país. Por ello, además de la revisión de literatura, se incluirán datos estadísticos nacionales que aborden los factores de riesgo asociados. Este análisis situacional se sustentará en dicha información, con el objetivo de evidenciar las condiciones que exponen a esta población en Perú al riesgo de aislamiento social y soledad no deseada, considerando además datos comparativos de América Latina. Todo ello con el objetivo de evaluar la inclusión de estas problemáticas en la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores.

2.5. Métodos

Debido a la falta de información estadística, como encuestas, que se centren en medir las problemáticas del aislamiento social y soledad en las personas adultas mayores, así como investigaciones que estudien los factores de riesgos asociados en el contexto peruano, el presente trabajo de investigación llevó a cabo una revisión

sistemática de literatura científica en materia de aislamiento social y soledad para identificar los factores de riesgo asociados y las formas de intervenciones para abordarlas. Para su elaboración, se utilizó la guía actualizada de declaración PRISMA del año 2020 (Page et al., 2021).

2.5.1. Estrategia de Búsqueda

Se realizó la revisión sistemática en las siguientes bases de datos electrónicas: Sage Journals, Science Direct, Scopus, PubMed y Web of Science. Estas bases de datos se eligieron por su contenido relacionado a salud, ciencias sociales y humanidades. La combinación de términos utilizadas en los buscadores fue la siguiente: (((loneliness OR unwanted loneliness) AND (social isolation)) AND (older people OR elderly)) AND (determinant factors)) AND (quality of life). La búsqueda original se ejecutó el 05 de julio de 2024.

2.5.2. Criterios de Inclusión y Exclusión

Para el presente trabajo de investigación, se han establecido criterios específicos de inclusión y exclusión con el fin de asegurar la relevancia y calidad de los estudios considerados en la revisión de literatura sistemática. Estos criterios son esenciales para determinar el alcance de la revisión y garantizar que los artículos seleccionados aporten información valiosa y pertinente al tema de estudio. A continuación, se detallan los criterios de inclusión y exclusión aplicados:

2.5.2.1. Criterios de Inclusión

- Son elegibles aquellos artículos de investigación publicados desde enero del 2018 a julio de 2024. Este periodo permite recopilar estudios recientes y relevantes, asegurando la incorporación de hallazgos y tendencias actuales en el campo del aislamiento social y la soledad en las personas adultas mayores.
- Se incluyeron artículos de investigación publicados en inglés y español. La inclusión de estos dos idiomas facilita el acceso a una amplia gama de investigaciones, dado que ambos son idiomas predominantes en la literatura científica y en las publicaciones académicas relevantes al contexto latinoamericano y global.
- Se incluyeron artículos de investigación cuyos participantes o población objetivos son personas mayores a 60 años. Este criterio asegura que los

estudios seleccionados sean directamente relevantes a la población de interés en esta investigación.

- Se priorizaron artículos de investigación publicados en revistas académicas revisadas por pares. Este tipo de publicación garantiza que los estudios han sido evaluados críticamente por expertos en el campo, lo que aumenta la credibilidad y la validez de los hallazgos.
- Se incluyeron estudios con diseños cualitativos, cuantitativos y mixtos. Este criterio permite una comprensión holística del problema, combinando datos numéricos y descriptivos para proporcionar una visión más completa de los factores asociados con el aislamiento social y la soledad en las personas adultas mayores.
- Se excluyeron libros y capítulos de libro, artículos relacionados con muestras no humanas, estudios clínicos y sin texto completo disponible.

2.5.2.2. Criterios de Inclusión

- Se excluyeron libros y capítulos de libro. Este criterio se estableció debido a que los artículos de revistas revisadas por pares presentan investigaciones más recientes y específicas.
- Se excluyeron estudios relacionados con muestras no humanas. Este criterio asegura que todos los estudios considerados se centran directamente en la población humana de interés.
- Se excluyeron estudios que no tienen el texto completo disponible. Este criterio es fundamental para poder evaluar exhaustivamente la metodología, los resultados y las conclusiones de cada estudio.
- Se excluyeron artículos de investigación que no se enfocan específicamente en la soledad o el aislamiento social, o en factores relacionados con ambos en adultos mayores. Este criterio asegura que la revisión se mantenga centrada en el tema principal de la investigación y no se disperse en estudios tangenciales o irrelevantes.

2.5.3. Selección y Extracción de Datos

Posterior a la revisión de títulos y el resumen, se seleccionaron 120 artículos para la lectura del texto completo. Todos los estudios incluidos, la tabla de extracción de datos, el borrador del artículo se encuentra disponibles y accesibles en Google

Drive. Se llevó a cabo la evaluación de calidad de los textos completos y la extracción de datos, incluida la información de los autores, año del estudio, característica de la población, diseño del estudio, temáticas, subtemas, categorías, objetivo del estudio y hallazgos principales. Se excluyeron 67 artículos después de la evaluación del texto completo debido a diferentes metodologías (estudios clínicos), inconsistencias con nuestros objetivos de estudio (identificación de factores e indicadores relacionados a la soledad y aislamiento) y público objetivo (<60 años).

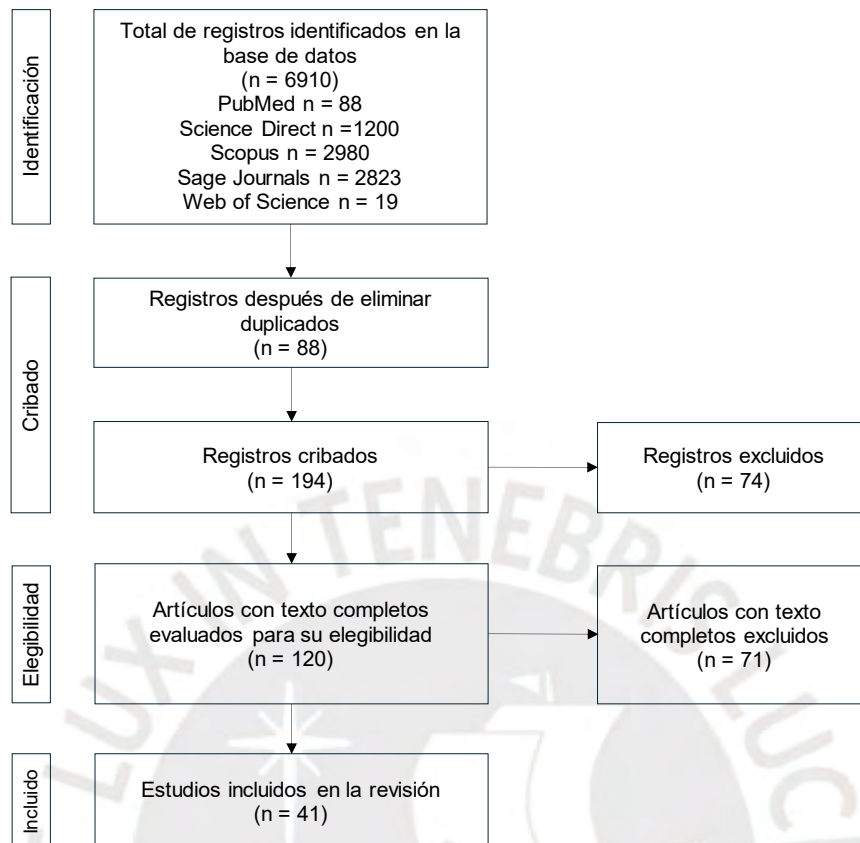
2.6. Resultados

2.6.1. Selección de Estudios

La estrategia de búsqueda inicial resultó en la identificación de 6910 artículos. En la primera etapa, se revisaron los títulos de estos artículos, y se eliminaron 88 debido a la duplicación, reduciendo así el número de artículos a 6822. A continuación, se llevó a cabo un filtrado basado en los criterios de inclusión específicos. Se excluyeron aquellos artículos que no se enfocaban en las personas adultas mayores de 60 años o que no abordaban temáticas asociadas con la soledad, el aislamiento social, el bienestar, la calidad de vida o los factores de riesgo. Esta fase resultó en la eliminación de 6628 artículos, dejando 194 artículos para la siguiente etapa de revisión. En la etapa de revisión de resúmenes, se examinó el contenido de los 194 artículos seleccionados. Durante este proceso, se excluyeron 74 artículos adicionales que no cumplían con los criterios de inclusión o que presentaban limitaciones metodológicas significativas. Como resultado, se redujo el número de artículos a 120, los cuales fueron sometidos a una revisión completa del texto.

La revisión detallada de los 120 artículos permitió una evaluación más precisa de su relevancia y calidad. En esta fase, se excluyeron 79 artículos que no cumplían con los criterios de inclusión de manera estricta o que presentaban problemas metodológicos serios. Finalmente, se sistematizaron 41 estudios que cumplían con los criterios establecidos y aportaban información relevante y de alta calidad para el tema de investigación (Figura 1).

Figura 1
Diagrama de Flujo de Revisión Sistemática de Literatura



Fuente: Elaboración propia.

2.6.2. Características y Calidad del Estudio

Para la caracterización del estudio, se utilizó Python para clasificar las temáticas, así como para agrupar los títulos en cada una de ellas. Para identificar las temáticas, se utilizaron las siguientes palabras clave:

- risk_keywords = ['risk factors', 'factors related to', 'determinants', 'risk']
- intervention_keywords = ['interventions', 'social interventions', 'health interventions', 'economic interventions', 'cultural interventions', 'approach']
- relationship_keywords = ['relationship', 'association', 'effects', 'impact']

El resultado de la clasificación de los 41 estudios incluidos en el presente estudio arrojó los siguientes resultados: 18 abordan la relación entre la soledad, el aislamiento social y el bienestar, 15 abordan otros factores asociados a la soledad y aislamiento social en las personas adultas mayores, mientras que 8 abordan las intervenciones que contribuirían a mitigar la soledad y aislamiento en esta población.

2.7. Descripción de los Resultados

2.7.1. Relación entre Aislamiento Social, Soledad No Deseada y Bienestar

Para el presente apartado, se realizó el análisis de 18 estudios como resultado de la clasificación de la revisión sistemática, los cuales evidencian la relación entre soledad, aislamiento social y bienestar en las personas adultas mayores a 60 años mediante múltiples metodologías y hallazgos. La investigación en la materia expone cómo estos factores interrelacionados influyen en el bienestar integral de esta población.

En primer lugar, en relación con el aislamiento social, la soledad y sus asociaciones con la mortalidad en las personas adultas mayores, Yu et al. (2022) han demostrado que tanto el aislamiento social como la soledad están asociados, de manera independiente, con un aumento en la mortalidad por todas las causas, siendo el aislamiento social el que presenta una relación más fuerte con la mortalidad. Esta investigación destaca la importancia de la conexión social no solo como un factor que puede reducir la mortalidad, sino también como un componente fundamental para el bienestar de las personas mayores.

De igual manera, Lennartsson et al. (2022) identifican la soledad y el aislamiento social como factores perjudiciales para la salud y el bienestar. Su investigación muestra que las personas que experimentan sentimientos de soledad y aislamiento social tienen un mayor riesgo de mortalidad en comparación con aquellas que no enfrentan estas condiciones. Los hallazgos destacan que la mortalidad es significativamente más alta entre quienes reportan niveles elevados de soledad o aislamiento social.

Respecto a la asociación entre el aislamiento social en la interacción social y el bienestar, Nakagomi et al. (2023) también demostraron que el aislamiento social, particularmente la escasa interacción social y la falta de participación, está asociado con una amplia gama de resultados negativos para la salud y el bienestar de las personas adultas mayores, lo que acentúa la necesidad de fomentar una mayor interacción social y participación comunitaria. Asimismo, Massihzagean y Stokes (2023) exploraron que la asociación entre la cohesión social del barrio y el bienestar varían según la raza/etnia o el desorden percibido en el vecindario. En ese sentido, es

importante tener presente desventajas que experimentan las minorías al residir en barrios de baja cohesión social.

Con respecto a la relación entre la soledad, la salud y el bienestar emocional y físico también han sido objeto de estudio. Boehlen et al. (2022) encontraron que la soledad es un predictor específico del bienestar relacionado con la salud, con un impacto notable según el género, afectando tanto la salud física como la mental. Este hallazgo destaca a la soledad no solo como un problema social, sino también como un factor crucial asociado al bienestar de las personas adultas mayores. Sancho et al. (2022) propusieron un modelo que ilustra cómo la soledad y la fragilidad física impactan el bienestar en dimensiones como el control, la autonomía, el placer y la autorrealización. Estos efectos diferenciados en el bienestar enfatizan la necesidad de considerar las dimensiones sociales y emocionales en el cuidado de la salud, especialmente en poblaciones vulnerables como las personas adultas mayores.

Además, Freak-Poli et al. (2022) demostraron que el aislamiento social, el bajo apoyo social y la soledad son conceptos distintos pero interrelacionados, los cuales se asocian de manera independiente con una calidad de vida relacionada con la salud más baja entre las mujeres mayores. En particular, la soledad presenta la asociación inversa más fuerte, lo que indica que su presencia está significativamente ligada a una disminución del bienestar. Por otro lado, Espirito-Santo et al. (2024) encontraron que el afecto positivo actúa como mediador en la relación entre la discapacidad funcional y la soledad, sugiriendo que las emociones positivas pueden moderar el impacto negativo de la discapacidad en la percepción de soledad. Esto es especialmente relevante, ya que la discapacidad funcional puede llevar a un aumento de la vulnerabilidad social y emocional, lo que, a su vez, incrementa el riesgo de aislamiento y soledad, afectando su bienestar.

Asimismo, Domènech-Abella et al. (2021) desarrollaron un modelo teórico que destaca la interconexión entre la reducción de la red social y el deterioro del funcionamiento físico en las personas adultas mayores, lo que contribuye al aumento de la soledad y al menoscabo de su bienestar. Esta soledad, a su vez, agrava los síntomas depresivos, estableciendo un ciclo perjudicial que puede afectar profundamente la calidad de vida de esta población. Vespa et al. (2023) encontraron que la sensación de soledad, junto con el avance de la edad, se asocia con una

disminución en la calidad de vida y bienestar de pacientes ancianos autosuficientes que padecen multimorbilidad.

Ezeokonkwo et al. (2023) encontraron que una mayor orientación hacia la compasión y una mejor autoimagen están asociadas con una disminución de la soledad en adultos mayores. La investigación sugiere que el desarrollo de la compasión y la autoaceptación no solo contribuye a un sentido más profundo de bienestar emocional, sino que también puede facilitar conexiones sociales más significativas, lo que a su vez ayuda a reducir el aislamiento social y mejora la calidad de vida de las personas adultas mayores.

También Ibáñez-Del Valle et al. (2022) identificaron una alta prevalencia de soledad con resultados para la salud y bienestar, subrayando la importancia de abordar la soledad desde una perspectiva integral que promueva la inclusión social y el apoyo emocional. Por otro lado, Dahlberg et al. (2018) determinaron que los factores sociales y relacionados con la salud están fuertemente asociados con la soledad, siendo la angustia psicológica y la viudez los correlatos más fuertes. Estos hallazgos subrayan que la soledad no solo impacta la salud física, sino que también tiene implicaciones profundas para el bienestar emocional de las personas mayores.

Respecto a la relación entre la soledad, el bienestar y el nivel socioeconómico, Sánchez-Moreno et al. (2024) encontraron que la soledad actúa como mediador entre las desigualdades socioeconómicas y la depresión en este grupo etario. Este estudio sugiere que la soledad no solo es una experiencia aislada, sino que amplifica el riesgo de depresión en contextos de bajos recursos económicos, lo que agrava el deterioro del bienestar durante el proceso de envejecimiento. Finalmente, el papel del apoyo social y las relaciones intergeneracionales también es relevante para entender la calidad de vida en las personas mayores.

Sharifi et al. (2024) evidenciaron que el apoyo emocional y económico de generaciones más jóvenes puede reducir la depresión en la población envejecida. Este apoyo no solo disminuye los síntomas depresivos, sino que también actúa como un factor protector contra la soledad y el aislamiento social, elementos que pueden deteriorar gravemente el bienestar de este grupo poblacional. Sin embargo, la efectividad de este apoyo varía según el contexto, lo que resalta la importancia de adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de cada grupo.

En esa misma línea, Zhong et al. (2020) destacaron que las actividades intergeneracionales se asocian con la mejora en la salud y bienestar de las personas adultas mayores, aunque el impacto depende del tipo de actividad y del contexto cultural. En esa línea, destaca que las interacciones entre generaciones puede ser un recurso para mejorar la vida del grupo etario y reducir el riesgo de aislamiento y soledad.

Melchiorre et al. (2024) exploraron sobre los recursos de apoyo social, el aislamiento social y la soledad percibida de las personas mayores que viven solas. Los hallazgos indican que, aunque la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo, algunos/as adultos/as mayores experimentan sentimientos de soledad a pesar de contar con la ayuda de servicios públicos. Esto sugiere que el mero hecho de tener acceso a redes de apoyo no siempre es suficiente para mitigar la soledad, ya que la calidad de las interacciones y la percepción de conexión emocional son factores críticos para el bienestar.

Por su parte, Dodds et al. (2024) encontraron que contar con redes sociales más grandes de familiares y amigos está asociado con un mejor desempeño cognitivo en las personas adultas mayores en cuidados a largo plazo, aunque estas pueden enfrentar un mayor riesgo de aislamiento social. Esto resalta la complejidad del bienestar en la vejez, donde, si bien las conexiones sociales son cruciales para el mantenimiento de la salud cognitiva y emocional, la calidad de esas relaciones y el contexto en que se desarrollan son igualmente importantes.

Es importante señalar que esta relación se ve influenciada a su vez por diversas variables, tanto dependientes como independientes, las cuales son consideradas en la discusión entre autores (Anexo A). En suma, los estudios han demostrado que tanto el aislamiento social como la soledad tienen una relación directa con la mortalidad, incrementando significativamente el riesgo de muerte por todas las causas. Este vínculo con la mortalidad subraya la gravedad de la problemática, evidenciando que el aislamiento no solo afecta el bienestar emocional, sino también el bienestar físico.

Asimismo, la salud física de las personas adultas mayores se ve exacerbada por el aislamiento y la soledad, ya que estos factores agraven las condiciones crónicas y aumentan la susceptibilidad a nuevas enfermedades. Esto demuestra que las consecuencias físicas del aislamiento no son meramente secundarias a las

consecuencias emocionales, sino que son directamente influenciadas por el estado de aislamiento. Además, la salud mental también se ve gravemente impactada, con un aumento en la prevalencia de trastornos como la depresión y la ansiedad entre aquellas que experimentan soledad y aislamiento. Este impacto en la salud mental puede crear un ciclo negativo, donde la soledad y el aislamiento incrementan los síntomas de estos trastornos, que a su vez pueden llevar a un mayor aislamiento del grupo etario.

Por otro lado, las características sociodemográficas y económicas también juegan un papel importante en esta dinámica. Estos factores sociodemográficos y económicos no solo predisponen a los individuos al aislamiento, sino que también pueden limitar su acceso a recursos y apoyos que podrían mitigar sus efectos. Finalmente, la participación social, el apoyo social y las relaciones intergeneracionales inciden en el bienestar y la calidad de vida de esta población.

2.7.2. Factores de Riesgo del Aislamiento Social y Soledad No Deseada

En el presente apartado, se exponen cómo los factores de riesgo del aislamiento social y la soledad en las personas adultas mayores aumentan la probabilidad de experimentar problemas de salud o condiciones negativas que afectan su bienestar y calidad de vida. Este análisis revisa 15 estudios que evidencian los factores de riesgo de la soledad y el aislamiento social en el grupo de estudio a partir de diversas metodologías y hallazgos.

Wen et al. (2023) realizaron una investigación exhaustiva en la que identificaron trece factores de riesgos asociados con el aislamiento social en las personas adultas mayores divididos en cinco temas: sociodemográficos (edad, nivel educativo, empleo), salud física (pérdida auditiva y funcionalidad física), salud mental (deterioro cognitivo y síntomas depresivos), entorno (apoyo social, servicio de voluntariado, infraestructura comunitaria) y rol (actividades sociales, participación social y rol familiar). Este estudio resalta cómo estos factores se entrelazan, demostrando la complejidad del aislamiento social que afecta múltiples dimensiones de sus vidas.

Asimismo, Montejo Carrasco et al. (2024) analizaron las variables y factores latentes que predicen la soledad en los/as adultos/as mayores, identificando los siguientes predictores: características sociodemográficas (edad, sexo, bajo nivel educativo), vivir solo (estado civil), salud mental (síntomas depresivos, baja

autoestima, interpretaciones negativas) y salud física (enfermedad crónica). Respecto propiamente con el estado civil, la viudez es un evento angustiante que generalmente ocurre en la longevidad, Yang y Gu (2021) señalaron que este tiene un efecto duradero y aumenta significativamente el riesgo de soledad, dado su impacto en la salud y el bienestar.

De igual manera, Barjaková et al. (2023) llevaron a cabo un análisis que examinó la soledad y sus factores de riesgos, agrupándolos en cuatro grupos: factores individuales (edad, sexo, raza/etnia/antecedentes migratorios, educación, empleo, situación económica, factores psicológicos, salud, estado civil/de pareja, condiciones de vida/tamaño del hogar, redes sociales, actividad social), factores sociales (características ambientales, características del entorno/barrio, contextuales/socioculturales) y factores de riesgo durante la COVID-19.

En esa misma línea, Van Tilburg (2021) profundizó en el concepto de soledad, destacando su naturaleza multidimensional. Según su investigación, la soledad se compone de tres dimensiones, como la soledad social, emocional y existencial (relaciones y/o falta de sentido en la vida). Además, destacó la asociación de estas tres formas de soledad con características sociodemográficas, incluyendo la edad, el sexo, el estado civil y la religión, lo que sugiere que la experiencia de la soledad varía considerablemente según estos factores.

Asimismo, Alonso-González et al. (2024) centraron su estudio en la prevalencia de la soledad en la población envejecida rural, encontrando así la relación con factores sociodemográficos (edad avanzada, sexo, ámbito geográfico, vivir solo, estado civil), factores de salud y factores sociales (apoyo social). Por su parte, Gallardo-Peralta et al., (2023) analizaron las variables psicosociales relacionadas con la soledad en adultos mayores indígenas y afrodescendientes en Chile. Su estudio destacó que los problemas de salud, la resiliencia (afrontar positivamente los desafíos y cambios inherentes a la vejez) y el funcionamiento familiar son factores determinantes en la experiencia de soledad. En esa línea, la soledad en la vejez parece ser un problema transcultural determinada por factores culturales con énfasis en las relaciones familiares o de parentesco, dado que las personas adultas mayores de minorías étnicas valoran la presencia en un entorno familiar que funcione como amortiguador contra la soledad.

También Dahlberg et al. (2022) analizaron los factores de riesgo de la soledad, identificando cinco categorías principales: demográficos (edad y género), socioeconómicos (ingresos del hogar, relación entre ingresos y necesidades, situación económica, situación laboral y nivel educativo), sociales (estado civil o de pareja, situación de convivencia, contactos sociales, apoyo social y discriminación), relacionados con la salud (salud autopercebida, funcionamiento cognitivo, condiciones de salud y limitaciones funcionales) y psicológicos (depresión, salud mental autopercebida, egocentrismo, personalidad, percepciones de la soledad).

Kino et al. (2023) estudiaron los factores asociados con el aislamiento y la soledad en las personas adultas mayores, identificando los siguientes predictores: sociodemográficas (edad, nivel educativo, género), económico (nivel socioeconómico e ingresos) y salud física y mental. Por su parte, Jutengren y Stahl (2024) examinaron cómo el papel mediador de la expresividad emocional positiva y negativa pueden contribuir a comprender las asociaciones entre la soledad social y sus predictores, tales como factores sociodemográficos (sexo, edad, situación social, nivel socioeconómico) y de salud (capacidad física, síntomas depresivos y salud autopercebida).

Siguiendo la línea de factores asociados a la soledad y aislamiento social, Moormann et al. (2024) estiman la prevalencia del aislamiento social en la población adulta mayor y examinan el impacto de múltiples determinantes en el aislamiento social en relación con los familiares y las amistades, identificando características sociodemográficas (edad, estado civil, género y nivel educativo), sociales (apoyo social, redes sociales, actividades instrumentales de la vida diaria), salud (enfermedades crónica, deterioro sensorial y comorbilidades somáticas, demencia, síntomas depresivos y mortalidad).

De igual forma, Tani et al. (2022) determinaron que el bienestar de las personas mayores depende de diversos factores que se relacionan con la soledad: salud (salud mental y física), sociodemográfico (sexo, nivel educativo, estado migratorio, estado civil, viudez, compañía conyugal) y social (redes sociales). Amate-Fortes et al. (2023) también destacan como factores de riesgo aquellos asociados a la salud y salud mental (tabaquismo, alcoholismo, sueño, obesidad, ITS, suicidio), las relaciones

interpersonales (asociaciones), los factores socioeconómicos (desempleo, problemas de vivienda), la alimentación, la densidad poblacional y la contaminación ambiental.

Finalmente, Victor et al. (2020) demostraron la prevalencia y determinantes de la soledad en la población envejecida con demencia. En ese sentido, el aislamiento social, la depresión y el hecho de vivir solo se asociaron con la sensación de soledad. Se identificaron las siguientes determinantes asociadas con la soledad: edad, sexo, estado civil, educación, situación de vida, número de condiciones de salud crónicas, función cognitiva. Teater et al. (2021) identificaron las correlaciones entre las variables de interacción social, salud física y salud mental. Es así como se analizaron variables asociadas a la soledad (estado civil, hogar unipersonal, salud física subjetiva), soledad emocional (hogar unipersonal, contacto social) y soledad social (estado civil, salud física subjetiva, salud cognitiva subjetiva y contacto social).

En suma, la revisión sistemática de la literatura ha permitido identificar cuatro grupos de factores de riesgo asociados, junto con sus respectivas variables dependientes e independientes (ver Anexo B), que están asociados con el aislamiento social y soledad no deseada en las personas adultas mayores. Estos grupos se utilizarán para el desarrollo del análisis situacional del grupo etario en el contexto peruano, a fin de evidenciar el riesgo del aislamiento social y la soledad no deseada, facilitando una comprensión más profunda de cómo estos factores interrelacionados afectan su bienestar.

2.7.3. Intervenciones que Contribuyen a Mitigar el Aislamiento Social y Soledad No Deseada

Como se viene demostrando, el aislamiento social y la soledad en las personas adultas mayores son problemas significativos que afectan su bienestar y calidad de vida. En ese sentido, es importante recoger, a partir de la literatura científica, experiencias o enfoques de estrategias orientadas a la prevención, mitigación y atención del aislamiento social y soledad no deseada de la población en estudio. Ello permitirá, posteriormente, proponer estrategias basadas en evidencia para la mitigación de estas problemáticas. Este análisis revisa 8 estudios que abordan diversas intervenciones, metodologías y hallazgos relacionados con la reducción del aislamiento social y la soledad (Ver Anexo C).

En primer lugar, Gardiner et al. (2018) identificaron una heterogeneidad significativa de intervenciones, categorizándolas en seis tipos: facilitación social, que incluye actividades grupales, programas de videoconferencia y centros de atención diurna; terapias psicológicas, con actividades grupales de enfoque terapéutico; atención sanitaria y social, mediante programas de atención en hogares de ancianos o entornos comunitarios; terapia asistida con animales; programas de amistad, como voluntariado y proyectos telefónicos para generar sentido de pertenencia; y desarrollo de habilidades y ocio, con programas de ocio, uso de computadoras e Internet, trabajo voluntario, vacaciones y deportes.

De igual manera, Paquet et al. (2023) identificaron 11 categorías de intervención agrupadas en cuatro temas principales. El primero es el aumento de las interacciones sociales, que incluye intervenciones generacionales, el fomento de relaciones mediante tecnología social y el acceso a entornos o comunidades de apoyo. El segundo es la promoción del bienestar mental y físico, que comprende actividades físicas y recreativas regulares, terapia psicológica y programas de compañía con animales o animales robot. El tercer tema es el apoyo instrumental, que incluye apoyo personalizado y vinculación con servicios proporcionados por terapeutas ocupacionales y profesionales de la salud, así como soluciones de tecnología de asistencia. Finalmente, el cuarto tema es la mejora de la salud social a través de la atención domiciliaria y comunitaria, englobando servicios de salud domiciliaria y telesalud.

En una revisión más reciente, Lee et al. (2021) realizaron un metanálisis en red para evaluar la eficacia comparativa de las intervenciones. En su investigación, identificaron que las actividades y servicios sociales o recreativos, los programas de ejercicio en grupo o individual, los servicios de salud como prestaciones de atención sanitaria, las intervenciones para entablar amistad como clubes, las intervenciones de ocio y las intervenciones multifacéticas que combinan diferentes enfoques son efectivas para aliviar la soledad. Asimismo, Williams et al. (2021) examinaron las intervenciones más efectivas para combatir la soledad, las cuales incluían terapias psicológicas, uso de animales y animales robóticos, programas educativos o de comunicación entre pares. Este contexto subraya la importancia de la flexibilidad e innovación en el diseño de intervenciones para las personas adultas mayores.

Asimismo, los estudios de Welch et al. (2023) y Sen et al. (2021) destacan la importancia de las intervenciones digitales, especialmente cuando se combinan con capacitación personalizada y participación comunitaria para reducir el aislamiento social en las personas adultas mayores. Es crucial abordar las brechas significativas en relación con el uso de tecnología digital en el grupo etario para así facilitar la interacción social, brindar programas o servicios que permitan mejorar la comunicación y conexión social. En ese sentido, los autores plantean capacitaciones técnicas para el uso de computadores, celulares, tabletas o cualquier forma de software, enlace web o sitio web para el acceso a Internet, de manera que se puedan acceder a recursos tales como teleasistencia médica, grupos de discusión y foros en línea, uso de la inteligencia artificial, redes sociales, aplicaciones de mensajería instantánea y asistentes virtuales.

Por último, el estudio de Meehan et al. (2023) resalta la importancia de las intervenciones comunitarias, como programas educativos o voluntarios para fomentar las conexiones, así como intervenciones sociales, como campañas para reducir el edadismo y programas que exploran el impacto del transporte público gratuito. Si bien se han identificado una gama de intervenciones, Fakoya et al. (2020) enfatizan la complejidad del aislamiento social y la soledad, concluyendo que no existe un enfoque único para abordar estos problemas. En su investigación, los autores subrayan la importancia de adaptar las intervenciones a las necesidades y circunstancias individuales de las personas mayores. Esto implica que las estrategias deben considerar factores como la salud física, el entorno social y las preferencias personales. Además, la investigación sugiere que es esencial evaluar continuamente la efectividad de las intervenciones implementadas, para asegurarse de que estén cumpliendo con los objetivos de reducir la soledad y mejorar su bienestar.

Sumado al subestudio sobre intervenciones para mitigar la soledad y el aislamiento en el contexto peruano, esta investigación se propone adaptar y evaluar las intervenciones de acuerdo con las tendencias y necesidades específicas de la población mayor a 60 años. La revisión de la literatura ha evidenciado diversas estrategias y enfoques efectivos en otros contextos, pero es crucial ajustarlos para que resuenen con las particularidades socioculturales y demográficas de Perú. Ante ello, se realizará un análisis situacional que evaluará el contexto actual en Perú, identificando sus necesidades específicas y barreras. Este estado situacional servirá

como base para diseñar intervenciones alineadas con los objetivos de bienestar y calidad de vida que se persiguen en esta población.



Capítulo 3. Análisis del Aislamiento Social y Soledad No Deseada para su Inclusión en la PNMPAM al 2030

En el presente capítulo, se realiza un análisis situacional de las personas adultas mayores en el contexto peruano, con el fin de evidenciar el riesgo de aislamiento social y la soledad no deseada. Para ello, se consideran los grupos de factores de riesgo asociados, previamente identificados en la revisión sistemática de la literatura: i) factores sociodemográficos; ii) factores de salud física y salud mental; iii) factores económicos; y iv) factores ambientales o del entorno.

A partir de estos cuatro grupos, se desarrolla el análisis considerando la información estadística nacional, complementada con datos regionales que permiten comparativamente evidenciar el grado de vulnerabilidad al que están expuestas la población mayor a 60 años en el país. Esto debido a la falta de datos específicos sobre las problemáticas que nos permitan realizar un análisis más exhaustivo, además de ayudar a visibilizar las brechas existentes en el país y cómo las problemáticas de la soledad no deseada y el aislamiento social profundizan en el menoscabo del bienestar de esta población.

Posteriormente, se examinan las causas y efectos de la PNMPAM al 2030 teniendo en cuenta el análisis desarrollado en relación con cada uno de los factores de riesgo asociados. Ello con el fin de evaluar la incorporación de causas indirectas relacionadas al aislamiento social y soledad no deseada, resaltando las problemáticas como un efecto indirecto que afecta negativamente el bienestar de las personas adultas mayores. De esta manera, se busca abordar la soledad no deseada y el aislamiento social en la PNMPAM, con el fin de contribuir al pleno ejercicio de sus derechos, garantizar su calidad de vida y promover su independencia durante la vejez.

3.1. Factores de Riesgo Asociados a la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en Adultos Mayores en el Perú

Como se mencionó previamente, el análisis situacional de la población mayor a 60 años en el país busca demostrar el riesgo de aislamiento social y soledad no deseada, recogiendo los cuatro grupos de factores de riesgo asociados. La elección de estos grupos se fundamenta en su relevancia y en la evidencia empírica desarrollada en la revisión sistemática de literatura, la cual muestra cómo cada uno

de estos factores impacta de manera significativa en el bienestar de la población en estudio, contribuyendo a su vulnerabilidad ante la soledad y el aislamiento.

El primer grupo, factores sociodemográficos, incluye variables como la edad, el género, el estado civil y la ubicación geográfica. El segundo grupo, factores de salud y salud mental, aborda aspectos relacionados con la prevalencia de enfermedades crónicas, discapacidad y trastornos psicológicos. Por su parte, el tercer grupo, factores económicos, examina la situación económica, las pensiones y la dependencia económica. Finalmente, el cuarto grupo, factores ambientales o del entorno, considera el impacto de la infraestructura, la comunidad y las redes de apoyo social en el bienestar de la población envejecida.

Este análisis ofrecerá una visión detallada del estado situacional de las personas mayores en Perú, evidenciando su grado de vulnerabilidad. A través de la evaluación de los factores de riesgo asociados, se facilitará la identificación de causas indirectas que están interrelacionadas con las causas directas de la PNMPAM. Asimismo, se pondrá de relieve la soledad no deseada y el aislamiento social como efecto indirecto que impacta de forma significativa en el bienestar general de las personas adultas mayores.

Tabla 2
Agrupación de Variables de Factores Asociados e Intervenciones para Mitigar la Soledad y Aislamiento Social en PAM, a partir de la revisión de literatura sistemática

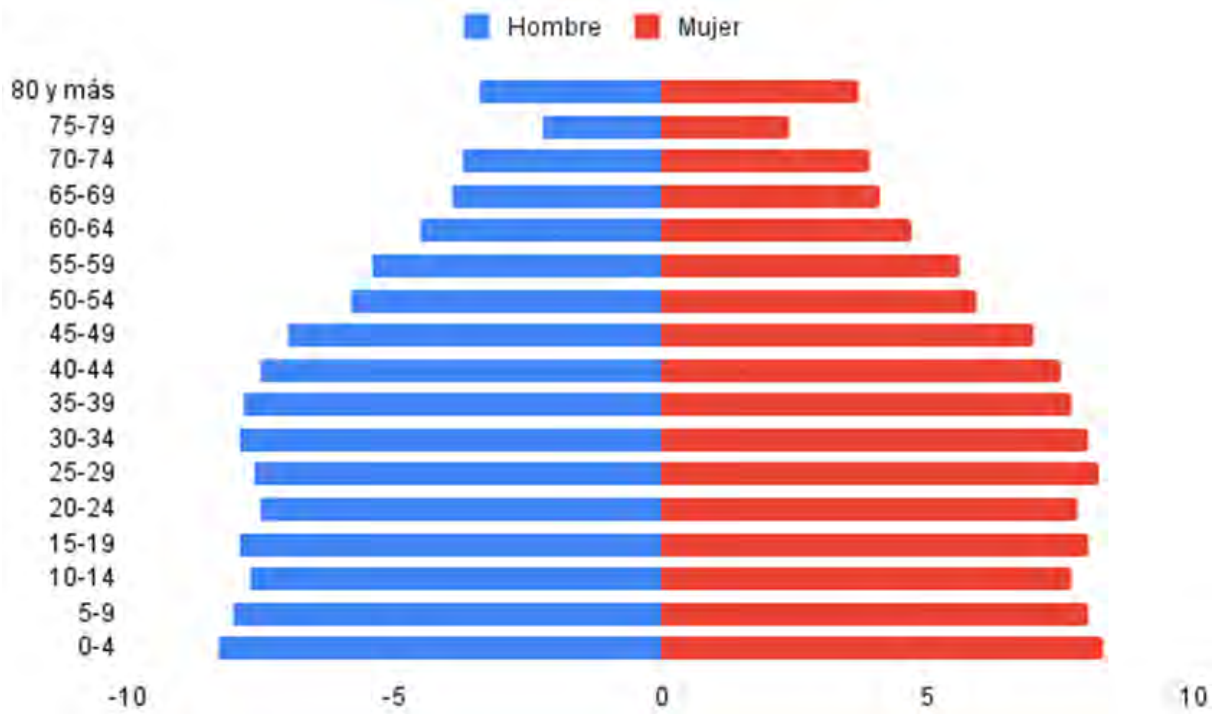
Factores Asociados a la Soledad y Aislamiento Social (<i>n</i> = 14 estudios)	Intervenciones para Mitigar la Soledad y Aislamiento Social (<i>n</i> = 8 estudios)
<ul style="list-style-type: none"> • Factores sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, ubicación geográfica, grupo étnico, nivel educativo, tipo de hogar y acceso a internet. • Factores de salud y salud mental: enfermedades crónicas, morbilidad, funcionalidad física, discapacidad, deterioro cognitivo, síntomas depresivos, baja autoestima, salud autopercebida. • Factores económicos: ingresos del hogar, situación económica, situación laboral, nivel socioeconómico y pobreza. • Factores ambientales/ del entorno: apoyo social, características del vecindario, tamaño de red social y familiar, actividades sociales, infraestructura, asociaciones y/u organizaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones de apoyo social y comunitario: actividades grupales, programas de voluntariados, programas educativos y campañas de concientización. • Intervenciones de salud y salud mental: actividades físicas y recreativas, programa de apoyo emocional, terapia psicológica y terapia asistida con animales. • Intervenciones de apoyo instrumental y económico: apoyo personalizado y vinculación con servicios profesionales, soluciones tecnológicas de asistencia y capacitación técnica, programas de apoyo y asistencia económica. • Intervenciones digitales y tecnológicas: capacitación en uso de tecnología, teleasistencia médica y telesalud, redes y conexión sociales.

Fuente: Elaboración propia.

3.1.1. Factores Sociodemográficos

La población peruana ha ido envejeciendo, ganando notoriedad la población de más de 60 años, incrementándose de 9% en el 2010 al 13.6% en el 2023 respecto a la población total (MIMP, 2023; El Peruano, 2023a). En este contexto, la estructura de la población peruana ha experimentado cambios, con un ensanchamiento notable en las edades de 30 años en adelante (INEI, 2024) (ver Figura 2). Este fenómeno refleja un envejecimiento progresivo de la población, debido a factores como la disminución de la tasa de natalidad a 2.2 hijos por mujer (UNFPA, 2023) y el aumento de la esperanza de vida a 73 años (Mc Cubbin, 2024).

Figura 2
Pirámide de población peruana en 2024



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), INEI (2024).

En la actualidad, existen alrededor de 4 598 000 personas de 60 años y más a nivel nacional, de las cuales 52.4% de las personas adultas mayores son mujeres y 47.6% son hombres (El Peruano, 2023); es decir, la población adulta mayor es mayoritariamente feminizada. En cuanto a su distribución geográfica, el 42.2% de los hogares en el país alberga al menos a una persona adulta de 60 años o más. De este grupo, el 46.5% reside en Lima Metropolitana, mientras que el 53.5% se encuentra en otras regiones del país (INEI, 2024). En esa misma línea, el INEI (2024) evidencia que

esta población habita principalmente en Lima Metropolitana (46.5%), seguida por aquella que vive en áreas rurales (45.2%) y el resto urbano (37.9%).

Además, aproximadamente 924 000 personas se autoidentifican como indígenas u originarios de los Andes, 15 000 como indígenas u originarios de la Amazonía y 107 000 como población afroperuana (INEI, 2018). Esto significa que alrededor del 22.7% de las personas adultas mayores pertenecen a una minoría étnica. Situación conlleva una doble vulnerabilidad, ya que enfrentan discriminación tanto por su edad como por su identidad étnica. Es fundamental destacar que las personas mayores que pertenecen a pueblos indígenas u originarios, así como a la población afroperuana, provienen de grupos históricamente marginados, cuyo ejercicio de derechos se ve severamente limitado por la falta de oportunidades. En este contexto, también persisten altos niveles de pobreza y pobreza extrema, lo que agrava aún más su situación y limita su acceso a servicios esenciales.

Por su parte, del total de los hogares en el país, el 27.2% tiene como jefe de hogar a un/a adulto/a mayor, siendo más común que las mujeres (28.9%) dirijan estos hogares en comparación con los hombres (26.3%). Del 49.3% de los hogares encabezados por adultos/as mayores, el 49.3% son de tipo nuclear, es decir, están compuestos por una pareja con o sin hijos (INEI, 2024). Asimismo, el 23.6% viven en hogares unipersonales, lo que implica que viven solos y carecen de una red de apoyo familiar y comunitario (MIMP, 2021; INEI, 2024). Esta tendencia ha aumentado en 2.9% desde 2019 y se acentúa al diferenciar los datos por sexo: el 36.1% de las mujeres adultas mayores viven solas, en comparación con el 17.5% de los hombres adultos mayores (INEI, 2024).

En América Latina y el Caribe, el porcentaje de personas que viven solas aumenta con la edad, pero se mantiene entre el 5% y el 20%, con algunas excepciones. Aunque países como Perú, Colombia y Venezuela suelen tener hogares conformados por 4 o más personas (Esteve y Zueras, 2021), los datos del INEI (2024) muestran una tendencia creciente de personas que viven solas. Un caso particular se observa entre las personas adultas mayores que se autoidentifican como parte de un pueblo indígena u originario, donde los hogares unipersonales están predominantemente liderados por personas entre 0 y 6 años de escolaridad. En este

sentido, Perú, junto con Guatemala, Colombia y México, destaca por esta singularidad en la región (OPS, 2023).

La tendencia de hogares unipersonales puede explicarse también por el descenso en matrimonios en la población peruana y el incremento en la tasa de viudez entre la población envejecida. En 2024, se ha registrado la cifra más baja de matrimonios en la última década, con solo el 58.1% de ellas estando casadas o conviviendo (INEI, 2024). Paralelamente, el 23.4% es viudo/a. Esta tasa de viudez se ha mantenido relativamente estable, aunque el aumento en el número de viudos y la reducción en las tasas de matrimonio de la población en general contribuyen al crecimiento en el número de hogares unipersonales. La combinación de estos factores refleja cambios en las estructuras familiares y en las dinámicas de convivencia de la población mayor a 60 años en el país (INEI, 2024).

En cuanto a la educación, se observan diferencias significativas según la ubicación geográfica y el sexo. El 11.7% de la población adulta mayor no tiene un nivel educativo o solo ha alcanzado el nivel inicial. Entre ellos, el 25.6% reside en áreas rurales, en contraste con el 7.7% que vive en áreas urbanas. Respecto al sexo, el 3.5% de los hombres adultos mayores no tienen un nivel educativo o solo han completado el nivel inicial, frente al 19.1% de las mujeres en la misma situación. Dentro de las mujeres adultas mayores, el 43.1% de las que viven en áreas rurales carecen de educación básica o solo han cursado el nivel inicial, en contraste con el 7.3% de los hombres en áreas rurales (INEI, 2024).

Además, solo el 29.5% de las personas adultas mayores a nivel nacional han concluido la educación secundaria. Dentro de este grupo, el 32.7% son hombres y el 26.7% son mujeres. La finalización de la secundaria varía significativamente según la ubicación geográfica: el 34.4% que han concluido la secundaria residen en áreas urbanas, mientras que solo el 12.7% provienen de áreas rurales. Esta disparidad se acentúa al considerar el sexo y la ubicación geográfica, ya que solo el 7.0% de las mujeres en áreas rurales han completado la secundaria (INEI, 2024). Estos datos reflejan las brechas persistentes en el acceso a la educación para esta población, destacando las brechas significativas con relación al sexo y la ubicación geográfica.

De igual manera, en América Latina y el Caribe, persiste un rezago educativo significativo entre las mujeres mayores de 60 años en países como Guatemala,

Nicaragua, Bolivia, El Salvador, Ecuador, Honduras, Paraguay y Perú, donde el analfabetismo alcanza el 15.6%. En cuanto al nivel de educación primaria y secundaria baja, Perú se encuentra rezagado en comparación con otros países, lo que indica que una gran proporción de las personas adultas mayores no logra completar la educación secundaria alta (39.1%). Sin embargo, de aquellas que acceden a este nivel, un porcentaje considerable culmina sus estudios tales como Bolivia (26.9%), Brasil (37.5%), Colombia (34.9%), Costa Rica (27.2%), Ecuador (29.2%), Paraguay (27.4%) y Uruguay (25.7%) (CEPAL, 2022).

En cuanto al uso de Internet, el 47.5% lo utiliza. Sin embargo, se observa una brecha digital significativa tanto por sexo como por ubicación geográfica. Sobre el sexo, el 51.9% de los hombres utilizan Internet, en comparación con el 43.5% de las mujeres. Respecto a la ubicación geográfica, el 57.5% de la población adulta mayor en áreas urbanas utilizan Internet, en contraste al 12.9% en áreas rurales (INEI, 2024). Esta diferencia se acentúa al tomar en cuenta el sexo y la ubicación geográfica, puesto que solo el 9.6% de las mujeres en áreas rurales cuentan con acceso a Internet (INEI, 2024). De acuerdo con los datos de la CEPAL (2022), en América Latina, el 54% de las personas mayores de 65 años no tienen acceso a Internet, y, aun cuando disponen de acceso, esto no garantiza su uso efectivo ni la apropiación de las herramientas digitales.

Es importante resaltar que la brecha de acceso a Internet se agrava por el acceso limitado a energía de calidad, cuyo uso varía según el ciclo de vida de las personas. Vivir en viviendas con fuentes de energía adecuadas influye en la calidad de vida de grupos con mayor dependencia, ya que una energía deficiente puede limitar la posibilidad de acceder a servicios y recursos para el desarrollo de la persona (Dehays Rocha y Schuschny, 2019). En ese sentido, aunque el acceso a electricidad en hogares con adultos mayores supera el 83% en áreas rurales y el 99% en áreas urbanas, esto no garantiza calidad. Un estudio de Schirmer Soares et al. (2023) revela que, en la sierra norte y centro, más del 90% de los hogares sufren pobreza energética, con más del 63% en pobreza energética severa, y en la selva, la cifra supera el 85%.

3.1.2. Factores de Salud y Salud Mental

En América Latina, la situación de las personas adultas mayores frente al acceso a servicios de salud y la cobertura de seguros revela importantes desafíos. Aunque una gran proporción cuenta con algún tipo de seguro, como se observa en el caso de Perú donde el 92% de esta población está asegurada (INEI, 2024), muchos aún enfrentan dificultades significativas para acceder a atención médica adecuada. A nivel regional, esto no es una excepción. El informe de la CEPAL (2022) señala que el 66% de peruanos mayores a 60 años experimentan barreras para acceder a los servicios de salud, siendo el país con mayor porcentaje en la región en este aspecto, en comparación con países como Chile y Uruguay, donde solo un 7% y 5% enfrentan estas dificultades, respectivamente.

En cuanto a la distribución del aseguramiento, el 48.3% de las personas mayores de 60 años está afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS), mientras que el 37.8% está cubierto por EsSalud y un 5.9% tiene acceso a otros seguros. Sin embargo, solo el 36.8% de ellas con enfermedades crónicas busca atención médica, lo que revela una desconexión significativa entre la cobertura y el uso efectivo de los servicios de salud (INEI, 2024). Esta brecha es aún más preocupante cuando se observa que el 11.6% de aquellos que padecen enfermedades crónicas recurren a farmacias o boticas en lugar de centros de salud, a pesar de tener seguro (INEI, 2024).

Esto sugiere que, aunque la mayoría están asegurados, el sistema de salud no está cumpliendo completamente con sus necesidades. La falta de capacidad para atenderlas podría estar obligando a muchos a recurrir a estos establecimientos para obtener medicamentos y asistencia básica (INEI, 2024). La prolongación de la esperanza de vida en Perú, que actualmente es de 73 años, no garantiza necesariamente que las personas mayores vivan en condiciones de buena salud durante sus últimos años de vida. De hecho, en promedio, solo 10 de estos años se viven con buena salud, mientras que alrededor de cuatro años se pasan con problemas de salud significativos. Este panorama se ve agravado por el crecimiento acelerado de la población de la tercera edad, lo que ha aumentado el número de personas que viven con enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles (CEPAL, 2022).

Entre las enfermedades más comunes en los/as adultos/as mayores de Perú, el 80.3% padece alguna enfermedad crónica, incluyendo artritis, hipertensión, asma, diabetes, reumatismo, tuberculosis (TBC), VIH y niveles elevados de colesterol (INEI, 2024). Esta alta prevalencia refleja la carga de enfermedades no transmisibles que afecta a esta población y que, según la OPS (2022), es una tendencia observada en toda América Latina. En países como Brasil y Argentina, el 75-80% también padece enfermedades crónicas, lo que subraya la necesidad de fortalecer los servicios de salud en la región para esta población.

En términos de salud mental, aproximadamente el 20% de las personas adultas mayores en Perú presenta algún tipo de trastorno mental, con grados variables de severidad. Entre los trastornos más frecuentes se encuentran la depresión y la ansiedad, que afectan profundamente su calidad de vida. La depresión en particular es un problema de salud mental subdiagnosticado en América Latina, donde hasta un 15% puede experimentar síntomas depresivos significativos, según estudios realizados en Chile y México (Zenebe et al., 2021; Felipe et al., 2022).

Asimismo, en Perú, se estima que el 2% de este grupo etario padece Trastorno Depresivo Mayor, el cual se manifiesta en sentimientos de tristeza, desesperanza, apatía, aislamiento social y deterioro de las funciones cognitivas, lo que agrava el riesgo de aislamiento social y soledad no deseada (Acosta González, 2024). Estas cifras reflejan la urgente necesidad de mejorar el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales en las personas de la tercera edad. La falta de diagnóstico temprano y la escasa cobertura de servicios especializados contribuyen a una mayor vulnerabilidad en esta población. A esto se suma la invisibilidad de los trastornos mentales en los sistemas de salud, donde predominan las intervenciones para enfermedades físicas, pero se descuida la atención integral que también aborde el bienestar psicológico (González et al., 2023).

En relación con la discapacidad, el 46.2% de la población en estudio padece alguna forma de discapacidad, con una prevalencia significativamente mayor en mujeres (53.1%) en comparación con los hombres (40.3%) (INEI, 2024). Este dato no solo evidencia la alta incidencia de discapacidades, sino también las desigualdades de género en términos de salud y acceso a servicios. Esta disparidad se acentúa aún más en las mujeres indígenas u originarias, quienes presentan mayores tasas de

discapacidad, especialmente discapacidades motoras, debido a condiciones de vida más precarias y menor acceso a servicios médicos y sociales adecuados (OPS, 2023b).

Según la CEPAL (2022), la prevalencia de discapacidades es alta en toda la región, pero se agudiza en comunidades en áreas rurales y con bajos ingresos. Además, estas personas no solo padecen mayores tasas de discapacidad física y sensorial, sino que también son más vulnerables a desarrollar otras condiciones crónicas como diabetes, hipertensión, depresión y enfermedades respiratorias. La doble vulnerabilidad de las personas adultas mayores con discapacidad es particularmente preocupante para su movilidad. Muchos entornos, ya sean públicos, privados o incluso sus propios hogares, no están adaptados para personas con discapacidades, lo que restringe su capacidad excluyéndolos socialmente.

3.1.3. Factores Económicos

En cuanto a la participación económica de las personas adultas mayores, el 49.2% de este grupo no forma parte de la Población Económicamente Activa (PEA), reflejando una exclusión significativa del mercado laboral (INEI, 2024). Esta situación varía por edad, donde el 32.3% corresponde a personas de entre 60 y 69 años, mientras que el 66.8% de las personas de 70 años o más no participan en la PEA. Esta tendencia refleja un declive natural en la participación económica a medida que avanza la edad. Sin embargo, también existe una marcada brecha de género: el 58.8% de las mujeres mayores no participan en la PEA, en comparación con el 39.4% de los hombres (INEI, 2024). Esto pone de manifiesto las barreras estructurales que enfrentan las mujeres mayores, tales como responsabilidades de cuidado no remuneradas y un acceso limitado a recursos económicos durante su vida laboral, lo que las margina del empleo formal en la vejez.

La alta prevalencia del empleo informal en esta población agrava aún más su situación de vulnerabilidad. El 77.9% que continúan trabajando lo hacen en empleos informales, es decir, sin acceso a protección social, seguridad laboral o prestaciones, como seguro de salud y pensiones (INEI, 2024). Este problema afecta especialmente a las mujeres adultas mayores, donde el 80.8% de ellas trabaja en el sector informal, y es aún más acentuado en áreas rurales, donde el 97.5% enfrenta condiciones de informalidad (INEI, 2024). Esta realidad refleja la precariedad laboral que las obliga

seguir trabajando en empleos mal remunerados y sin beneficios, debido a la insuficiencia de ingresos y las limitaciones del sistema de pensiones.

La limitada cobertura del sistema previsional en Perú es uno de los factores clave que contribuyen a esta problemática. De acuerdo con datos de la CEPAL (2022), una gran parte de las personas adultas mayores no recibe ninguna pensión, lo que las obliga a continuar trabajando mucho más allá de la edad de jubilación en condiciones de vulnerabilidad laboral. Este fenómeno no es exclusivo de Perú, sino que se observa también en otros países de América Latina, como México y Colombia, donde los sistemas de pensiones enfrentan desafíos de sostenibilidad y cobertura. Aquellas que no cuentan con ingresos regulares a través de una pensión están más expuestas a la pobreza, la exclusión y mayores niveles de vulnerabilidad, lo que repercute negativamente en su bienestar y calidad de vida (CEPAL, 2022).

En el caso peruano, solo el 33.8% de la población etaria mayor a 60 años está afiliada a algún sistema de pensiones, con una diferencia significativa entre géneros: el 42.7% de los hombres tiene acceso a una pensión, en contraste con solo el 23.1% de las mujeres (INEI, 2024). La baja cobertura del sistema de pensiones y sus limitaciones contribuyen en gran medida a que el 20.9% de las personas mayores en el país viva en situación de pobreza, lo que las obliga a continuar trabajando en la vejez. Incluso aquellos que reciben pensiones suelen encontrar que los montos no son suficientes para cubrir sus necesidades básicas, perpetuando así la precariedad económica durante la vejez (CEPAL, 2022).

El programa Pensión 65, implementado por el gobierno peruano, otorga subvenciones monetarias bimestrales de S/ 250.00 soles a los/as adultos/as mayores en situación de pobreza extrema. Empero, este monto es claramente insuficiente para cubrir sus necesidades básicas en un contexto de inflación y aumento del costo de vida. Actualmente, el valor de esta subvención se encuentra muy por debajo del costo de la canasta básica, la cual en Perú supera los S/ 744.00 soles mensuales por persona (Angulo, 2024). Esto significa que la ayuda proporcionada por Pensión 65 cubre menos de la mitad de las necesidades mínimas de una persona, dejando a los beneficiarios en una situación de vulnerabilidad económica que los obliga a depender de otras fuentes de ingreso, como el trabajo informal o el apoyo familiar. Sumado a

ello, solo el 73.9% en esta situación accede a este programa, lo que significa que un porcentaje considerable de la población queda desprotegido (MIMP, 2023b).

En efecto, la falta de ingresos adecuados tiene un impacto directo en el acceso a servicios esenciales, como salud, alimentación adecuada, vivienda digna y participación en actividades sociales y recreativas. Esta carencia limita su bienestar integral y contribuye a perpetuar el ciclo de pobreza y exclusión social, afectando de manera directa su calidad de vida en la vejez (CEPAL, 2022).

3.1.4. Factores Ambientales/del Entorno

El Estado peruano tiene la responsabilidad de proteger y garantizar los derechos de las personas adultas mayores. El MIMP como entidad encargada de liderar esta labor, ha implementado una serie de políticas, programas y servicios esenciales en coordinación con los gobiernos regionales y otras instituciones. Estas iniciativas están diseñadas para atender las diversas necesidades de esta población, con el objetivo de asegurar su bienestar y mejorar su calidad de vida.

A continuación, se detallan los servicios identificados en beneficio del grupo objetivo. El Programa de Medidas Integrales para Personas de 60 años a más (Mi60+) es una iniciativa que se enfoca en la atención inmediata, operativos de rescate y seguimiento continuo a casos de adultos/as mayores en situación de riesgo, como pobreza, dependencia, fragilidad, y violencia familiar, institucional o social. Su objetivo es garantizar el pleno ejercicio de sus derechos, a través de intervenciones que aseguren su protección y bienestar, a través de un enfoque integral y preventivo, coordinando acciones para mejorar la calidad de vida y fomentar el envejecimiento activo y saludable (MIMP, 2024).

Asimismo, el MIMP (2024) gestiona 385 Centros de Atención para Personas Adultas Mayores (CEAPAM), la mayoría ubicados en Lima Metropolitana y Callao. Estos centros, accesibles tanto en espacios públicos como privados, tienen como principal objetivo fomentar la autonomía, independencia y mejorar su calidad de vida. Entre los servicios que ofrecen, los más comunes son los Centros de Atención Residencial (CAR), aunque también se brindan modalidades menos frecuentes como los Centros de Atención de Día (CAD), de Noche (CAN) y Temporales (CAT).

No obstante, se han identificado algunos problemas en la gestión de estos centros, como la operación de CAR sin la debida licencia y acreditación, lo cual pone en riesgo la calidad del servicio que se ofrece. Además, se ha destacado la necesidad de mejorar la formación del personal en temas de cuidado, con el fin de asegurar que esta población reciba un trato adecuado y digno. Esta capacitación es esencial para garantizar que los/as cuidadores/as, tanto profesionales como familiares, estén equipadas para brindar una atención de calidad y respetuosa, clave para su bienestar integral.

El MIMP (2024) también ofrece servicios especializados a través de aproximadamente 890 Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), los cuales se enfocan en la prevención de situaciones de riesgo. Estos centros abordan temas como educación, recreación, deporte y salud, así como otros aspectos clave del envejecimiento, con el fin de realizar acciones preventivas y de mitigación para las personas adultas mayores que enfrentan condiciones de pobreza, dependencia, fragilidad o violencia.

Los CIAM promueven activamente la participación e integración social, económica y cultural de la población envejecida, proporcionando un espacio donde pueden mantenerse activas y conectadas con su comunidad. Sin embargo, a pesar de la importancia de estos servicios, existe una brecha considerable en su cobertura, particularmente en Lima Metropolitana y Callao. En estas áreas, la cantidad atendidas por cada CIAM es alta, con una relación de 12,669 y 17,715 personas por centro, respectivamente, lo que limita el alcance y la calidad de los servicios ofrecidos (MIMP, 2024).

El MIMP, a través del INABIF, también capacita a familiares de personas adultas mayores para que puedan brindar una atención adecuada en el hogar. Estas capacitaciones cubren aspectos esenciales como el manejo de problemas de salud comunes, así como el tratamiento de enfermedades, deficiencias, discapacidades y situaciones de dependencia. Además, se abordan temas clave como los síndromes geriátricos, la estimulación terapéutica y rehabilitadora, la atención sanitaria, y la higiene personal y del entorno. También se enseña a los familiares cómo adaptar el entorno del hogar para hacerlo más seguro y accesible, y se les instruye sobre la

nutrición adecuada, la alimentación y la deglución, así como el cuidado de la salud bucal (INABIF, 2017).

Esta formación es crucial porque los familiares son, en muchos casos, los principales cuidadores de las personas adultas mayores. La capacidad de brindar cuidados en el hogar contribuye significativamente a su bienestar y calidad de vida, ayudando a prevenir complicaciones de salud y promoviendo una vida más digna. Al equipar a los familiares con conocimientos y habilidades específicas, se fortalece la red de cuidados, permitiendo que reciban atención integral, tanto física como emocional, en un entorno familiar que puede ser más propicio para su recuperación y bienestar que una institución formal. Además, esta capacitación no solo beneficia a la población beneficiaria, sino que también reduce la carga emocional y física sobre la familia, al proporcionarles herramientas para enfrentar las demandas de cuidado. De esta forma, una atención más informada y adecuada permite disminuir los riesgos asociados a errores en el cuidado, como la mala administración de medicamentos o la falta de estimulación física, contribuyendo a su bienestar (INABIF, 2017).

En relación con la participación en espacios de encuentro y diálogo, el número de estos espacios sigue siendo limitado. Entre ellos, los Consejos Regionales para las PAM (COREPAM) están presentes en alrededor de 16 regiones del país. Además, solo el 35.5% del grupo poblacional mayor a 60 años están inscritas o pertenecen a alguna organización social, lo que sugiere que aproximadamente 1 de cada 3 adultos mayores podría beneficiarse de una mayor integración en actividades que promuevan la interacción social y el apoyo mutuo (MIMP, 2021).

Asimismo, los 126 Centros del Adulto Mayor (CAM) administrados por EsSalud ofrecen espacios para el encuentro de las personas adultas mayores, a través de programas de integración familiar, intergeneracional, sociocultural, recreativo, productivo y de estilos de vida que fomentan un envejecimiento activo y saludable. No obstante, estos centros atienden solo a alrededor de 98 000 usuarios a nivel nacional, y se limitan a la población adulta mayor asegurada. Además, EsSalud cuenta con Círculos del Adulto Mayor (CIRAM), que funcionan en áreas donde no existen CAM. Aunque hay más de 106 CIRAM a nivel nacional, no se dispone de información clara sobre su cobertura o desempeño (MIMP, 2021).

Por último, el programa Saberes Productivos de Pensión 65, coordinado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) en alianza con los gobiernos locales, está presente en alrededor de 1,024 municipalidades, de las cuales 201 son consideradas de extrema pobreza. Este programa busca revalorizar el rol de las personas adultas mayores como portadores de saberes mediante la transmisión intergeneracional de conocimientos. A pesar de estos esfuerzos, la precaria institucionalidad pública limita la participación efectiva de la población adulta mayor, que sigue siendo sistemáticamente excluida de los espacios de decisión política y de la participación social, cultural y laboral (MIMP, 2021).

Este análisis ofrece una comprensión detallada de las dinámicas sociales, económicas, culturales y del entorno que generan el riesgo de aislamiento social y soledad no deseada en las personas adultas mayores en Perú. El acelerado envejecimiento de la población peruana ha incrementado la proporción del grupo etario, lo que tiene importantes implicaciones demográficas. Este fenómeno ha fomentado un aumento de hogares unipersonales, sobre todo entre mujeres mayores de 60 años, reflejando una tendencia creciente hacia la soledad no deseada. Factores como la disminución de matrimonios y el aumento de la viudez también contribuyen al aislamiento social de este grupo.

De hecho, el perfil del adulto mayor peruano más vulnerable al aislamiento social y la soledad no deseada está compuesto principalmente por mujeres mayores de 60 años, viudas o solteras, que viven solas, en situación de discapacidad, con bajos niveles educativos y mayormente ubicadas en áreas rurales o en condiciones de pobreza. Estas personas enfrentan múltiples barreras para acceder a redes de apoyo social y a servicios básicos, lo que las coloca en una situación de desventaja social significativa.

Además, las personas adultas mayores que padecen enfermedades crónicas, limitaciones funcionales o problemas de salud mental, como la depresión, tienen una mayor predisposición a experimentar aislamiento social. Las disparidades en educación y acceso a Internet entre áreas urbanas y rurales, así como entre géneros y grupos étnicos, limitan las oportunidades de interacción social y el acceso a recursos y servicios esenciales. La falta de habilidades digitales intensifica este aislamiento, dejándolas excluidas de la vida comunitaria.

A pesar de que un alto porcentaje de la población adulta mayor está asegurada, el acceso a servicios de salud es deficiente, lo que las deja con enfermedades transmisibles, no transmisibles y trastornos mentales sin diagnóstico ni tratamiento adecuado. La discapacidad y la atención sanitaria insuficiente agravan aún más la situación de aislamiento social y soledad no deseada. Sumado a esto, la alta informalidad laboral y la baja afiliación a sistemas de pensiones generan una vulnerabilidad económica que dificulta el acceso a servicios esenciales y actividades sociales, profundizando su exclusión.

Aunque existen programas y centros destinados a apoyar a las personas adultas mayores, su cobertura es limitada y desigual, especialmente en áreas rurales y para poblaciones indígenas u originarias, dada la precariedad de un enfoque territorial e intercultural. También la falta de infraestructura adecuada, junto con la baja participación social y cultural, perpetúan el aislamiento.

En este contexto, la presente investigación sostiene la importancia de abordar las problemáticas del aislamiento social y soledad no deseada, dada la urgencia de abordar medidas que fortalezcan el bienestar de las personas adultas mayores, asegurando así una mejor calidad de vida y una vejez más digna y plena para esta población vulnerable considerando sus necesidades específicas. A continuación, se realizará el análisis de causas y efectos considerando el análisis situacional de los factores de riesgo asociados, realizando una evaluación de la relevancia de incluir ambos fenómenos en el PNMPAM.

3.2. Soledad No Deseada y Aislamiento Social en las Causas y Efectos de la PNMPAM al 2030

En este apartado, se presenta un análisis de las causas y efectos de la PNMPAM al 2030. El objetivo es identificar y complementar las causas y efectos previamente establecidos en relación con la soledad no deseada y el aislamiento social, buscando así contribuir al pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, garantizar su calidad de vida y promover su independencia en la vejez.

Este estudio es fundamental, ya que la PNMPAM ha centrado su atención en el aislamiento social y la soledad principalmente en aspectos de participación social y movilidad, omitiendo las condiciones subyacentes, pese a que ambas son

problemáticas crecientes e importantes que afectan significativamente su calidad de vida y el bienestar. Para contribuir al cierre de un enfoque integral, se exploran las áreas que la política vigente no aborda, enfatizando la necesidad de abordar las problemáticas a fin de complementar la PNMPAM. De este modo, se propone la incorporación de causas indirectas basadas en el análisis situacional que evidencia la vulnerabilidad de las personas adultas mayores, destacando la soledad no deseada y el aislamiento social como efectos indirectos que afectan negativamente su bienestar.

En ese sentido, a partir de los factores de riesgo asociados identificados a partir de la revisión sistemática de literatura y, posteriormente, analizados en el contexto peruano, se resaltan las aristas más relevantes para ser abordadas para complementar la política vigente. Por ello, al incorporar estos hallazgos en la PNMPAM, se espera generar un impacto significativo en la calidad de vida de las personas adultas mayores y fomentar su participación activa en la sociedad, asegurando así un envejecimiento digno y pleno.

3.2.1. Análisis de la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en las Causas de la PNMPAM al 2030

La PNMPAM al 2030 aborda causas directas e indirectas que menoscaban el bienestar de las personas adultas mayores. Sin embargo, es importante señalar que, a pesar de que la política se centra en causas directas relevantes, tanto la soledad no deseada como el aislamiento social no se abordan de manera explícita ni sistemática, pese a que son problemáticas relacionadas con el bienestar integral de la población objetivo. Esta omisión puede limitar significativamente el enfoque integral de la política, dado que tanto la soledad no deseada como el aislamiento social están vinculados a una serie de factores sociodemográficos, económicos, de salud física y mental, y ambientales. Ignorar estos elementos perpetúa una atención insuficiente a las necesidades multidimensionales de las personas adultas mayores. Por lo tanto, en este apartado se presentan las causas directas e indirectas identificadas. Posteriormente, se realiza una evaluación de aquellas áreas no abordadas basadas en el aislamiento social y soledad no deseada.

3.2.1.1. Vulneración del Derecho al Buen Trato

Esta causa refleja el trato inadecuado que muchas personas adultas mayores reciben producto de interacciones sociales, tanto en el ámbito familiar como

institucional. La falta de discriminación, los prejuicios, los estereotipos y la violencia ejercida deterioran el bienestar físico, mental, emocional y social de este grupo, siendo una clara vulneración de su derecho a vivir en condiciones de respeto y dignidad. La vulneración del derecho al buen trato está relacionada con patrones de comportamiento que incluyen prejuicios, estigmatización y un deficiente acceso a la justicia (MIMP, 2021). A continuación, las causas indirectas consideradas en la política vigente:

- a) Crecientes niveles de violencia: El aumento de la violencia, tanto física como emocional, hacia las personas adultas mayores es una preocupación constante. Las agresiones pueden ocurrir en el entorno familiar, en instituciones de salud o sociales, y se ven exacerbadas por el desconocimiento de los derechos de este grupo, la falta de medidas de protección eficaces y la ausencia de un apoyo adecuado por parte de la comunidad y del Estado (MIMP, 2021).
- b) Prejuicios y estereotipos negativos: La sociedad tiende a desarrollar estereotipos negativos sobre las personas adultas mayores, percibiéndolas como personas dependientes, incapaces o improductivas. Estos prejuicios conducen a actitudes de discriminación, tanto en el ámbito laboral como social, limitando las oportunidades para que ejerzan plenamente sus derechos y mantengan su autonomía (MIMP, 2021).
- c) Inadecuado acceso a la justicia: Las personas adultas mayores enfrentan barreras significativas para acceder al sistema de justicia, tanto por la falta de recursos como por la inadecuada adaptación de los servicios judiciales a sus necesidades. Esta situación dificulta que puedan defender sus derechos y encontrar protección frente a abusos o maltratos. La falta de procedimientos adecuados y personal capacitado en temas de gerontología agrava la situación (MIMP, 2021).

Garantizar un trato digno y respetuoso es crucial para promover una vejez saludable. No reflexionar sobre la importancia del buen trato puede aumentar la vulnerabilidad de las personas adultas mayores, comprometiendo su bienestar general. Investigaciones como la de Holt-Lunstad et al. (2010) han demostrado que la soledad y el aislamiento son factores de riesgo clave para el maltrato en adultos mayores. Aquellos que carecen de redes de apoyo social se ven más expuestos a

abusos físicos y emocionales. Por su parte, Dong (2015) señalan que la falta de interacción social contribuye a la normalización del maltrato. Muchas víctimas no denuncian los abusos por miedo a la soledad o por no tener a quién recurrir. Por tanto, se debe priorizar la defensa de sus derechos, así como reforzar sus redes sociales, que pueden servir como una barrera protectora frente a posibles abusos. Fomentar la inclusión y fortalecer estas redes no solo mejora la calidad de vida de las personas adultas mayores, sino que también reduce los riesgos vinculados al maltrato y la soledad.

3.2.1.2. Inadecuado Cuidado para las Personas Adultas Mayores

Esta causa expone sobre el acceso limitado a cuidados especializados durante la vejez, lo cual compromete la calidad de vida y la autonomía de las personas adultas mayores. En el Perú, la responsabilidad del cuidado recae predominantemente en la red familiar —especialmente en las mujeres—. Esta situación, combinada con una oferta pública insuficiente y una institucionalidad débil, afecta negativamente el bienestar integral de este grupo poblacional (MIMP, 2021).

En particular, los Centros de Atención para Personas Adultas Mayores (CEAPAM), que brindan cuidados especializados a mayores de 60 años, son escasos y no logran cubrir la demanda actual, ni mucho menos la futura. Esta brecha se vuelve más crítica en un contexto donde crece el número de personas mayores que viven solas, precisamente quienes requieren mayor atención en estos servicios públicos (MIMP, 2021).

Ante la creciente demanda de cuidados por parte de personas adultas mayores que viven solas y/ o tienen discapacidad, resulta necesario que el Estado y el mercado garanticen el acceso a estos servicios, más aún considerando la situación de pobreza y las desigualdades que enfrentan esta población (MIMP, 2021). A continuación, las causas indirectas consideradas en la política vigente:

- a) Oferta insuficiente de servicios de cuidado: La demanda de servicios de cuidado para personas adultas mayores es alta debido a las necesidades específicas de este grupo, como las discapacidades físicas y mentales y la alta prevalencia de personas adultas mayores que viven solas sin redes de apoyo. El 38.4% de las personas adultas mayores de 70 años viven solas en el Perú. Esta situación se agrava en las áreas rurales, donde el acceso a servicios de

cuidado es más limitado. La insuficiencia de servicios está relacionada con una institucionalidad pública precaria que no ha generado suficientes servicios para este grupo vulnerable (MIMP, 2021).

- b) Reducida oferta formativa en cuidado con enfoque gerontológico y geriátrico: Existe una escasez de formación especializada en gerontología y geriatría, lo que limita la disponibilidad de profesionales capacitados para atender las necesidades específicas de las personas adultas mayores. A pesar de algunos esfuerzos de capacitación para cuidadores familiares, la oferta formativa sigue siendo insuficiente, y la demanda potencial es mucho mayor, ya que aproximadamente el 39.1% de los hogares peruanos tienen al menos una persona mayor de 60 años (MIMP, 2021).

Garantizar el derecho al cuidado de las personas adultas mayores implica reconocer el derecho de cada individuo en tres dimensiones fundamentales: brindar cuidado, recibirlo y practicar el autocuidado. Además, este enfoque debe valorar el trabajo de quienes proveen el cuidado y garantizar sus derechos (CEPAL, 2023b). En el contexto de la soledad no deseada y el aislamiento social, la falta de servicios adecuados de cuidado está directamente relacionada con el deterioro tanto físico como emocional de este grupo etario.

Según Cattán et al. (2005), las intervenciones grupales facilitadas por mujeres de la red familiar que ejercen como cuidadoras principales constituyen una forma efectiva de apoyo social, desempeñando un papel clave en la reducción del aislamiento social y la soledad no deseada en las personas adultas mayores. No obstante, la falta de recursos y la escasez de cuidadores/as capacitados/as limitan con frecuencia la posibilidad de brindar una atención adecuada, lo que contribuye a perpetuar estas condiciones de vulnerabilidad (Victor et al., 2009).

La insuficiencia en los servicios de cuidado y la precariedad laboral de los/as cuidadores/as son desafíos estructurales que agravan las problemáticas. Sin un sistema de apoyo adecuado, el riesgo de exclusión social y deterioro físico se incrementa. En ese sentido, es fundamental destacar la necesidad de capacitar y proteger a quienes se encargan de este cuidado, ya que su bienestar laboral y formación repercuten directamente en la atención que reciben las personas adultas mayores. Al garantizar tanto la profesionalización de los/as cuidadores/as como un

acceso equitativo a los servicios de cuidado, se podría mitigar el impacto negativo que el aislamiento social y la soledad no deseada tienen sobre la salud física y emocional.

3.2.1.3. Inadecuado Sistema de Salud para las Personas Adultas Mayores

Esta causa expone que el sistema de salud en el Perú presenta serias deficiencias de los servicios de salud para atender las necesidades de las personas adultas mayores, pese a ser uno de los pilares fundamentales de su protección social (MIMP, 2021). En un contexto de rápido envejecimiento poblacional, este grupo enfrenta una creciente prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades que requieren atención especializada y continua.

Sin embargo, el sistema de salud no está plenamente preparado para responder a estos desafíos, lo que repercute negativamente en la calidad de vida de las personas adultas mayores. Esta situación se ve agravada por factores como la transición epidemiológica, la limitada disponibilidad de servicios de salud especializados y la persistente desigualdad territorial en el acceso a la atención (MIMP, 2021). A continuación, las causas indirectas consideradas en la política vigente:

- a) Oferta insuficiente de prestaciones de salud: La demanda de servicios especializados está aumentando debido al envejecimiento de la población y a la prevalencia de enfermedades crónicas. Sin embargo, la oferta de estos servicios es limitada, lo que genera insuficiencia en la cobertura. Este déficit implica que no puedan acceder a los cuidados preventivos y tratamientos necesarios para mantener su calidad de vida (MIMP, 2021).
- b) Limitada capacidad de los servicios para responder a necesidades diferenciadas de las personas adultas mayores: Los servicios de salud aún no logran responder de manera adecuada a las necesidades específicas propias de la etapa de la vejez (MIMP, 2021). Si bien se han implementado iniciativas como PADOMI (EsSalud) y los Tayta Wasi (MINSA), su cobertura sigue siendo limitada y se concentra principalmente en Lima y Callao. Asimismo, pese a los avances normativos —como la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) y diversas guías técnicas—, su implementación no es aún generalizada. La atención en salud mental continúa siendo insuficiente y está mayoritariamente dirigida a otros grupos etarios (MIMP, 2021). Por otro lado, los Hogares Protegidos excluyen a personas mayores de 65 años, dejando sin alternativas

a quienes requieren apoyo residencial. A ello se suman las persistentes barreras de accesibilidad en los establecimientos de salud, especialmente para personas con discapacidad (MIMP, 2021). Frente a este panorama, resulta urgente fortalecer y diseñar servicios geriátricos integrales y de calidad que respondan a la transición demográfica y epidemiológica en curso.

- c) Reducido personal especializado para atender las necesidades y características de las personas adultas mayores: La falta de profesionales especializados en geriatría y gerontología afecta gravemente su capacidad de atención. Aunque existen algunos programas de formación en estas áreas, la cantidad de especialistas es insuficiente, y la mayoría se concentra en Lima, lo que deja a muchas regiones sin acceso a atención adecuada. Esta escasez de personal especializado afecta tanto a los servicios de salud general como a la atención primaria (MIMP, 2021).

Para garantizar el bienestar de esta población es esencial incidir en un sistema de salud que no solo atienda sus necesidades médicas, sino también las sociales y emocionales. Esto es crucial para mitigar el aislamiento social y la soledad no deseada, que afectan profundamente la salud mental de esta población. Adicionalmente, a las causas indirectas ya identificadas en la PNMPAM, la salud mental debe ser un componente clave en la atención integral, ya que la soledad agrava problemas psicológicos y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, como señalan Cornwell y Waite (2009). Si no se abordan estos aspectos, se perpetúa un ciclo de deterioro en el bienestar físico y emocional.

Por su parte, Berkman et al. (2000) enfatizan que el apoyo social es uno de los determinantes más críticos para la salud y el bienestar. Por tanto, un sistema que no incluya estrategias para combatir la soledad y el aislamiento social fracasa en su misión de proporcionar una atención integral. Esto refuerza la urgencia de que las políticas de salud implementen medidas que promuevan la interacción social, la integración comunitaria y la creación de redes de apoyo, además de mejorar el acceso a los cuidados médicos.

3.2.1.4. Sistema Previsional No Sostenible

Esta causa expone un sistema de pensiones con serias deficiencias que afectan a las personas adultas mayores, al no garantizar una pensión digna y

suficiente para su sostenimiento en la vejez. Ante esta situación, se han tenido que implementar mecanismos de protección como las pensiones sociales o no contributivas, entre ellas el programa Pensión 65. Sin embargo, la sostenibilidad del sistema previsional está comprometida, lo que afecta de manera directa la calidad de vida de quienes no acceden a una pensión o reciben montos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas (MIMP, 2021). Esta precariedad no solo genera una situación de alta vulnerabilidad económica y social, sino que también limita el pleno ejercicio de sus derechos fundamentales. A continuación, las causas indirectas consideradas en la política vigente:

- a) Elevada proporción de personas adultas mayores que no acceden a pensiones: El Perú presenta uno de los niveles más bajos de cobertura previsional en LA región. Solo el 34.6 % de la población mayor de 60 años está afiliada a algún régimen pensionario (MIMP, 2021), lo que refleja una grave debilidad estructural del sistema. Esta baja cobertura está asociada a factores socioeconómicos como la desigualdad persistente y la alta informalidad del mercado laboral. La situación es aún más crítica en las áreas rurales, donde apenas el 8.9 % de las personas adultas mayores accede a una pensión, evidenciando marcadas brechas territoriales (MIMP, 2021). La falta de ingresos previsionales obliga a muchas personas mayores a continuar trabajando en condiciones precarias, lo que afecta negativamente su salud y bienestar. Las brechas de género también son significativas: solo el 26.7 % de las mujeres adultas mayores perciben una pensión de jubilación, frente al 55.4 % de los hombres (MIMP, 2021). Estas desigualdades se agravan cuando se comparan mujeres adultas mayores pobres de áreas rurales con hombres no pobres de áreas urbanas. Ante la crisis de cobertura del sistema previsional y las limitaciones del empleo informal para generar pensiones futuras, el Estado peruano optó por implementar mecanismos de protección social, como las pensiones no contributivas. Entre ellos destaca el programa “Pensión 65”, concebido como una herramienta de inclusión social y de prevención de la pobreza en la vejez (MIMP, 2021).
- b) Reducida asignación pensionaria: Incluso entre quienes acceden a una pensión, los montos que reciben resultan, en la mayoría de los casos, insuficientes para cubrir sus necesidades básicas. Tanto en el sistema

contributivo como en el no contributivo, los beneficios económicos son limitados. La tasa de reemplazo del sistema previsional peruano es de apenas 38 %, lo que significa que las personas jubiladas perciben, en promedio, menos del 40 % de su salario previo, muy por debajo del umbral recomendado a nivel internacional (MIMP, 2021).

En el caso del Sistema Nacional de Pensiones (SNP), los montos varían entre un mínimo de S/ 500.00 y un máximo de S/ 893.00 mensuales, cifras que no garantizan un nivel de vida adecuado para una persona adulta mayor y las dejan en situación de vulnerabilidad económica (MIMP, 2021). Esta precariedad se ve agravada por las características estructurales del sistema previsional, que afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos, especialmente a las mujeres, quienes enfrentan mayores obstáculos para acceder a empleos estables y formales, lo que repercute directamente en su posibilidad de acceder a una pensión digna (MIMP, 2021).

La inadecuación del sistema previsional tiene un impacto profundo y multifacético en el bienestar de las personas adultas mayores. Un sistema de pensiones que no garantiza ingresos suficientes genera inseguridad económica, lo que —como señalan Zhang y Goza (2006)— puede intensificar la sensación de soledad en esta población. Las personas mayores con recursos limitados suelen restringir su participación en actividades sociales debido a las dificultades económicas, lo que incrementa su aislamiento y reduce sus oportunidades de integración comunitaria.

Asimismo, González et al. (2018) destacan que la insuficiencia de pensiones se asocia directamente con un mayor riesgo de aislamiento social, lo que refuerza la necesidad de considerar la estabilidad económica como un componente esencial del bienestar emocional y la inclusión social en la vejez. En este sentido, ofrecer pensiones adecuadas y sostenibles no solo es una medida de justicia económica, sino también una estrategia clave para prevenir la soledad no deseada y fomentar la participación activa de las personas mayores en la vida comunitaria.

Un sistema previsional débil no solo limita la capacidad económica individual, sino que también profundiza las condiciones de vulnerabilidad y exclusión social, al forzar a las personas adultas mayores a depender de redes informales de apoyo,

muchas veces insuficientes o inexistentes. Por tanto, fortalecer la seguridad económica en la vejez es una condición indispensable para garantizar una vida digna, autónoma y socialmente integrada.

3.2.1.5. Inadecuado Sistema Educativo en Beneficio de las Personas Adultas Mayores

Esta causa expone que el sistema educativo peruano no está debidamente adaptado para las personas adultas mayores lo que limita sus oportunidades de acceso a la educación y su capacidad para continuar aprendiendo a lo largo de su vida. La educación, como derecho fundamental, desempeña un rol clave en el fortalecimiento de la autonomía, la salud y la participación social de esta población. De hecho, mayores niveles educativos se asocian con un mayor bienestar psicológico, así como con una participación más activa en los ámbitos económico, social, político y cultural (MIMP, 2021). Sin embargo, en Perú existe una brecha considerable entre la demanda de servicios educativos y la oferta disponible (MIMP, 2021). A continuación, las causas indirectas consideradas en la política vigente:

- a) Oferta insuficiente de servicios educativos para las personas adultas mayores: Esta población presenta una oferta educativa insuficiente, lo que limita su acceso a la capacitación y el aprendizaje a lo largo de la vida. Esta población presenta altos niveles de analfabetismo (18.3%) y bajo nivel educativo, siendo aún más preocupante entre mujeres (28%) y en áreas rurales (60.2%), lo que evidencia marcadas desigualdades de género y territorio (MIMP, 2021). A ello se suman las brechas por etnicidad y lengua materna, que profundizan la exclusión educativa.

La cobertura de programas como los Centros de Educación Básica Alternativa (CEBA) y los Centros de Educación Técnico-Productiva (CETPRO) sigue siendo muy limitada, atendiendo apenas al 0.23% de la demanda potencial (MIMP, 2021). Aunque existen avances normativos como el Modelo de Servicio Educativo para Personas Adultas Mayores (MSE-PAM) y la incorporación del enfoque intergeneracional en la Política Nacional de Educación Superior, su implementación es aún incipiente. Las mujeres adultas mayores rurales enfrentan mayores barreras, incluso dentro del hogar, donde sus intentos de acceder a la educación son a veces desalentados o impedidos (MIMP, 2021).

La falta de servicios educativos con enfoque de género e interculturalidad perpetúa estas desigualdades y limita el ejercicio pleno de sus derechos.

- b) Limitada información sobre el proceso de envejecimiento en el currículo nacional: El Currículo Nacional de Educación Básica (CNEB) no incorpora explícitamente contenidos sobre el envejecimiento mediante el enfoque gerontológico, lo que contribuye a la perpetuación de prejuicios y discriminación hacia las personas adultas mayores. La falta de sensibilización sobre el proceso de envejecimiento en las etapas tempranas de la educación impide que la sociedad desarrolle una mayor empatía y respeto por este grupo, lo que les afecta negativamente en su inclusión social (MIMP, 2021).

El acceso limitado a la educación para la población adulta mayor contribuye significativamente a su aislamiento social y a la soledad no deseada. Putnam (2001) argumenta que la participación en actividades educativas y comunitarias es crucial para el bienestar de este grupo poblacional, ya que la falta de oportunidades educativas puede llevar a una mayor marginación y exclusión social. Gleit et al. (2005) añaden que la educación continua no solo proporciona habilidades valiosas, sino que también fomenta la creación de redes sociales, lo que disminuye el riesgo de aislamiento.

Es fundamental que las políticas educativas reconozcan la educación como un derecho humano, esencial para el desarrollo integral de las personas. Por tanto, es imperante la implementación de servicios educativos, la capacitación de profesionales, la adecuación del currículo nacional para el acceso e inclusión de esta población. Asimismo, es importante la implementación de espacios intergeneracionales, donde los adultos mayores puedan interactuar y aprender de las generaciones más jóvenes, se favorece la inclusión social y se enriquece la experiencia de aprendizaje. De esta manera, se busca que la oferta y los espacios ayuden a combatir la soledad, al mismo tiempo que también promueven el respeto y la comprensión de este grupo etario, lo fortaleciendo el tejido social de la comunidad.

3.2.1.6. Exclusión en los Espacios de Participación Social y Productiva

Esta causa pone en evidencia la exclusión sistemática que enfrentan las personas adultas mayores en los espacios de participación social y productiva, como resultado de una institucionalidad pública precaria e insuficientemente articulada. Esta

exclusión se traduce en la escasa disponibilidad de oportunidades laborales, culturales y políticas que reconozcan y valoren su contribución activa a la sociedad. Como consecuencia, se debilita su sentido de pertenencia y propósito, lo que incrementa su vulnerabilidad y tiene un impacto negativo en su autoestima y bienestar emocional (MIMP, 2021). A continuación, las causas indirectas consideradas en la política vigente:

- a) Persistencia de barreras de acceso a espacios de participación social: A pesar de la existencia de espacios de diálogo y concertación como los COREPAM y las Mesas de Trabajo Provinciales y Distritales, las personas adultas mayores enfrentan barreras que dificultan su participación activa en la toma de decisiones. Estas consideran que su voz no es suficientemente reconocida en el desarrollo de políticas públicas, lo que limita la relevancia y efectividad de las intervenciones estatales. A ello se suma la limitada accesibilidad de actividades culturales, recreativas y comunitarias, ya sea por la falta de infraestructura adecuada, escasa adaptación a sus necesidades o insuficiente difusión (MIMP, 2021). Estas barreras son aún más pronunciadas en aquellas que enfrentan problemas de salud, discapacidad o aislamiento social, lo cual reduce su capacidad para movilizarse o integrarse activamente en espacios colectivos. Asimismo, las mujeres adultas mayores, no disponen del tiempo necesario para participar debido a su carga de trabajo doméstico no remunerado, como el cuidado de nietos/as o familiares dependientes, lo que refuerza su invisibilización social (MIMP, 2021).
- b) Persistencia de barreras para la participación en el mercado laboral formal: Las personas adultas mayores también enfrentan dificultades para acceder a trabajos formales debido a prejuicios contra la vejez y a la falta de políticas laborales inclusivas. Aunque continúan trabajando, lo hacen principalmente en condiciones informales y precarias. Los trabajos a los que acceden suelen ser de baja calidad, sin derechos laborales básicos, lo que impacta negativamente en su seguridad económica y bienestar general. Esta situación se ve agravada por la falta de programas de capacitación y actualización en áreas productivas (MIMP, 2021).

La exclusión de la población envejecida de los espacios de participación social y productiva agrava su aislamiento y soledad. Según Marmot (2005), las barreras

sociales y físicas limitan su integración en las comunidades, aumentando así su vulnerabilidad. La participación activa en la vida comunitaria es crucial para su bienestar emocional y la autovaloración (Benson y Koppel, 2013). Además, su inclusión en el mercado laboral es esencial no solo para obtener ingresos, sino también para mantener conexiones sociales. Sin embargo, a menudo enfrentan discriminación y falta de políticas inclusivas que faciliten su acceso a empleos, lo que limita su autonomía y bienestar.

Por otro lado, la accesibilidad de la infraestructura pública y la conexión digital son fundamentales para garantizar la inclusión de las personas adultas mayores en la vida comunitaria. La falta de transporte adecuado y espacios recreativos limita sus oportunidades de interacción social. Asimismo, la brecha digital les afecta, especialmente en áreas rurales, donde el acceso a la tecnología es limitado; solo el 47.5% de los adultos mayores en Perú utiliza Internet (CEPAL, 2022). Por lo tanto, es crucial crear espacios inclusivos que aseguren la voz y representatividad de esta población, considerando su participación social como un derecho humano fundamental. Abordar estas barreras no solo mejorará su bienestar, sino que también enriquecerá a la sociedad en su conjunto, fomentando un entorno más cohesivo y solidario.

Al analizar las causas directas e indirectas de la PNMPAM, se concluye que la política vigente desarrolla aristas importantes para promover el bienestar de las personas adultas mayores. Empero, no aborda de manera explícita las problemáticas de la soledad no deseada y el aislamiento social. De hecho, estos temas se consideran únicamente en el contexto de la participación social y la movilidad de las personas adultas mayores, lo que limita una respuesta a sus necesidades específicas. Por lo tanto, se propone abordar la soledad no deseada y el aislamiento social, dado que su incorporación en la política no solo complementarían la respuesta a las necesidades de las personas adultas mayores, sino que también contribuiría a alcanzar el objetivo de un envejecimiento con independencia y autonomía.

La soledad no deseada y el aislamiento social son problemas emergentes que impactan significativamente el bienestar físico, emocional y psicológico de los/as adultos/as mayores de 60 años, especialmente aquellas que viven solas o en entornos rurales. Estos factores incrementan el riesgo de enfermedades crónicas, el deterioro

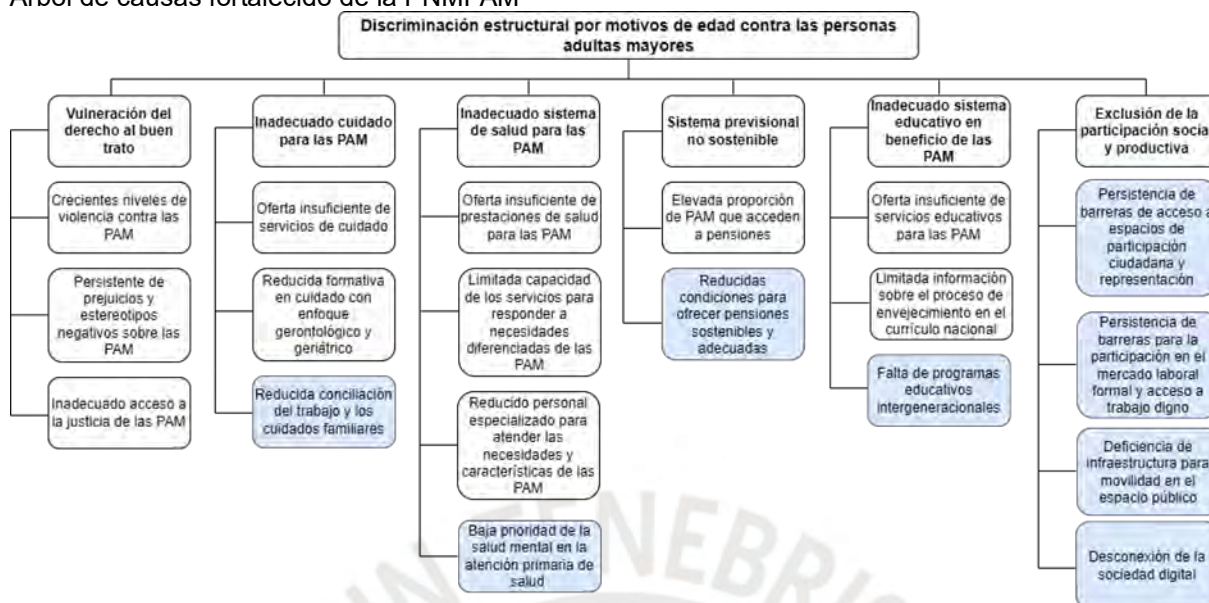
funcional y la salud mental, además de restringir su capacidad para participar activamente en la sociedad. Al no incluir estos aspectos de forma clara en la política pública, se omite una dimensión fundamental del bienestar de este grupo, perpetuando la discriminación estructural por motivos de edad.

En este sentido, se propone complementar el árbol de causas del problema público priorizado incorporando causas indirectas relacionadas con el aislamiento social y la soledad no deseada. Esta propuesta permitirá una mayor comprensión de las barreras que enfrentan las personas adultas mayores. Además, busca fortalecer los objetivos prioritarios de la PNMPAM, para responder con mayor eficacia a las diversas dimensiones del envejecimiento, abordar la discriminación estructural por motivos de edad y mejorar la calidad de vida de la población mayor a 60 años en el Perú.

Al 2030, en nuestro país, la discriminación estructural por motivos de edad hacia las personas adultas mayores se reducirá, permitiendo que ejerzan plenamente sus derechos, se garantice su calidad de vida, así como sus posibilidades de ejercer independencia y autonomía en la vejez [...] se fortalecerán los mecanismos de gobernanza y de articulación intersectorial, intergubernamental e interinstitucional brindando atención prioritaria y adecuada a las necesidades específicas de las mujeres y hombres adultos mayores. Asimismo, se generarán mecanismos de participación de la sociedad civil vinculada a la temática de las personas adultas mayores y del sector privado, con el fin de lograr el bienestar y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores, sin discriminación por motivos de edad (MIMP, 2021).

Por ello, la presente investigación plantea integrar causas indirectas vinculadas al aislamiento social y la soledad no deseada en el árbol de causas, contribuyendo a robustecer tanto los objetivos prioritarios de la política como la atención al problema público: la discriminación estructural por motivos de edad contra las personas adultas mayores (MIMP, 2021).

Figura 3
Árbol de causas fortalecido de la PNMPAM



Fuente: Elaboración propia adaptada de la PNMPAM al 2030.

3.2.2. Visibilización de la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en las Causas de la PNMPAM

En este apartado se presentan y describen ocho causas indirectas identificadas a partir del análisis realizado en el diagnóstico de vulnerabilidad de las personas adultas mayores, en relación con los factores de riesgo del aislamiento social y la soledad no deseada. Esta identificación se fundamenta en una revisión sistemática de la literatura especializada, complementada con el análisis de los factores de riesgos asociados identificados y de las causas directas e indirectas reconocidas en la PNMPAM vigente. Este enfoque permite visibilizar relaciones causales basadas en evidencia, fortaleciendo así el análisis del problema público. En consecuencia, se propone complementar el árbol de problemas de la PNMPAM, incorporando nuevas aristas que deben ser abordadas para garantizar el bienestar integral y la calidad de vida de la población adulta mayor.

3.2.2.1. Causa Indirecta: Reducida Conciliación del Trabajo y los Cuidados Familiares

Se propone como causa indirecta, dentro del “inadecuado cuidado para las personas adultas mayores”, la reducida conciliación del trabajo y los cuidados familiares. Esta situación es dada por la precariedad institucional en materia de cuidados, que obliga a las familias —principalmente a las mujeres— a asumir la

atención de las personas adultas mayores. La ausencia de políticas públicas nacionales o sectoriales que reconozcan un sistema de cuidados, afecta gravemente el bienestar de las personas adultas mayores y de quienes asumen su cuidado, generando sobrecarga, desigualdades de género y una mayor exposición a situaciones de vulnerabilidad. Si bien el Estado peruano ha implementado algunas medidas, como la reducción de la jornada laboral, estas dependen de acuerdos individuales con empleadores y no están garantizadas como un derecho, lo que limita su efectividad, particularmente en el cuidado de adultos mayores dependientes.

El INABIF (2017), a través del Programa Nacional Integral para el Bienestar Familiar, ofrece capacitaciones a los familiares cuidadores para mejorar sus habilidades en el manejo de enfermedades crónicas, discapacidades y necesidades sanitaria, promoviendo así el adecuado cuidado en entornos familiares para esta población. No obstante, la falta de servicios de cuidado accesibles y la limitada oferta de CEAPAM y sus diferentes modalidades aumentan la presión sobre las familias. A su vez, estos servicios presentan limitaciones geográficas y operativas, con una distribución desigual y, en algunos casos, operando sin licencia, lo que compromete su efectividad. Por ende, dicha situación afecta la calidad del cuidado brindado y genera un impacto negativo tanto en los/as cuidadores/as como en las personas adultas mayores.

Esta situación resulta especialmente grave en un contexto donde el 42,2 % de los hogares en el Perú alberga al menos a una persona adulta mayor, y donde las responsabilidades de cuidado recaen principalmente en las mujeres, quienes dedican en promedio 39 horas semanales al cuidado no remunerado (INEI, 2024). Esta carga desproporcionada limita su participación en el mercado laboral formal y afecta negativamente su salud mental y física. Por ello, se vuelve imperativo implementar políticas que reconozcan y garanticen el equilibrio entre las responsabilidades de cuidado y laborales. La ausencia de estas políticas no solo perpetúa desigualdades de género, sino que también deja a las personas adultas mayores en una situación de mayor vulnerabilidad al aislamiento social y la soledad no deseada, impactando directamente en su bienestar integral.

En América Latina, se han formulado, diseñado e implementado políticas que pueden servir como referencia para Perú, dada la falta de políticas en la materia. En

Uruguay, el Plan Nacional de Cuidados busca garantizar el desarrollo, atención y asistencia a las personas en situación de dependencia, promoviendo la corresponsabilidad entre el Estado, la familia y la sociedad. Este Plan proporciona servicios como cuidado domiciliario, centros de cuidado diurnos, teleasistencia, entre otros (Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, 2021). En Chile, la Política Nacional de Apoyos y Cuidados y el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados reconoce los cuidados como una labor esencial, cuyo objetivo es promover la autonomía y prevenir la dependencia en la vejez. Este sistema brinda apoyo tanto a cuidadores remunerados como no remunerados, fomentando la corresponsabilidad social y de género (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2024). Asimismo, brinda servicios como cuidado domiciliario, centros diurnos, entre otros.

De igual manera, en Costa Rica, la Política Nacional de Cuidados responde a las transformaciones demográficas del país, promoviendo la conciliación entre la vida laboral y familiar de los cuidadores. Entre los servicios que se visibilizan se encuentran el cuidado domiciliario, centros diurnos, capacitación y apoyo a cuidadores y cuidadoras familiares tanto remunerado como no remunerado, entre otros (Gobierno de Costa Rica, 2024).

En conclusión, la ausencia de políticas públicas en el país que garanticen la conciliación entre el trabajo y las responsabilidades del cuidado familiar representa una barrera para el bienestar de las personas adultas mayores y sus cuidadores/as. Esta situación afecta de manera desproporcionada a las mujeres, quienes asumen la mayor parte de esta responsabilidad. Aunque se han implementado algunas iniciativas su alcance es limitado y no logran abordar de manera integral las necesidades vinculadas al cuidado ni garantizar un acceso equitativo a los servicios. Esto perpetúa la sobrecarga familiar y puede conllevar a agravar la soledad y el aislamiento social, afectando la calidad de vida de esta población. La falta de tiempo, recursos y redes de apoyo limita la capacidad de los/as cuidadores/as para brindar un acompañamiento o atención adecuada y continua.

En contraste, países como Uruguay, Chile y Costa Rica han avanzado en la implementación de políticas de cuidados que promueven la corresponsabilidad entre el Estado, las familias y la sociedad, mejorando la calidad de vida de las personas adultas mayores y aliviando la carga sobre los cuidadores. Por tanto, se propone

incorporar la causa indirecta de "reducida conciliación del trabajo y los cuidados familiares" en el árbol de problemas de la PNMPAM, a fin de visibilizar esta problemática e impulsar respuestas integrales que fortalezcan los derechos, la autonomía y la calidad de vida tanto de las personas adultas mayores como de quienes las cuidan.

3.2.2.2. Causa Indirecta: Baja Prioridad de la Salud Mental en la Atención Primaria de Salud

Se propone como causa indirecta, dentro del "inadecuado sistema de salud para las personas adultas mayores", la baja prioridad que se otorga a la salud mental en la Atención Primaria de Salud (APS). Las causas indirectas actualmente consideradas se enfocan principalmente en aspectos como la infraestructura física y la cobertura médica, sin integrar de manera adecuada el componente de salud mental, a pesar de ser esencial para el bienestar integral en la vejez. Esta omisión debilita la capacidad del sistema de salud para promover una atención integral, prevenir trastornos mentales no tratados —como la depresión, la ansiedad y la soledad no deseada— y garantizar una mejor calidad de vida para las personas adultas mayores.

En Perú, la salud mental ha sido reconocida como un tema crítico en las últimas décadas, pero su integración en la APS sigue siendo limitada. El Plan Nacional de Salud Mental 2020-2025 establece un enfoque integral de salud mental en todos los niveles de atención, pero su implementación en los servicios de APS es insuficiente. La falta de recursos, la escasa capacitación del personal de salud y la limitada coordinación entre los actores del sistema de salud han impedido una aplicación efectiva de este plan, especialmente en lo que respecta a las personas adultas mayores. La Ley de Salud Mental (Ley N.º 30947), promulgada en 2019, establece que la atención en salud mental debe ser accesible y oportuna, integrada dentro de la APS. Sin embargo, en la práctica, los recursos asignados a la atención de salud mental en los centros son insuficientes, dejando a esta población beneficiaria desatendida.

La mayoría de los esfuerzos en la APS están orientados hacia el tratamiento de enfermedades físicas, mientras que la salud mental se ve relegada a un segundo plano (Tafur Contreras et al., 2023), sin recursos especializados ni personal capacitado para detectar y tratar trastornos mentales en las personas adultas

mayores. Esto es especialmente preocupante en las áreas rurales, donde el aislamiento social y la pobreza podrían agravar las condiciones de salud mental, y los servicios carecen de profesionales capacitados para atender estos problemas de manera oportuna.

El análisis situacional de los factores de riesgo asociados muestra que la población adulta mayor enfrenta altos niveles de aislamiento social, pobreza y falta de apoyo emocional, lo que eleva su vulnerabilidad a padecer de trastornos mentales. Sin una estrategia clara para integrar la salud mental en la APS, la atención integral de las personas adultas mayores sigue siendo incompleta. Además, en las áreas rurales, donde la infraestructura de salud es limitada, la falta de servicios de salud mental agrava aún más la situación, impidiendo la detección temprana de trastornos mentales o problemas emocionales, así como el acceso a un tratamiento oportuno y adecuado.

En América Latina, algunos países han avanzado en la integración de la salud mental en la APS, especialmente para las personas mayores. En Chile, el programa Saludablemente ha desarrollado una estrategia para incorporar la salud mental en la APS, con un enfoque especial en los grupos vulnerables, incluidas las personas mayores. Este programa permite el acceso a profesionales especializados en salud mental dentro de los centros de APS, promoviendo la detección temprana de trastornos mentales y su tratamiento oportuno (Ministerio de Salud de Chile, 2024).

Argentina, a través de su programa Redes Integradas de Servicios de Salud, ha establecido equipos interdisciplinarios que incluyen psicólogos y psiquiatras en centros de APS, asegurando que la salud mental reciba la misma atención que la salud física. Brasil, con su programa Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), ha logrado integrar la salud mental en los servicios básicos de APS, con psicólogos y trabajadores sociales que colaboran con los equipos de salud familiar para brindar atención integral (Ministerio de Salud de Brasil, 2024). En Uruguay, el Plan Nacional de Salud Mental ha asegurado que los/as adultos/as mayores tengan acceso a servicios psicológicos básicos dentro de la APS, permitiendo una mayor cobertura en áreas rurales (Ministerio de Salud de Uruguay, 2020).

La causa directa "inadecuado sistema de salud para las personas adultas mayores" aborda aspectos clave como la infraestructura deficiente y la falta de

cobertura médica; sin embargo, omite de manera crítica la integración de la salud mental en la atención sanitaria. Sin una priorización explícita de la salud mental en la Atención Primaria de Salud (APS), el sistema carece de capacidad para responder de forma oportuna y adecuada a problemáticas como la depresión, la ansiedad y la soledad no deseada en este grupo etario.

Las experiencias internacionales en América Latina —como los programas desarrollados en Chile, Argentina, Brasil y Uruguay— evidencian que integrar la salud mental en la APS permite una detección temprana de los problemas emocionales y un tratamiento oportuno. En contraste, en el Perú, la fragmentación entre la atención física y mental perpetúa una visión parcial de las necesidades de las personas adultas mayores, deteriorando su bienestar emocional y aumentando el riesgo de aislamiento social.

La atención fragmentada entre la salud física y mental evidencia una visión desactualizada frente a las necesidades reales de las personas adultas mayores, quienes requieren un enfoque integral que articule el bienestar emocional con el físico. Aunque las causas indirectas ya identificadas —relacionadas con infraestructura y cobertura— son relevantes, no abordan el incremento de trastornos mentales en esta población, exacerbado por el envejecimiento demográfico, el aislamiento social y la falta de redes de apoyo comunitario. Por ello, la incorporación de la causa indirecta "baja prioridad de la salud mental en la atención primaria de salud" en el árbol de problemas de la PNMPAM resulta fundamental. Esta incorporación permite una comprensión más completa y actualizada del bienestar de las personas adultas mayores, posicionando la salud mental como un componente esencial que ha sido históricamente desatendido.

3.2.2.3. Causa Indirecta: Reducidas Condiciones para Ofrecer Pensiones Sostenibles y Adecuadas

Se propone como causa indirecta, dentro del "sistema previsional no sostenible", las reducidas condiciones para ofrecer pensiones sostenibles y adecuadas, lo cual representa uno de los mayores desafíos que enfrenta la población adulta mayor en América Latina, y en particular en Perú. Esta problemática se refiere a la incapacidad de los sistemas previsionales para garantizar ingresos suficientes y sostenibles a lo largo del tiempo, lo que tiene efectos devastadores sobre la calidad

de vida de esta población. Esta insuficiencia perpetúa su vulnerabilidad económica, incrementando el riesgo de pobreza, exclusión social, así como su deterioro físico y emocional.

A pesar de los esfuerzos del Estado para garantizar una pensión básica a través del Sistema Nacional de Pensiones (SNP) y el Sistema Privado de Pensiones (SPP), ambos sistemas son criticados por su baja cobertura y beneficios insuficientes. Actualmente, menos del 38% de las personas mayores de 60 años está afiliada a un régimen pensionario, y esta cifra cae al 8.9% en áreas rurales (Arenas de Mesa, 2019; MIMP, 2021). Esta desigualdad territorial refleja las brechas estructurales que enfrentan, especialmente en áreas rurales, lo que incrementa su dependencia económica y exposición a condiciones laborales precarias.

En esa misma línea, los montos de las pensiones son insuficientes para garantizar una vida digna. En el SNP, las pensiones varían entre S/.500 y S/.893 soles mensuales (Gobierno del Perú, 2024), lo que no cubre las necesidades básicas y perpetúa el riesgo de pobreza. En adición, la tasa de reemplazo del 38% es inferior al estándar internacional recomendado, lo que significa que las personas adultas mayores reciben menos del 40% de sus ingresos previos al jubilarse (MIMP, 2021). Esta situación obliga a muchas a seguir trabajando en condiciones informales, poniendo en riesgo su salud y bienestar.

En América Latina, los sistemas de pensiones enfrentan presiones debido al envejecimiento poblacional, la informalidad laboral y los recursos limitados de los Estados. Esto ha resultado en pensiones que, en muchos casos, son insuficientes para cubrir las necesidades básicas de las personas adultas mayores. Países como Chile, México y Uruguay han implementado reformas y programas para intentar mitigar este problema, pero la cobertura y sostenibilidad de estos esquemas sigue siendo un desafío para asegurar un envejecimiento digno.

El caso de Chile es un referente importante en la región debido a la reforma de pensiones de 2008 que instauró el Sistema de Pensiones Solidarias (SPS). Este esquema está diseñado para garantizar una pensión mínima a aquellas personas que no lograron cotizar lo suficiente en el sistema contributivo, lo cual ha sido un factor importante en la reducción de la pobreza en la vejez (Cornwell & Waite, 2009). Aunque

el SPS ha sido eficaz en este sentido, su sostenibilidad a largo plazo sigue siendo objeto de debate.

Por su parte, México ha implementado la Pensión para el Bienestar de las personas adultas mayores, un programa no contributivo que ha sido ampliado en los últimos años para cubrir a personas mayores de 65 años (CEPAL, 2019). Este programa busca asegurar un ingreso mínimo para aquellos que no cotizaron en los sistemas formales. Sin embargo, la capacidad del gobierno mexicano para sostener este programa a largo plazo es una preocupación constante. Si bien ha ayudado a reducir la pobreza extrema en esta población etaria, la falta de sostenibilidad podría comprometer los avances logrados (Juárez & Rodríguez Piña, 2021).

En Uruguay, el Banco de Previsión Social (BPS) administra un sistema mixto de pensiones que combina un esquema contributivo con un componente solidario. Uruguay es uno de los países que ha logrado mantener un sistema de pensiones más sólido, ofreciendo beneficios relativamente adecuados. Sin embargo, como en otros países de la región, el envejecimiento poblacional amenaza la sostenibilidad del sistema en el mediano y largo plazo. Aun así, el sistema uruguayo ha sido exitoso en reducir la pobreza en la vejez y en mejorar su inclusión social, lo que ha ayudado a disminuir el riesgo de soledad no deseada (Lorenzo, 2019; Apella, 2021).

El caso peruano es particularmente crítico. A pesar de esfuerzos como Pensión 65, su cobertura se limita a una parte de la población mayor en situación de pobreza extrema, y otorga el monto que otorga es insuficiente para garantizar una vida digna. A ello se le suma, la falta de acceso a servicios públicos adecuados, lo que obliga a muchas personas mayores a depender de sus redes familiares o subsistir mediante trabajos informales, perpetuando su exclusión social y económica (Pensión 65, 2023).

Las barreras económicas para acceder a servicios de salud agravan aún más esta realidad, afectando tanto su bienestar físico como mental. En adición a ello, la falta de atención médica adecuada incrementa su vulnerabilidad a enfermedades crónicas, discapacidades y trastornos de salud mental como la depresión, lo que profundiza su aislamiento y deteriora su calidad de vida.

A nivel regional, se ha demostrado que mejorar los sistemas de pensiones puede tener un impacto positivo en la inclusión social y bienestar de los/as adultos/as mayores. En Uruguay y Chile, por ejemplo, las pensiones adecuadas permiten su

participación en actividades sociales y comunitarias, lo que les ayuda a mantener una red de apoyo social sólida y reducir los riesgos de aislamiento. Sin embargo, la sostenibilidad a largo plazo de estos programas sigue siendo un desafío importante para los gobiernos, que deben equilibrar las demandas sociales con los recursos fiscales limitados (Espíndola, 2023).

Las bajas pensiones en países como Perú limitan las oportunidades de esta población para participar en actividades recreativas, educativas o sociales, que son fundamentales para combatir el aislamiento y la soledad no deseada. Sin los recursos necesarios para acceder a estos espacios, las personas adultas mayores se ven obligados a quedarse en casa, lo que incrementa su desconexión social y, en muchos casos, su dependencia de la asistencia familiar.

Finalmente, otro aspecto que debe considerarse es el impacto emocional que tienen las pensiones inadecuadas en las personas adultas mayores. La percepción de ser una "carga" para sus familias debido a la dependencia económica afecta gravemente su autoestima y bienestar emocional, llevándolas a un progresivo retraimiento social (González et al., 2018). Esta estigmatización de la dependencia económica no solo deteriora su identidad y sentido de utilidad, sino que, al reforzar sentimientos de vergüenza e inutilidad, agrava su aislamiento social.

En conclusión, resulta importante considerar la inclusión de la causa indirecta "reducidas condiciones para ofrecer pensiones sostenibles y adecuadas" en el árbol de problemas de la PNMPAM, con el fin de abordar de manera integral los desafíos que enfrenta la población adulta mayor en Perú. La insuficiencia del sistema previsional no solo perpetúa la pobreza, sino que también incrementa la vulnerabilidad al aislamiento social y la soledad no deseada, afectando profundamente el bienestar de las personas adultas mayores.

La experiencia de países como Chile, México y Uruguay demuestra que garantizar pensiones adecuadas y sostenibles es clave para promover un envejecimiento digno, fomentar la inclusión social y mejorar la calidad de vida. Sin reformas estructurales que aseguren ingresos estables y promuevan la inclusión comunitaria, las personas adultas mayores en Perú continuarán enfrentando una doble vulnerabilidad económica y emocional, lo que socavará sus posibilidades de participar activamente en la sociedad.

3.2.2.4. Causa Indirecta: Falta de Programas Educativos Intergeneracionales

Se propone como causa indirecta, dentro del “inadecuado sistema educativo en beneficio de las personas adultas mayores”, la falta de programas educativos intergeneracionales. La ausencia de estos espacios, que promueven el aprendizaje mutuo entre generaciones, limita oportunidades clave para fortalecer el bienestar emocional, social y físico de esta población. Al no incluir programas educativos que promuevan la interacción entre jóvenes y adultos mayores, el sistema educativo actual perpetúa la desconexión entre generaciones, dejando sin abordar una parte fundamental de la inclusión social de las personas adultas mayores.

En Perú, el sistema educativo se ha centrado principalmente en la alfabetización y el acceso básico a la educación para esta población, lo que, aunque importante, no es suficiente para promover su plena integración en la sociedad. Esta limitación no solo refuerza estereotipos negativos sobre el envejecimiento, sino que también margina a esta población de iniciativas que podrían mejorar significativamente su bienestar. El hecho de no implementar programas intergeneracionales deja pasar una oportunidad crucial para romper con los prejuicios y crear espacios de convivencia y aprendizaje entre generaciones, que en otros países de América Latina han demostrado ser efectivos para mejorar su calidad de vida.

Chile ha implementado el Programa Vínculos, que forma parte del Sistema de Protección Social "Chile Crece Contigo". Este programa busca conectar a las personas adultas mayores con su comunidad mediante actividades sociales y educativas en las que participan jóvenes y otros grupos de la sociedad. El éxito del programa radica en la creación de redes de apoyo que no solo combaten el aislamiento social, sino que también fortalecen el sentido de pertenencia de las personas adultas mayores y su valor dentro de la comunidad. La interacción entre generaciones ha sido un elemento clave para reducir la soledad no deseada y mejorar la calidad de vida de las personas mayores (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2020).

En México, el programa Escuelas para la Vida del Instituto Nacional de las personas adultas mayores (INAPAM) también ha demostrado el impacto positivo de los programas intergeneracionales. A través de este programa, las personas adultas mayores participan en actividades educativas junto con estudiantes jóvenes, lo que

no solo les permite adquirir nuevas habilidades, sino que también fomenta un sentido de utilidad y pertenencia. El aprendizaje mutuo y el intercambio de experiencias han sido fundamentales para reducir los sentimientos de soledad y para mejorar el bienestar emocional de las personas adultas mayores (INAPAM, 2020).

Argentina ha implementado el programa UPAMI (Universidades para Adultos Mayores Integradas) en colaboración con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). Este programa ofrece cursos universitarios adaptados para las personas adultas mayores, que comparten aulas con estudiantes más jóvenes. La interacción intergeneracional en estos espacios ha sido clave para fortalecer las redes sociales de las personas adultas mayores y mejorar su autoestima, ya que les permite sentirse integradas y activas en su comunidad (UPAMI, 2021).

Brasil, por su parte, ha desarrollado el programa Universidades Abiertas a la Tercera Edad (UATI), que permite a las personas adultas mayores acceder a cursos universitarios y participar en espacios académicos junto a estudiantes jóvenes. Este programa no solo mejora las competencias educativas de las personas adultas mayores, sino que también facilita el intercambio de ideas y conocimientos entre generaciones, lo que ha demostrado ser efectivo en la reducción de la soledad y el aislamiento social (Ministerio de Educación de Brasil, 2019).

En contraste, en Perú, la falta de programas intergeneracionales dentro del sistema educativo es una debilidad estructural que exacerba el aislamiento social y la soledad no deseada de las personas adultas mayores. El programa Saberes Productivos, implementado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), se ha enfocado en la transmisión de conocimientos ancestrales en áreas rurales, lo que, si bien es valioso, resulta insuficiente para abordar de manera integral las necesidades de los/as adultos/as mayores en todo el país. Este programa no incorpora una dimensión educativa intergeneracional más amplia que integre a jóvenes en el proceso de aprendizaje junto con la población envejecida, lo cual limita su impacto en la creación de vínculos sociales y en la reducción de la desconexión generacional. Esta situación agrava el aislamiento de las personas adultas mayores y no ofrece una solución estructural al creciente problema de la soledad no deseada (MIDIS, 2022).

En conclusión, el sistema educativo peruano enfrenta importantes desafíos en su atención a la población mayor de 60 años. Aunque se ha avanzado en aspectos como la alfabetización y la educación básica, la ausencia de programas que promuevan el intercambio intergeneracional restringe de manera significativa las oportunidades de integración social y afecta negativamente su bienestar emocional. El análisis situacional revela que el aislamiento social y la soledad no deseada son problemas en aumento en el país, problemas que podrían abordarse eficazmente mediante la implementación de programas intergeneracionales. Experiencias en países como Chile, México, Argentina y Brasil han demostrado que estos programas son esenciales para reducir la desconexión entre generaciones, mejorar la inclusión social y combatir la soledad.

Es crucial que el sistema educativo peruano amplíe su enfoque para incluir programas intergeneracionales que no solo faciliten el acceso de las personas adultas mayores a la educación, sino que también fomenten una convivencia más inclusiva entre generaciones. Esta medida no solo enriquecería su calidad de vida, sino que contribuiría a la construcción de una sociedad más cohesionada, con vínculos sociales más fuertes y un mayor respeto hacia las personas mayores.

3.2.2.5. Causa Indirecta: Persistencia de Barreras de Acceso a Espacios de Participación Ciudadana y Representación

Se propone como causa indirecta, dentro de “la exclusión de la participación social y productivas”, la persistencia de barreras de acceso a espacios de participación ciudadana y representación. Estas barreras dificultan su involucramiento en la toma de decisiones y en los procesos democráticos, lo que afecta directamente su inclusión social y reduce su capacidad para incidir en las políticas que impactan su bienestar. Esta exclusión de las personas adultas mayores perpetúa su marginación, reforzando la idea de que son receptores pasivos de asistencia en lugar de actores activos en la construcción de la sociedad.

El análisis situacional de los factores asociados revela que población adulta mayor en Perú enfrentan dificultades tanto físicas como institucionales en los espacios de participación promovidos por el Estado. A pesar de la existencia de programas como los CAM y otros gestionados por el MIDIS y el INABIF, estos espacios no siempre son accesibles. La falta de infraestructura adecuada, una escasa cobertura

geográfica y la ausencia de adaptaciones para personas con discapacidades físicas o limitaciones de movilidad restringen su participación, especialmente en áreas rurales, donde los servicios del Estado son limitados. Según el INEI (2024), un 42.2% de los hogares en Perú alberga al menos a una persona adulta mayor, lo que resalta la gravedad del problema.

En cuanto a los espacios físicos de participación, muchos carecen de accesibilidad adecuada, como rampas, señalización visible o transporte público adaptado, lo que dificulta la asistencia regular de las personas adultas mayores. Estos centros suelen concentrarse en áreas urbanas, lo que deja a las personas adultas mayores de áreas rurales sin opciones cercanas para participar. La participación digital, que ha ganado relevancia en un mundo más digitalizado, también se encuentra limitada debido a la brecha digital que las afecta. La falta de alfabetización tecnológica, la limitada accesibilidad a dispositivos y la escasa conectividad en áreas rurales agravan esta exclusión, perpetuando su desconexión tanto en espacios físicos como virtuales de participación.

A nivel de políticas públicas, el Estado peruano ha intentado fomentar la participación de las personas adultas mayores, pero estos esfuerzos han sido desiguales y poco efectivos. Iniciativas como los CEAPAM buscan ofrecer espacios de integración social, pero su alcance es limitado, y no siempre ofrecen mecanismos de representación ciudadana que les permitan influir en las decisiones. Del mismo modo, los COREPAM, creados con el objetivo de generar espacios de participación, han carecido de visibilidad y relevancia política, lo que ha restringido su capacidad de influir en la formulación e implementación de políticas públicas orientadas a este grupo etario.

En América Latina, varios países han avanzado en la eliminación de barreras para la participación ciudadana de las personas adultas mayores, permitiéndoles influir directamente en la toma de decisiones políticas. Uruguay se destaca con su Consejo Consultivo de Personas Mayores, un órgano asesor del gobierno que permite a la población mayor participar en la formulación de políticas públicas, asegurando que sus opiniones y necesidades sean consideradas en áreas como el bienestar social, la salud y la vivienda (Iberoamérica Mayores, 2021). Chile, a través del Consejo Ciudadano de Personas Mayores, ha integrado a los/as adultos/as mayores en la

planificación local, proporcionando un espacio donde puedan expresar sus inquietudes y contribuir a la creación de políticas municipales que impactan directamente su calidad de vida (HelpAge International, 2018).

La causa directa "exclusión en los espacios de participación social y productiva" aborda importantes barreras de participación, pero no logra profundizar en los obstáculos específicos que limitan el acceso de las personas adultas mayores a los espacios de participación ciudadana y representación política. Mientras las barreras a la participación productiva son relevantes, el derecho de este grupo a ser representado y escuchado en los procesos de toma de decisiones que afectan su bienestar no está suficientemente abordado. La falta de accesibilidad física y digital, sumada a un entorno institucional que no promueve activamente su participación política, contribuye a su exclusión y marginación en un ámbito donde su voz debería ser clave.

Por ello, resulta clave incorporar la causa indirecta "Persistencia de Barreras de Acceso a Espacios de Participación Ciudadana y Representación" en el árbol de problemas de la PNMPAM. Superar estas barreras —físicas, digitales e institucionales— permitiría garantizar el ejercicio pleno de sus derechos, reconociéndolas como actores clave en la sociedad, que contribuyen con su experiencia y conocimientos al bienestar colectivo.

3.2.2.6. Causa Indirecta: Persistencia de Barreras para la Participación en el Mercado Laboral Formal y Acceso a Trabajo Digno

Se propone como causa indirecta, dentro de "la exclusión de la participación social y productivas", la persistencia de barreras para la participación en el mercado laboral formal y acceso a trabajo digno. Estas barreras obstaculizan su inclusión socioeconómica, perpetúan su vulnerabilidad económica y restringen su capacidad para integrarse plenamente en el mercado de trabajo en condiciones justas y equitativas.

El análisis situacional evidencia que las personas adultas mayores enfrentan barreras significativas relacionadas con la discriminación por edad, la falta de formación y adaptación a nuevas tecnologías, así como la insuficiencia de políticas públicas que promuevan su inclusión laboral. A nivel estructural, el mercado laboral formal no está diseñado para atender las necesidades específicas de la población

envejecida, que suele verse relegada a empleos informales, precarios o mal remunerados, sin acceso a beneficios sociales o seguridad laboral.

Un obstáculo clave es la discriminación por edad, que lleva a muchas empresas a no considerar a las personas mayores como candidatos viables para puestos de trabajo, reforzando así su exclusión del mercado laboral formal. En muchos casos, las personas adultas mayores se ven forzadas a aceptar empleos informales sin seguridad social, lo que no solo afecta su bienestar económico, sino que también aumenta su vulnerabilidad a la explotación y al deterioro de sus condiciones de vida.

Otro factor determinante es la brecha tecnológica. La falta de oportunidades de formación en competencias digitales limita las posibilidades para adaptarse a los cambios tecnológicos en el entorno laboral moderno. La escasez de programas de capacitación dirigidos a este grupo, tanto en áreas urbanas como rurales, las deja en desventaja frente a los trabajadores más jóvenes, reforzando su exclusión del mercado laboral formal, especialmente en sectores que demandan habilidades tecnológicas.

Además, existe una carencia de políticas públicas que promuevan la contratación de personas mayores en condiciones dignas. En Perú, este grupo etario suele estar fuera de los principales planes de incentivos y programas de empleo, lo que limita sus oportunidades de acceso al trabajo formal. Aunque algunos programas gubernamentales, como Trabaja Perú del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, intentan promover el empleo inclusivo, la cobertura y el enfoque en las personas mayores resultan insuficientes para abordar el alcance del problema.

En América Latina, varios países han implementado políticas para promover la inclusión laboral de las personas adultas mayores. En Chile, el programa Experiencia Mayor, impulsado por el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE) otorga bonificaciones a las empresas que contraten a personas mayores de 60 años. Este programa también incluye subsidios para la capacitación de los empleados en sus puestos de trabajo, ayudando a mejorar sus habilidades y su reinserción laboral, particularmente en sectores clave de la economía (Emol, 2020; ASIMET, 2021). México ha adaptado su programa 65 y Más para incluir componentes de formación y empleo, beneficiando a más de medio millón de personas adultas mayores desde su implementación. Esta adaptación se enfoca no solo en brindar un apoyo económico,

sino también en ofrecer oportunidades de capacitación para mejorar las habilidades laborales de las personas adultas mayores y facilitar su reinserción en el mercado laboral formal. Además, el programa promueve un envejecimiento activo y productivo, permitiendo a las personas mayores adquirir nuevas competencias y aumentar su independencia económica (Secretaría de Bienestar, 2017).

En Perú, la situación es particularmente preocupante debido a la elevada informalidad laboral. Según cifras del INEI (2024), más del 70% de las personas adultas mayores se encuentran en trabajos informales, sin acceso a beneficios sociales ni pensiones contributivas. Esta realidad destaca la necesidad de desarrollar políticas integrales que no solo promuevan el empleo formal para los/as adultos/as mayores, sino que también proporcionen protección social adecuada para quienes permanecen en el mercado laboral.

Aunque la causa directa "exclusión en los espacios de participación social y productiva" es relevante, no aborda de manera suficiente las barreras específicas que limitan el acceso de las personas adultas mayores al mercado laboral formal y a un trabajo digno. El enfoque en la exclusión social y productiva no reconoce completamente los obstáculos que enfrentan para acceder a empleos formales en condiciones que respeten sus derechos laborales y les ofrezcan seguridad económica. La falta de políticas de empleo dirigidas a este grupo demográfico, la discriminación por edad y la escasa capacitación agravan la precariedad en la que muchas personas mayores se encuentran.

A modo de conclusión, incorporar la causa indirecta "persistencia de barreras para la participación en el mercado laboral formal y acceso a trabajo digno" en el árbol de problemas de la PNMPAM es esencial para promover la inclusión socioeconómica de las personas adultas mayores. Superar las barreras estructurales, tecnológicas e institucionales que restringen su acceso al empleo formal permitiría mejorar su bienestar, reducir su dependencia económica y avanzar hacia una sociedad más equitativa e inclusiva. Para ello, resulta clave impulsar políticas laborales inclusivas y programas de formación adaptados a sus necesidades, que reconozcan su derecho a trabajar en condiciones justas y dignas, y valoren su experiencia como un activo para el desarrollo.

3.2.2.7. Causa Indirecta: Deficiente Infraestructura para Movilidad en el Espacio Público

Se propone como causa indirecta, dentro de “la exclusión de la participación social y productivas”, la deficiente infraestructura para la movilidad en el espacio público. Esta situación afecta directamente la autonomía y la calidad de vida de las personas adultas mayores, limitando su capacidad para desplazarse de manera segura y accesible, y restringiendo su participación activa en la vida social y económica.

El análisis situacional muestra que la falta de infraestructura adecuada, como rampas, señalización adecuada, pasos peatonales adaptados y transporte público accesible, impacta negativamente en la movilidad de esta población. Estas barreras físicas dificultan su desplazamiento, afectando tanto a las personas adultas mayores con discapacidades físicas como a aquellas con movilidad reducida debido a la edad. Esto les impide participar plenamente en el espacio público y en actividades cotidianas como el acceso a servicios médicos, mercados o centros de esparcimiento (Defensoría del Pueblo, 2020).

Uno de los principales obstáculos es la falta de infraestructura adaptada en el transporte público. En Perú, las redes de transporte no están diseñadas para cubrir las necesidades de las personas mayores. Las dificultades para subir y bajar de los vehículos, la ausencia de espacios reservados y la falta de señalización adecuada generan aislamiento involuntario y refuerzan la exclusión social. Muchas personas mayores evitan salir de sus hogares por temor a caídas o accidentes durante los trayectos (MINSA, 2019).

Además, la falta de planificación urbana inclusiva en la disposición de los espacios públicos es evidente. Las veredas y calles suelen carecer de rampas, o estas están deterioradas, lo que dificulta el tránsito de las personas adultas mayores. La falta de áreas de descanso, como bancos en los espacios públicos, y la ausencia de señalización adecuada para personas con discapacidades visuales agravan esta exclusión, lo que aísla a este grupo etario de la vida social y las expone a mayores riesgos de accidentes (Defensoría del Pueblo, 2020).

A nivel regional, varios países de América Latina han avanzado en mejorar la movilidad y participación de las personas adultas mayores mediante políticas de

accesibilidad. Colombia ha adaptado su transporte público con vehículos accesibles y mejorado la infraestructura urbana, facilitando el acceso de las personas adultas mayores a los servicios y su participación en la comunidad (Ministerio de Transporte de Colombia, 2021). México ha incorporado criterios de accesibilidad en la planificación de nuevas infraestructuras, incluyendo transporte adaptado y espacios públicos más seguros para personas mayores mediante estrategias, planes y programas (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2018; Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, 2024).

En Perú, aunque se han realizado algunos avances, la implementación de infraestructura accesible en los espacios públicos sigue siendo insuficiente. La Ley General de Personas con Discapacidad actualizada, Ley N.º 29973 (2024), y otras normativas promueven la accesibilidad, pero en la práctica, las ciudades del país aún no se han adecuado plenamente a las necesidades de las personas adultas mayores. Además, no existe un enfoque articulado que integre la accesibilidad en la infraestructura urbana.

En las áreas rurales, la situación es aún más crítica. Según datos del INEI (2024), más del 30% de la población de adulta mayor en Perú vive en áreas rurales, donde el acceso a infraestructura básica es limitado o inexistente. Los caminos sin pavimentar y la falta de transporte público accesible dificultan gravemente la movilidad de las personas adultas mayores, quienes dependen de caminatas largas y peligrosas para acceder a servicios esenciales como centros de salud y mercados (MINSA, 2019).

En estas áreas rurales, solo un 22% de los hogares cuenta con acceso a servicios de transporte público adaptado para personas con movilidad reducida. La falta de transporte adecuado se combina con la pobreza energética, ya que muchas comunidades carecen de iluminación pública adecuada, lo que refuerza la sensación de inseguridad y limita la movilidad, especialmente durante las horas nocturnas (INEI, 2024). Además, la infraestructura para la accesibilidad es prácticamente inexistente en los espacios públicos rurales, con veredas y rampas que no cumplen con los estándares de accesibilidad, lo que limita la participación de las personas adultas mayores en actividades sociales y económicas, como las ferias comunales y mercados locales.

La falta de planificación territorial inclusiva que integre la movilidad y accesibilidad en las áreas rurales incrementa la desigualdad y profundiza el aislamiento de las personas adultas mayores. El acceso limitado a infraestructura de movilidad y la falta de conectividad restringen su participación en la vida social y económica, dificultan el acceso a servicios básicos y de salud, y refuerzan su situación de vulnerabilidad (MVCS, 2018; Iberoamérica Mayores, 2022).

Incorporar esta realidad en la PNMPAM es crucial para promover la inclusión de la población adulta mayor rural en la vida económica y social, garantizando su acceso a una movilidad segura y digna. Si bien la causa directa "exclusión en los espacios de participación social y productiva" resulta pertinente, no profundiza en las barreras físicas que restringen su participación activa en el espacio público. La carencia de infraestructura adecuada, tanto en contextos urbanos como rurales, limita la movilidad y acentúa el aislamiento social y productivo de esta población.

Por ello, resulta importante incorporar la causa indirecta "deficiente infraestructura para movilidad en el espacio público" en el árbol de problemas de la PNMPAM es esencial para garantizar que las personas adultas mayores puedan desplazarse y participar plenamente en la vida social y económica del país. Mejorar la infraestructura accesible contribuiría no solo a reducir el aislamiento social de las personas mayores, sino que también promovería una sociedad más inclusiva y equitativa, en la que todas las personas, independientemente de su edad o capacidades físicas, puedan ejercer sus derechos de movilidad y participación.

3.2.2.8. Causa Indirecta: Desconexión de la Sociedad Digital

Se propone como causa indirecta, dentro de "la exclusión de la participación social y productivas", la desconexión digital de las personas adultas mayores. Esta es una problemática creciente que limita su acceso a servicios esenciales y aumenta el riesgo de aislamiento social y soledad no deseada, lo que afecta su bienestar emocional y físico. En un mundo cada vez más digitalizado, no contar con acceso a tecnologías y la incapacidad de utilizarlas impide que las personas adultas mayores se integren a la sociedad, aumentando su vulnerabilidad. Este desafío es particularmente agudo en América Latina, donde las brechas digitales son más pronunciadas, especialmente entre las personas mayores de 60 años.

En el caso de Perú, esta situación se agrava debido a la falta de programas educativos intergeneracionales y a la ausencia de un enfoque digital adecuado en las políticas públicas para esta población. Actualmente, solo el 44.1% de las personas adultas mayores en Perú utilizan Internet, lo que revela una significativa brecha de género y geográfica. Las mujeres mayores y las personas que viven en áreas rurales tienen un acceso limitado a la tecnología, lo que las desconecta de servicios clave como la telemedicina, plataformas de comunicación con familiares, y actividades sociales o recreativas. Estas limitaciones profundizan su aislamiento y limitan sus oportunidades de participación social y productiva (INEI, 2024).

El acceso limitado a tecnologías en las áreas rurales y la pobreza energética agravan aún más este problema. En muchas regiones rurales del Perú, los/as adultos/as mayores no solo enfrentan la falta de conectividad, sino también la falta de acceso a energía eléctrica, lo que les impide utilizar herramientas tecnológicas incluso cuando están disponibles. Esta combinación de brechas digitales y pobreza energética coloca a las personas adultas mayores en una situación de mayor exclusión, dificultando aún más su integración en la sociedad digital.

A nivel regional, algunos países de América Latina han implementado programas exitosos para reducir la brecha digital entre las personas adultas mayores. En Uruguay, el Plan Ibirapitá ha sido pionero en la inclusión digital de las personas adultas mayores, entregando tabletas gratuitas a personas mayores de 65 años que reciben pensiones mínimas, además de capacitaciones tecnológicas para el uso de dispositivos electrónicos. El impacto del plan ha sido significativo: no solo ha proporcionado acceso a la tecnología, sino que ha permitido a las personas mayores mantener vínculos con sus redes familiares y mejorar su participación social (Casamayou & Morales, 2017; Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, 2021).

En Chile, el programa Conectados para el Envejecimiento, implementado por SENAMA, ha desempeñado un papel clave en la alfabetización digital de las personas adultas mayores. Este programa se ha centrado en proporcionar talleres de capacitación que enseñan el uso de smartphones y otras tecnologías, con el objetivo de mejorar la autonomía de las personas mayores y reducir su aislamiento social. En 2020, como parte del Programa Envejecimiento Activo, SENAMA lanzó varios talleres presenciales de alfabetización digital en todo el país. Estos cursos se enfocaron en

enseñar a las personas mayores a utilizar herramientas básicas como redes sociales, plataformas de pago en línea y servicios públicos digitales (González Fritis, 2023). Estos esfuerzos no solo han mejorado la conectividad de las personas adultas mayores con sus familias y comunidades, sino que también han facilitado su acceso a servicios esenciales como la telemedicina, que se volvió crucial durante la pandemia (Cifuentes, 2021).

A pesar de estos avances en la región, en Perú los esfuerzos por reducir la brecha digital han sido limitados. El programa Saberes Productivos del MIDIS ha intentado promover la participación de las personas adultas mayores en actividades comunitarias, pero no se ha enfocado en la alfabetización digital ni en ampliar la conectividad en las áreas rurales. Del mismo modo, programas como “Perú Digital” han tenido un alcance insuficiente para enfrentar las brechas tecnológicas que marginan a este grupo, sobre todo a mujeres mayores y personas de áreas rurales.

Esta omisión ha dejado a muchas personas mayores sin herramientas tecnológicas esenciales para mantenerse en contacto con sus redes de apoyo, acceder a información sobre salud o servicios públicos, y participar en actividades sociales virtuales. Por ello, la desconexión digital debe ser incluida como una causa indirecta en el árbol de problemas de la PNMPAM. El acceso a la tecnología y el desarrollo de competencias digitales son hoy condiciones necesarias para la integración social, y su ausencia refuerza el aislamiento, limita la autonomía y dificulta el ejercicio de derechos fundamentales.

El análisis situacional de los factores de riesgo asociados muestra que las personas adultas mayores enfrentan múltiples barreras para su inclusión digital, como la brecha de género, la pobreza energética y la falta de infraestructura en áreas rurales. Estos factores no solo agravan su desconexión digital, sino que también contribuyen al aumento del aislamiento social y la soledad no deseada. En este sentido, es urgente que se desarrollen políticas públicas que aborden tanto la alfabetización digital como el acceso a tecnología y energía para las personas adultas mayores, priorizando aquellas en situación de mayor vulnerabilidad.

En ese sentido, es fundamental que se promueva la alfabetización digital como parte integral de sus políticas de envejecimiento activo. La implementación de programas que brinden acceso a la tecnología y formación digital no solo mejorará la calidad de

vida de las personas adultas mayores, sino que contribuirá a su inclusión social y productiva, cerrando la brecha digital que las aísla del mundo moderno.

3.2.3. Análisis de la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en los Efectos de la PNMPAM al 2030

El efecto directo "menoscabo del bienestar de las personas adultas mayores", tal como se identifica en la PNMPAM, refleja un deterioro multidimensional en la calidad de vida de las personas adultas mayores en Perú, derivado de la falta de atención adecuada a sus necesidades. Este deterioro afecta diversas dimensiones del bienestar de la población adulta mayor: física, mental, emocional y social, impactando de manera profunda su autonomía y calidad de vida. La identificación de este efecto sugiere que la atención actual para esta población es insuficiente y que se requiere complementar el enfoque integral, de manera que asegure un envejecimiento digno y pleno.

El envejecimiento poblacional en Perú está creciendo rápidamente, lo que hace cada vez más urgente la implementación de medidas que aborden las múltiples carencias que enfrentan las personas adultas mayores. En este sentido, uno de los factores más críticos que agravan este menoscabo del bienestar es la soledad no deseada y el aislamiento social. Estas problemáticas afectan negativamente tanto su salud física como mental, limitando su autonomía y reduciendo su calidad de vida. A pesar de su relevancia, la soledad no deseada y el aislamiento social no es un efecto directo en la PNMPAM. Incluirlos en el análisis es crucial, ya que constituyen elementos fundamentales que inciden directamente en el bienestar general de las personas adultas mayores. A continuación, se presenta un análisis de los efectos indirectos mencionados en la PNMPAM.

3.2.3.1. Vulnerabilidad ante la Pobreza

La vulnerabilidad ante la pobreza es uno de los efectos indirectos más significativos que enfrenta la población adulta mayor en Perú, tal como lo subraya la PNMPAM. Este fenómeno no solo afecta a quienes ya viven en condición de pobreza, sino también a quienes, debido a la insuficiencia de ingresos, la exclusión del mercado laboral formal y la falta de acceso a pensiones dignas, corren un alto riesgo de caer en la pobreza durante su vejez. En particular, las mujeres y las personas que residen

en áreas rurales son las más vulnerables, lo que acentúa el fenómeno de la feminización de la pobreza en este grupo etario.

El sistema de pensiones en Perú presenta serias limitaciones para garantizar una vida digna a las personas adultas mayores. Los montos otorgados por el SNP, que varían entre S/. 500.00 y S/. 893.00, resultan insuficientes para cubrir las necesidades básicas, como alimentación, vivienda, medicamentos y otros servicios esenciales. Esta situación se agrava debido a la alta tasa de informalidad laboral, que excluye a muchas personas mayores del acceso a pensiones contributivas (ONP, 2024). Como consecuencia, gran parte de la población envejecida depende económicamente de redes familiares o de programas de asistencia social que, aunque valiosos, tienen una cobertura limitada y no logran abarcar la magnitud del problema.

La soledad no deseada y el aislamiento social agravan aún más esta vulnerabilidad económica. Este grupo etario que se encuentra socialmente aislado tiene menos acceso a redes de apoyo tanto sociales como económicas, lo que dificulta su participación en programas estatales de ayuda, como Pensión 65, y restringe sus oportunidades de empleo, en particular en las áreas rurales, donde la infraestructura de comunicación y transporte es deficiente. Este aislamiento también limita el acceso a información vital sobre programas de ayuda y servicios, lo que profundiza su exclusión y precariedad.

A nivel regional, países como Chile y Uruguay han implementado sistemas de pensiones más inclusivos que no solo mejoran la seguridad económica de las personas mayores, sino que también fomentan su integración social. Estos países han desarrollado programas comunitarios que buscan combatir el aislamiento social mediante la participación en actividades recreativas y el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario. En contraste, en Perú, a pesar de la existencia de programas como Pensión 65 y Saberes Productivos, la cobertura de estos esfuerzos sigue siendo insuficiente, dejando a un número considerable de personas mayores en situación de vulnerabilidad económica y social.

En conclusión, abordar la pobreza en la vejez exige un enfoque integral que no solo mejore la cobertura de las pensiones, sino que también promueva programas que favorezcan su inclusión social y económica. La PNMPAM debe reforzar sus mecanismos de protección social, garantizar un acceso más amplio a sistemas de

pensiones dignas y sostenibles, y fomentar la participación activa de las personas adultas mayores en redes de apoyo social, con el fin de reducir su aislamiento y vulnerabilidad económica.

3.2.3.2. Alta Incidencia de Enfermedades Crónicas y Discapacidad

La alta incidencia de enfermedades crónicas y discapacidades es un factor clave que incrementa la vulnerabilidad de las personas adultas mayores en Perú, tal como se refleja en la PNMPAM. Estas condiciones, que incluyen hipertensión, diabetes, artritis y enfermedades degenerativas, no solo afectan la calidad de vida de las personas adultas mayores, sino que también generan una demanda creciente de servicios de salud especializados y cuidados a largo plazo, que actualmente son insuficientes para cubrir las necesidades de esta población.

La falta de atención adecuada a estas enfermedades agrava el deterioro de la salud de las personas adultas mayores, especialmente en áreas rurales, donde el acceso a los servicios de salud es limitado. En estas áreas, el 55.6% de las personas adultas mayores presenta algún tipo de discapacidad, lo que añade más barreras a su bienestar y autonomía (INEI, 2024). La situación es aún más crítica para las mujeres adultas mayores, quienes tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades en comparación con los hombres, una problemática que también está relacionada con factores estructurales de inequidad y acceso diferenciado a servicios de salud.

Además, la soledad no deseada y el aislamiento social juegan un papel crucial en el agravamiento de estas condiciones. Los estudios realizados en la revisión sistemática de literatura han demostrado que las personas adultas mayores que viven solas o que están socialmente aisladas tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas o de que sus condiciones existentes se agraven debido a la falta de apoyo social y emocional, lo que también disminuye su acceso a servicios preventivos y de salud adecuados (Freak-Poli et al., 2022; Boehlen et al., 2022).

Para enfrentar este desafío, es necesario adoptar un enfoque más integral que considere la salud física y mental de las personas adultas mayores. En países como Argentina y Brasil, se han implementado programas de telemedicina y atención domiciliaria para adultos/as mayores, lo que ha permitido abordar tanto las necesidades de salud como los efectos del aislamiento social. Sin embargo, en Perú,

aún es necesario fortalecer los programas de salud y asegurar que las personas adultas mayores tengan acceso oportuno a los servicios que requieren, especialmente en áreas rurales donde la infraestructura de salud es más débil.

En conclusión, la alta incidencia de enfermedades crónicas y discapacidades en la población adulta mayor de Perú debe ser abordada de manera más adecuada mediante el fortalecimiento del sistema de salud, el aumento de la cobertura de atención especializada y la integración de medidas para combatir el aislamiento social. Incorporar estos enfoques en la PNMPAM es fundamental para mejorar el bienestar de las personas adultas mayores y reducir su vulnerabilidad ante estas condiciones debilitantes.

3.2.3.3. Alta Prevalencia de Trastornos Mentales que Limita el Ejercicio de la Autonomía

La alta prevalencia de trastornos mentales que limita el ejercicio de la autonomía es un efecto indirecto crítico identificado en la PNMPAM. Este efecto se refiere a cómo los trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad y los trastornos neurocognitivos, afectan la capacidad de las personas adultas mayores para tomar decisiones autónomas y participar activamente en su entorno social, comunitario y familiar.

En Perú, se estima que un 7% de las personas adultas mayores padece depresión y otros trastornos afectivos, mientras que se proyecta que el número de personas adultas mayores con algún tipo de trastorno mental aumentará significativamente para 2030 (MIMP, 2021). Estos trastornos suelen estar vinculados con la soledad no deseada y el aislamiento social, lo que genera un círculo vicioso en el que el aislamiento empeora el estado mental, y a su vez, los problemas mentales agravan el aislamiento. Este fenómeno está presente con mayor frecuencia en las áreas rurales, donde la población mayor tiene menos acceso a servicios de salud mental adecuados.

La atención a los trastornos mentales en esta población sigue siendo limitada, ya que el sistema de salud en Perú ha priorizado históricamente el tratamiento de enfermedades físicas sobre la salud mental. A pesar de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental 2020-2025 y la Ley de Salud Mental, los recursos asignados

a la salud mental en los centros de atención primaria son insuficientes, lo que deja a muchas personas mayores sin acceso a diagnósticos y tratamientos oportunos.

Adicionalmente, la falta de profesionales especializados en geriatría y salud mental en las áreas rurales complica aún más la situación, ya que muchas personas adultas mayores no reciben la atención necesaria para trastornos como la depresión o la ansiedad, lo que limita su calidad de vida y su autonomía. Este escenario también es exacerbado por factores socioeconómicos, como la pobreza y la exclusión social, que amplifican el impacto de los trastornos mentales en la población adulta mayor.

En comparación, países de América Latina como Argentina y Brasil han implementado programas de telemedicina y atención domiciliaria para adultos mayores, con el fin de abordar la relación entre el aislamiento social y el deterioro de la salud mental. Estos programas incluyen la participación activa de psicólogos y otros profesionales en el ámbito comunitario para garantizar que las personas adultas mayores reciban apoyo emocional adecuado.

Para abordar de manera integral la alta prevalencia de trastornos mentales en los/as adultos/as mayores, es crucial que la PNMPAM refuerce sus mecanismos de atención en salud mental, incluyendo programas de intervención temprana, capacitación especializada para el personal de salud y la implementación de estrategias que promuevan la inclusión social de las personas adultas mayores, especialmente en áreas rurales. Este enfoque garantizará no solo la mejora de su bienestar emocional, sino también su autonomía y participación activa en la vida social y comunitaria.

3.2.4. Visibilización de la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en los Efectos de la PNMPAM

La soledad no deseada y el aislamiento social son problemáticas crecientes que afectan profundamente el bienestar de las personas mayores, con impactos directos en su salud física, mental y emocional. A pesar de los avances en la atención a las necesidades de las personas adultas mayores, la PNMPAM no aborda explícitamente estas cuestiones, lo que deja un vacío significativo en las estrategias para garantizar un envejecimiento digno. Abordar las problemáticas es crucial dado que no solo incrementan el riesgo de deterioro físico y mental, sino que también afectan directamente su autonomía y calidad de vida.

Numerosos estudios han demostrado que las personas mayores que experimentan soledad tienen más probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y trastornos como la depresión y la ansiedad. La falta de interacción social debilita además su participación en la comunidad, limitando su acceso a recursos y servicios, lo que agrava su exclusión y vulnerabilidad (Teater et al., 2021; Tani et al., 2022; Dahlberg et al., 2022; Jutengren y Stahl, 2024).

La importancia de incluir la soledad no deseada y el aislamiento social en la PNMPAM radica en que estas problemáticas no solo agravan la salud crónica, sino que también restringen el acceso a redes de apoyo social y económico, disminuyendo la participación de las personas adultas mayores en la vida social y económica del país. En un contexto de envejecimiento poblacional, donde se proyecta que el porcentaje de personas mayores aumentará significativamente para 2030, la falta de intervención adecuada podría generar una crisis de salud pública, aumentando la presión sobre los sistemas de atención y servicios sociales.

A nivel internacional, algunos países han desarrollado políticas clave para abordar estos problemas. En el Reino Unido, la creación del Ministerio de la Soledad en 2018 marcó un hito en la gestión de estas problemáticas. El desarrollo de políticas integrales, como la campaña "Let's Talk Loneliness", ha promovido la concienciación y la creación de redes de apoyo comunitarias para las personas mayores (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2018). Japón siguió una línea similar en 2021 con la creación de su propio Ministerio de la Soledad, enfocado en enfrentar los efectos del aislamiento en su creciente población mayor, mediante la implementación de soluciones innovadoras como la teleasistencia y el uso de robots asistenciales (Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada, 2021).

En América Latina, varios países han implementado políticas para combatir la soledad y el aislamiento social en las personas adultas mayores. Chile ha desarrollado programas de integración comunitaria, como "Envejecimiento Activo", que fomentan la participación social y el acompañamiento a través de redes de apoyo locales. Uruguay, con su Plan Nacional de Cuidados, ofrece servicios comunitarios y actividades recreativas específicas para las personas adultas mayores, promoviendo la interacción social y mitigando el aislamiento. Argentina, por su parte, ha creado espacios comunitarios y centros de día donde las personas adultas mayores participan

en actividades culturales y sociales, fortaleciendo sus redes de apoyo. A pesar de estos esfuerzos, aún se necesita profundizar estas políticas para garantizar que las personas adultas mayores, especialmente en áreas rurales y vulnerables, tengan acceso adecuado a estas redes.

El análisis de vulnerabilidad frente a la soledad no deseada y el aislamiento social en Perú es producto de la revisión sistemática de literatura realizada, en el apartado de metodología, la cual permitió identificar los factores de riesgo asociados a estos problemas. Esta revisión reveló que ciertos factores sociodemográficos, económicos, de salud y salud mental, y del entorno/ambiente incrementan significativamente la probabilidad de que las personas adultas mayores enfrenten estas problemáticas. El perfil del adulto mayor más vulnerable en Perú está compuesto principalmente por mujeres mayores de 60 años, en su mayoría viudas o solteras, que viven solas y en situación de discapacidad, con bajos niveles educativos y ubicadas en áreas rurales o en condiciones de pobreza. Este grupo enfrenta barreras significativas para acceder a redes de apoyo social y a servicios básicos, lo que los coloca en una situación de desventaja social considerable.

En ese sentido, se evidencia cómo la combinación de factores como la feminización de la pobreza, la falta de acceso a la educación y la exclusión social por vivir en áreas rurales o en situación de discapacidad profundizan el aislamiento social y agravan la soledad no deseada. Además, las limitaciones físicas dificultan la participación en actividades comunitarias, especialmente en áreas rurales donde la infraestructura pública es deficiente y los servicios de transporte escasos, reforzando así su aislamiento. Aunque Perú ha avanzado en la creación de algunos programas sociales como Pensión 65, INABIF, Saberes Productivos y otros, estos no se centran directamente en combatir la soledad y el aislamiento social. A ello se le suma la brecha digital, que impide a muchas personas mayores accedan a información y servicios en línea, lo que limita aún más su integración social.

Por tanto, incorporar la soledad no deseada y el aislamiento social en la PNMPAM es esencial para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores y prevenir sus impactos negativos en la salud física y mental. Esto resulta clave para responder de manera adecuada al envejecimiento de la población peruana. Un enfoque integral que considere tanto sus necesidades sociales como emocionales

permitirá fortalecer su integración, reducir su exclusión y mitigar su situación de vulnerabilidad.

3.2.5. Enfoques Transversales para la PNMPAM

Para garantizar que la soledad no deseada y el aislamiento social sean abordados de manera integral en la PNMPAM, es esencial que estas problemáticas se incluyan de forma transversal en los diversos enfoques que guían la política. A continuación, se detalla cómo la inclusión del análisis de la soledad y el aislamiento social puede ser integrada en cada uno de los enfoques propuestos, asegurando que las intervenciones consideren las múltiples dimensiones que afectan el bienestar de las personas mayores, promoviendo un envejecimiento digno y una participación social activa.

3.2.5.1. Enfoque de Derechos Humanos

Se fundamenta en el principio de que todas las personas, incluida la población adulta mayor, tienen el derecho a vivir en condiciones de dignidad, igualdad y sin discriminación. Este enfoque va más allá de considerar la soledad no deseada y el aislamiento social como simples problemáticas del bienestar, reconociéndolos como vulneraciones a los derechos humanos fundamentales. Desde esta perspectiva, el aislamiento social y la soledad no deseada deben entenderse como violaciones del derecho de las personas adultas mayores a vivir una vida plena, activa y con acceso a redes de apoyo que les permitan participar en la comunidad y mantener relaciones interpersonales significativas.

Aplicado a la PNMPAM, este enfoque obliga al Estado a garantizar que esta población no solo reciba asistencia básica, sino que también tengan la posibilidad de vivir en entornos que favorezcan su inclusión social, emocional y económica. Esto implica diseñar políticas que promuevan su participación activa en la vida comunitaria y aseguren su acceso a redes de apoyo que contribuyan a evitar su marginación. La respuesta estatal frente a la soledad y el aislamiento debe basarse en la premisa de que toda persona adulta mayor tiene derecho a formar parte activa de su comunidad y a ser valorada como ciudadana plena.

El enfoque de derechos humanos es particularmente relevante porque establece una obligación estatal de combatir la soledad no deseada y el aislamiento

social. Por tanto, las políticas públicas deben garantizar entornos seguros, accesibles e inclusivos donde las personas mayores puedan interactuar, expresarse y participar plenamente. Asimismo, deben priorizar la prevención de la exclusión mediante programas que fortalezcan las redes de apoyo emocional y comunitario, y promuevan la creación de espacios adecuados para la interacción social.

En este marco, la participación social y el acceso a redes de apoyo no son privilegios, sino derechos. Las políticas deben asegurar que las personas adultas mayores, en especial aquellas en situación de pobreza, discapacidad o que viven solas, cuenten con servicios que fomenten el contacto humano, prevengan el aislamiento y fortalezcan su sentido de pertenencia. La atención a los grupos más vulnerables debe ser una prioridad, considerando las múltiples formas de exclusión que enfrentan.

Para abordar la soledad no deseada y el aislamiento social bajo este enfoque, se requieren intervenciones dirigidas a fortalecer las redes de apoyo tanto en el ámbito comunitario como en el familiar. Esto podría incluir la creación de programas de acompañamiento, actividades intergeneracionales que fomenten la convivencia y el intercambio de experiencias entre jóvenes y mayores, así como programas de teleasistencia para quienes tienen movilidad reducida. Asimismo, el enfoque de derechos humanos permite garantizar que todas las políticas e intervenciones se desarrollen con una perspectiva inclusiva, asegurando que ningún adulto mayor quede excluido del acceso a servicios que fomenten su bienestar social y emocional.

En resumen, el enfoque de derechos humanos aplicado a la PNMPAM asegura que las políticas estén dirigidas a promover una vida digna, inclusiva y activa para todas las personas adultas mayores. Impulsar programas que aborden la soledad no deseada y el aislamiento social bajo esta perspectiva permite diseñar intervenciones más efectivas y comprometidas con los derechos fundamentales de las personas mayores, asegurando su integración y participación en la vida social del país.

3.2.5.2. Enfoque Gerontológico

Se basa en el estudio del proceso de envejecimiento y sus implicaciones físicas, emocionales y sociales, con el objetivo de diseñar políticas que promuevan un envejecimiento activo y saludable. Aplicado a la PNMPAM, este enfoque permite que las intervenciones se ajusten a las particularidades del envejecimiento, abordando de

manera integral tanto las necesidades de salud física como las dimensiones emocionales y sociales que afectan la calidad de vida de las personas adultas mayores.

La inclusión de la soledad no deseada y el aislamiento social en el enfoque gerontológico es esencial, dado su profundo impacto en el bienestar integral de las personas adultas mayores. Estas problemáticas no solo aumentan el riesgo de deterioro físico y cognitivo, sino que también reducen su participación en actividades sociales, recreativas y cognitivas, acelerando el deterioro funcional y agravando enfermedades preexistentes. Por tanto, el enfoque gerontológico debe ir más allá de la atención médica, integrando también estrategias que fortalezcan las dimensiones emocionales y relacionales del envejecimiento.

Para mitigar estos efectos, es esencial desarrollar intervenciones que fortalezcan tanto sus capacidades físicas como sociales y emocionales. Estas intervenciones deben incluir la promoción de actividades recreativas, programas de ejercicio físico adaptado, y la implementación de iniciativas de formación en nuevas tecnologías que les permitan mantenerse conectadas con sus redes sociales y acceder a información relevante. También es crucial fomentar espacios comunitarios accesibles y seguros, que propicien la interacción social y la participación activa.

Este enfoque es clave porque reconoce el envejecimiento como un proceso complejo y multifactorial, en el que las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales interactúan de manera continua. Incorporarlo de manera transversal en la PNMPAM permitiría diseñar políticas públicas más integrales, orientadas no solo a prevenir o tratar enfermedades, sino a garantizar el bienestar emocional, la autonomía y la inclusión social de las personas adultas mayores.

De este modo, el enfoque gerontológico propone que las políticas públicas no se limiten a atender las enfermedades relacionadas con la vejez, sino que además promuevan un entorno donde puedan desarrollar sus capacidades, mantener redes sociales sólidas y participar de forma plena en la comunidad. Esto, en última instancia, mejora su calidad de vida y asegura un envejecimiento digno en el que puedan seguir siendo miembros activos y valiosos de la sociedad.

3.2.5.3. Enfoque de Curso de Vida

Se centra en la premisa de que las experiencias y vivencias acumuladas a lo largo de la vida influyen directamente en cómo las personas enfrentan el envejecimiento. Este enfoque reconoce que la soledad no deseada y el aislamiento social en la vejez no son fenómenos que surgen exclusivamente en esa etapa, sino que están condicionados por eventos y factores previos, como la exclusión social, la discriminación, las relaciones familiares y la construcción de redes sociales. Aplicado a la PNMPAM, este enfoque impulsa la formulación de políticas públicas que consideren las experiencias acumuladas desde la juventud hasta la vejez, con el objetivo de garantizar una intervención preventiva y continua en todas las etapas de la vida, centrada en fortalecer las redes sociales y fomentar la participación activa de las personas mayores.

Este enfoque subraya que el aislamiento social y la soledad no deseada en la vejez están vinculados a factores que se desarrollan a lo largo de la vida. Las personas que han experimentado exclusión social y falta de oportunidades educativas o laborales son más propensas al aislamiento en la vejez. Además, este enfoque reconoce la importancia de las políticas intergeneracionales, fomentando el intercambio y apoyo mutuo entre generaciones, contribuyendo a una mayor autonomía y bienestar a lo largo de la vida.

La incorporación de la soledad no deseada y el aislamiento social en el enfoque de curso de vida enfatiza la importancia de intervenir desde las primeras etapas para favorecer una vejez socialmente activa. Este enfoque destaca que la creación y el mantenimiento de relaciones interpersonales y redes sociales a lo largo del ciclo de vida son esenciales para reducir el riesgo de aislamiento en la vejez. Sugiere que se deben diseñar programas que promuevan la participación social, económica y cultural en todas las etapas de la vida, abordando la exclusión social temprana como un factor de riesgo. Incluir este enfoque en la PNMPAM permite un abordaje integral, trabajando desde la juventud para prevenir el aislamiento en la vejez y promoviendo intervenciones preventivas y sostenibles que fortalezcan la inclusión social y faciliten un envejecimiento activo.

En cuanto a las intervenciones necesarias, el enfoque de curso de vida propone la creación de programas intergeneracionales que fortalezcan las relaciones sociales

entre jóvenes y mayores, y que fomenten la participación activa a lo largo de la vida. Estos programas podrían incluir actividades culturales, recreativas, educativas y laborales que promuevan la interacción y el apoyo mutuo entre personas de diferentes edades, asegurando que las personas adultas mayores no queden excluidas del tejido social. Además, es necesario diseñar estrategias preventivas que promuevan la construcción de redes sociales y la participación en actividades comunitarias desde la juventud, para asegurar que las personas lleguen a la vejez con relaciones sociales sólidas y redes de apoyo efectivas.

3.2.5.4. Enfoque Intergeneracional

Se fundamenta en la importancia de las interacciones entre personas de diferentes generaciones para fortalecer el tejido social, promover el bienestar de la población adulta mayor y prevenir el aislamiento social y la soledad no deseada. Este enfoque reconoce que las conexiones intergeneracionales enriquecen tanto a los jóvenes como a las personas mayores, facilitando un intercambio mutuo de conocimientos, experiencias y apoyo emocional. Aplicado a la PNMPAM, el enfoque intergeneracional promueve un envejecimiento activo y participativo, creando espacios donde las personas adultas mayores puedan mantenerse conectadas con sus familias, comunidades y la sociedad en general, incluyendo el reconocimiento y transmisión de saberes ancestrales como parte de la riqueza cultural.

Este enfoque es crucial porque enfatiza la interacción social como una herramienta para combatir la soledad no deseada y el aislamiento. Las personas adultas mayores que participan en actividades intergeneracionales tienen más probabilidades de mantener una red social activa, mejorando su bienestar emocional y físico. Además, fomenta el respeto mutuo y la solidaridad entre generaciones, ayudando a reducir los estereotipos sobre el envejecimiento y promoviendo una sociedad más inclusiva. A través de la transmisión de saberes ancestrales, se reconoce el valor de la experiencia y la sabiduría de las personas mayores, lo que fortalece su autoestima y su rol en la comunidad. Esto permite diseñar estrategias preventivas que fomenten la participación de las personas mayores en actividades educativas, culturales, recreativas y comunitarias en colaboración con generaciones más jóvenes, fortaleciendo la transmisión de conocimiento y promoviendo la continuidad de prácticas culturales.

Incorporar la soledad no deseada y el aislamiento social en este enfoque subraya la importancia de promover el intercambio intergeneracional como una herramienta clave para prevenir y reducir estas problemáticas. Los/as adultos/as mayores que mantienen vínculos significativos con personas de otras generaciones tienden a sentirse más incluidas y valoradas dentro de sus comunidades. Estas relaciones intergeneracionales proporcionan apoyo emocional, una mayor sensación de pertenencia y una red de contacto que reduce el riesgo de aislamiento. Además, el intercambio de saberes ancestrales fortalece el vínculo entre generaciones y permite que las personas mayores sientan que sus conocimientos y experiencias son valorados y transmitidos.

El enfoque intergeneracional es vital porque reconoce que la construcción de redes de apoyo social no es solo responsabilidad de las personas adultas mayores, sino que también involucra a otras generaciones. Fomentar un diálogo intergeneracional contribuye a crear sociedades más inclusivas y solidarias, donde jóvenes y mayores se enriquecen mutuamente. La PNMPAM puede beneficiarse de este enfoque generando políticas que incentiven la colaboración intergeneracional y la creación de programas que refuercen los lazos entre generaciones, lo cual es clave para combatir la exclusión y el aislamiento social de las personas mayores. A su vez, el intercambio de saberes ancestrales asegura la transmisión de valores culturales y conocimientos tradicionales, conectando a las personas mayores con las generaciones más jóvenes y fomentando un sentido de pertenencia y continuidad cultural.

En cuanto a las intervenciones necesarias, el enfoque intergeneracional propone el desarrollo de programas comunitarios que involucren a personas de todas las edades en actividades conjuntas, como el intercambio de saberes ancestrales y culturales. Estos programas pueden incluir proyectos educativos, donde las personas adultas mayores enseñen a los jóvenes conocimientos sobre tradiciones, medicina natural, costumbres locales y otros saberes ancestrales que forman parte de la riqueza cultural de sus comunidades. Además, se pueden implementar actividades recreativas y culturales que fomenten la interacción social y el aprendizaje mutuo, y programas de voluntariado intergeneracional en centros de día y hogares de cuidado, donde las personas mayores participen en actividades con jóvenes, fortaleciendo su sentido de pertenencia y reduciendo la sensación de aislamiento. También es fundamental

integrar programas de apoyo mutuo, donde las generaciones más jóvenes puedan aprender de la experiencia de la población envejecida, brindándoles apoyo emocional y social.

El enfoque intergeneracional aplicado a la PNMPAM busca promover la interacción y convivencia entre generaciones como un medio para mejorar el bienestar de las personas adultas mayores. Este enfoque facilita la creación de una sociedad más inclusiva y cohesionada, donde se fomenta el respeto mutuo y la colaboración entre generaciones, lo que contribuye a una mejor calidad de vida para esta población. Al incluir el enfoque intergeneracional en la política, se promueve la participación activa de las personas mayores en la vida social, asegurando que no sean marginadas y que sigan siendo miembros activos y valiosos de sus comunidades, al tiempo que se preservan y valoran los saberes ancestrales como parte esencial de la identidad cultural de las comunidades.

3.2.5.5. Enfoque de Género

Se centra en la premisa de que las personas experimentan el envejecimiento de manera diferenciada en función de su género. Este enfoque reconoce que las mujeres y hombres mayores enfrentan desafíos específicos relacionados con la soledad no deseada y el aislamiento social debido a factores socioeconómicos, culturales y estructurales que afectan de manera distinta a ambos géneros. En el caso de las mujeres mayores, se enfrentan a una mayor vulnerabilidad debido a factores como la feminización de la pobreza, una mayor esperanza de vida, y la viudez. Por otro lado, los hombres mayores tienden a tener redes sociales más reducidas, lo que incrementa su riesgo de aislamiento en la vejez. Aplicado a la PNMPAM, el enfoque de género permite diseñar intervenciones diferenciadas para hombres y mujeres, reconociendo sus necesidades particulares y promoviendo un envejecimiento activo y equitativo.

Este enfoque es crucial porque visibiliza las desigualdades estructurales que influyen en la experiencia de la vejez de hombres y mujeres. Las mujeres mayores, en su mayoría viudas o solteras, enfrentan una mayor probabilidad de vivir solas y en condiciones de pobreza, lo que incrementa su vulnerabilidad al aislamiento. En contraste, los hombres mayores, aunque en menor proporción viven solos, a menudo carecen de redes sociales amplias, lo que dificulta su participación social en la vejez.

Este enfoque permite que la PNMPAM diseñe políticas que consideren estas diferencias de género, promoviendo tanto la inclusión social como el acceso a redes de apoyo específicas que respondan a las realidades de cada grupo. Su implementación favorece un envejecimiento con mayor equidad y bienestar, donde tanto hombres como mujeres mayores puedan tener acceso a oportunidades de integración social.

La incorporación de la soledad no deseada y el aislamiento social en el enfoque de género es clave para entender cómo estas problemáticas afectan de manera diferente a mujeres y hombres mayores. Las mujeres tienden a experimentar mayores niveles de soledad debido a la pérdida de pareja, la mayor esperanza de vida y la sobrecarga de responsabilidades no remuneradas, lo que a menudo las aleja de la participación social. Por su parte, los hombres suelen perder redes de apoyo tras la jubilación, lo que los coloca en situaciones de mayor aislamiento. Este enfoque sugiere que las intervenciones deben ser diseñadas de manera diferenciada para atender las barreras específicas que enfrentan hombres y mujeres mayores en su participación social, económica y comunitaria.

El enfoque de género beneficia a la política al garantizar que las intervenciones respondan a las diferentes realidades de hombres y mujeres mayores, promoviendo una igualdad de acceso a los programas y servicios que mitigan la soledad y el aislamiento social. Además, permite identificar las desigualdades acumuladas a lo largo de la vida, como la falta de acceso a recursos económicos y sociales, que exacerban la exclusión social en la vejez. Incluir este enfoque en la PNMPAM asegura que las políticas sean sensibles al género, reconociendo las particularidades de las mujeres mayores en situación de pobreza o viudez, y de los hombres que carecen de redes sociales tras la jubilación, para crear intervenciones más eficaces y equitativas.

En cuanto a las intervenciones necesarias bajo el enfoque de género, se deben desarrollar programas específicos para mujeres y hombres mayores que fortalezcan sus redes sociales y les brinden oportunidades de participación en la vida comunitaria. Para las mujeres, esto podría incluir programas de apoyo económico y social, así como iniciativas que promuevan su participación en actividades intergeneracionales y de liderazgo comunitario. Para los hombres, sería necesario fomentar la creación de espacios de socialización tras la jubilación y programas que les ayuden a construir o

mantener redes de apoyo social. Además, es importante que las políticas consideren el impacto del cuidado no remunerado en las mujeres mayores y promuevan su participación en actividades recreativas y culturales que les permitan reconectar con sus comunidades.

3.2.5.6. Enfoque Intercultural

Se basa en el reconocimiento de la diversidad cultural y la importancia de respetar y valorar las distintas tradiciones, creencias y formas de vida que existen dentro de una sociedad. En el contexto de las personas adultas mayores, este enfoque reconoce que las experiencias de aislamiento social y soledad no deseada no se viven de manera uniforme, sino que están profundamente influenciadas por el contexto sociocultural y las particularidades de cada comunidad. Al aplicar este enfoque a la PNMPAM, se garantiza que las intervenciones sean culturalmente pertinentes, reconociendo y respetando las tradiciones y valores de las diversas comunidades, como los pueblos indígenas u originarios, las comunidades campesinas, las comunidades nativas y otras minorías culturales.

Este enfoque es crucial porque permite que las políticas públicas sean más inclusivas y respetuosas de las identidades culturales. En muchas comunidades, las personas adultas mayores desempeñan un papel central en la transmisión de saberes ancestrales y en la preservación de las tradiciones, pero en otras, pueden ser marginadas debido a cambios en las estructuras sociales o económicas. El enfoque intercultural asegura que las intervenciones diseñadas en la PNMPAM no sean homogéneas, sino que respondan a las necesidades y realidades particulares de esta población en contextos culturales diversos. Esto es esencial para garantizar que todos/as, independientemente de su origen cultural, tengan igual acceso a redes de apoyo social, y que se fomente su inclusión social a través de iniciativas culturalmente apropiadas.

La incorporación de la soledad no deseada y el aislamiento social en este enfoque es fundamental, ya que las personas adultas mayores de diferentes culturas pueden experimentar estos problemas de manera única. Por ello, el enfoque intercultural aboga por intervenciones que no solo busquen reintegrar a las personas mayores en la vida social, sino que también respeten y promuevan su cultura como una herramienta para fortalecer su inclusión y bienestar.

Este enfoque beneficia a la PNMPAM al asegurar que las intervenciones sean culturalmente sensibles y respetuosas de las diversas tradiciones y formas de vida que coexisten en el Perú. Al adaptar las políticas a los contextos culturales específicos de cada grupo, se logra un mayor impacto en la prevención y reducción de la soledad y el aislamiento. Además, permite que este grupo etario de todas las comunidades se sientan valoradas y reconocidas por su aporte cultural, lo que contribuye a su autoestima y sentido de pertenencia. Asimismo, este enfoque subraya la importancia de la participación comunitaria y del rol central que juegan las personas adultas mayores en la transmisión de saberes ancestrales, un aspecto clave para muchas culturas en Perú, particularmente en las áreas rurales y pueblos indígenas u originarios.

En cuanto a las intervenciones necesarias, el enfoque intercultural propone la creación de programas comunitarios que valoren y fortalezcan la transmisión de saberes ancestrales. Estos programas pueden incluir actividades culturales donde las personas mayores enseñen a las nuevas generaciones conocimientos sobre prácticas tradicionales, como la medicina natural, las costumbres locales, la historia oral y otros saberes ancestrales. También es importante desarrollar proyectos de convivencia intercultural que promuevan el intercambio de experiencias y saberes entre comunidades de diferentes orígenes, lo que no solo enriquece a la comunidad, sino que también contribuye a reducir el aislamiento de las personas mayores al integrarlas en actividades de valor cultural.

El enfoque intercultural, aplicado a la PNMPAM, permite diseñar intervenciones que respeten y promuevan la diversidad cultural de la población adulta mayor en Perú, asegurando que no se vean excluidas debido a barreras culturales o discriminación. Este enfoque fortalece su participación activa en la comunidad, reconociendo su papel como guardianes de la cultura y facilitando su plena integración en la vida social y comunitaria. Además, la incorporación del enfoque intercultural asegura que las políticas no solo busquen mitigar la soledad y el aislamiento, sino también valoren el conocimiento y las experiencias de las personas mayores como parte fundamental del tejido social y cultural del país.

3.2.5.7. Enfoque Territorial

Se centra en la importancia de considerar las características geográficas, sociales y económicas de las distintas regiones para diseñar políticas públicas que respondan adecuadamente a las realidades específicas de cada territorio. En el caso de las personas adultas mayores, este enfoque reconoce que el acceso a servicios, redes de apoyo y oportunidades de participación varía significativamente entre las áreas urbanas, rurales y amazónicas, y que las soluciones para combatir la soledad no deseada y el aislamiento social deben adaptarse a estas diferencias territoriales. Aplicado a la PNMPAM, el enfoque territorial permite que las intervenciones sean ajustadas a las particularidades de cada región, garantizando que todas las personas mayores, independientemente de su lugar de residencia, tengan acceso a servicios y redes de apoyo que promuevan su inclusión social.

Este enfoque es crucial porque asegura que las políticas no sean homogéneas, sino que reconozcan las desigualdades territoriales que pueden exacerbar la vulnerabilidad de las personas adultas mayores. Por ejemplo, en las áreas rurales, donde la infraestructura es limitada y el acceso a servicios de salud, transporte y comunicación es precario, las personas mayores tienden a experimentar mayores niveles de aislamiento social. En contraste, en las áreas urbanas, aunque el acceso a servicios es más amplio, la población adulta mayor puede enfrentar barreras relacionadas con la falta de cohesión social y la ausencia de espacios comunitarios adecuados. El enfoque territorial permite que la PNMPAM diseñe políticas específicas para cada contexto, de manera que las soluciones sean adecuadas y efectivas para abordar los problemas de aislamiento social y soledad no deseada en función de las condiciones locales.

La incorporación de la soledad no deseada y el aislamiento social en este enfoque pone de manifiesto la necesidad de abordar las barreras que enfrentan las personas adultas mayores según el lugar donde residen. En las áreas rurales, el aislamiento físico por falta de infraestructura adecuada, como transporte público accesible o caminos transitables, es un factor determinante. Además, la carencia de centros de atención para las personas mayores y de actividades comunitarias refuerza su exclusión. Por otro lado, en las áreas urbanas, la rapidez de la vida moderna, la dispersión de la familia y la falta de espacios de interacción social pueden incrementar la soledad de esta población. Este enfoque, por lo tanto, destaca la importancia de

que las políticas aborden las diferencias territoriales para mitigar el aislamiento y promover la inclusión social.

Este enfoque es vital porque permite diseñar políticas públicas que sean sensibles a las necesidades de cada territorio. La PNMPAM puede beneficiarse enormemente al integrar el enfoque territorial, asegurando que las personas adultas mayores de todas las regiones, ya sea en áreas urbanas, rurales o amazónicas, tengan acceso a los servicios y oportunidades necesarios para vivir de manera plena y activa. Además, este enfoque subraya la necesidad de fortalecer la infraestructura territorial para reducir las barreras físicas que limitan la movilidad de las personas mayores, lo que contribuiría a mejorar su participación social y reducir su aislamiento.

En cuanto a las intervenciones necesarias, el enfoque territorial sugiere la implementación de programas adaptados a las condiciones locales. En las áreas rurales, esto puede incluir la creación de redes comunitarias de apoyo, la mejora de la infraestructura de transporte y la construcción de centros de atención para personas mayores que faciliten la socialización y el acceso a servicios básicos. En las áreas urbanas, es crucial promover la construcción de espacios comunitarios donde las personas mayores puedan participar en actividades recreativas y sociales, fortaleciendo así sus redes de apoyo. Además, las intervenciones deben considerar las necesidades específicas de las áreas amazónicas, donde el aislamiento geográfico y cultural puede ser un factor agravante para las personas mayores, y donde la creación de programas culturalmente pertinentes es esencial para garantizar su integración social.

El enfoque territorial aplicado a la PNMPAM también facilita la coordinación intersectorial entre los distintos niveles de gobierno para garantizar que los recursos y las intervenciones lleguen de manera efectiva a las personas adultas mayores en todo el territorio nacional. Esto es particularmente importante en el caso de las áreas rurales y amazónicas, donde esta población etaria enfrenta mayores dificultades para acceder a servicios debido a la distancia y la falta de infraestructura. Al aplicar este enfoque, la PNMPAM asegura que las políticas y programas se adapten a las condiciones territoriales, promoviendo una distribución equitativa de recursos y garantizando que todas las personas mayores puedan ejercer su derecho a la participación social, sin importar su ubicación geográfica.

3.2.5.8. Enfoque Interseccional

Se basa en el reconocimiento de que las personas adultas mayores no experimentan el envejecimiento de manera homogénea, sino que su vivencia de la vejez está profundamente influenciada por diversas identidades sociales, como el género, la etnia, la clase social, la discapacidad y la ubicación geográfica. Este enfoque reconoce que estas identidades interactúan entre sí, creando capas de vulnerabilidad o privilegio que impactan directamente en el bienestar de las personas mayores. Aplicado a la PNMPAM, el enfoque interseccional permite diseñar políticas que tomen en cuenta las múltiples dimensiones de desigualdad que afectan a los/as adultos/as mayores, garantizando que las intervenciones sean inclusivas y efectivas, especialmente para los grupos más vulnerables.

Este enfoque es crucial porque asegura que las políticas públicas no se basen en una visión única de las personas mayores, sino que reconozcan la diversidad que existe dentro de este grupo. Las personas adultas mayores que pertenecen a grupos minoritarios, como mujeres mayores que viven en situación de pobreza, personas mayores con discapacidad o aquellas que provienen de comunidades indígenas, enfrentan desafíos únicos que requieren soluciones específicas. El Enfoque Interseccional permite a la PNMPAM abordar de manera más precisa y eficaz las necesidades de estos grupos, garantizando que las políticas no solo respondan a las características generales del envejecimiento, sino que también aborden las desigualdades que se cruzan en la vida de las personas mayores.

La incorporación de la soledad no deseada y el aislamiento social en este enfoque pone de relieve que estas problemáticas afectan de manera diferente a las personas mayores según sus identidades sociales. Por ejemplo, las mujeres mayores, especialmente aquellas que son viudas o viven solas, tienen una mayor probabilidad de experimentar aislamiento social debido a factores como la feminización de la pobreza o las responsabilidades de cuidado. De igual manera, las personas mayores que viven en comunidades rurales o pertenecen a minorías étnicas pueden enfrentarse a barreras adicionales para acceder a servicios y redes de apoyo, lo que aumenta su riesgo de aislamiento. Al integrar este enfoque en la PNMPAM, se reconoce que las políticas deben considerar estas intersecciones de vulnerabilidad

para diseñar soluciones que sean realmente inclusivas y que aborden las múltiples formas de exclusión que enfrentan las personas adultas mayores.

El enfoque interseccional es esencial porque permite diseñar políticas que respondan a la complejidad de la vida de las personas mayores, considerando cómo las múltiples identidades se entrelazan para crear diferentes experiencias de envejecimiento. Esta población no solo debe enfrentarse a los desafíos relacionados con la edad, sino también a las barreras que surgen de su género, etnia, situación económica, o discapacidad. Al aplicar este enfoque, la PNMPAM puede garantizar que sus intervenciones lleguen a aquellos grupos más marginados, promoviendo un envejecimiento digno y equitativo para todos. Esto es particularmente importante para combatir el aislamiento social, ya que los factores que contribuyen a esta exclusión varían según las diferentes identidades sociales.

En cuanto a las intervenciones necesarias, el enfoque interseccional sugiere la implementación de programas que consideren las múltiples dimensiones de vulnerabilidad que afectan a las personas mayores. Por ejemplo, para abordar el aislamiento social entre las mujeres mayores, especialmente aquellas que viven solas, sería fundamental diseñar programas que promuevan redes de apoyo comunitario y servicios de acompañamiento, adaptados a sus necesidades específicas. Para las personas adultas mayores en comunidades indígenas, es esencial implementar iniciativas culturalmente pertinentes que respeten sus costumbres y valores, a la vez que faciliten su participación en actividades sociales y culturales que refuercen sus redes de apoyo. Además, las personas mayores con discapacidad requieren programas de accesibilidad que aseguren su inclusión en las actividades comunitarias y su acceso a los servicios esenciales.

Este enfoque también enfatiza la importancia de identificar a las personas mayores en mayor riesgo de aislamiento social y soledad no deseada, considerando todas las variables que interactúan en su vida. Al hacerlo, la PNMPAM puede diseñar intervenciones preventivas y correctivas que respondan a estas realidades complejas, asegurando que los/as adultos/as mayores más vulnerables no queden fuera de las políticas de inclusión social. Esto implica no solo el desarrollo de políticas diferenciadas para grupos específicos, sino también la capacitación de los profesionales de los servicios sociales y de salud para que sean capaces de identificar

y responder a las necesidades de las personas adultas mayores desde una perspectiva interseccional.

3.2.5.9. Enfoque de Discapacidad

Se fundamenta en la idea de que las personas con discapacidad, incluidas las personas adultas mayores, deben tener las mismas oportunidades para participar plenamente en la sociedad, con igualdad de derechos y acceso a servicios, infraestructura y redes de apoyo. Este enfoque reconoce que la población adulta mayor con discapacidad enfrenta múltiples barreras físicas, sociales y culturales que limitan su capacidad para integrarse en la vida comunitaria, lo que incrementa su riesgo de aislamiento social y soledad no deseada. Aplicado a la PNMPAM, el enfoque de discapacidad implica diseñar políticas que eliminen las barreras y fomenten la inclusión plena de los/as adultos/as mayores con discapacidad, asegurando su participación activa en la vida social y económica del país.

Este enfoque es crucial porque, al garantizar la accesibilidad física y social, promueve su inclusión en los servicios y actividades comunitarias. Las personas adultas mayores con limitaciones físicas, sensoriales o cognitivas suelen enfrentar mayores riesgos de aislamiento debido a la falta de accesibilidad en los espacios públicos, transporte y servicios. El enfoque de discapacidad permite a la PNMPAM identificar y remover estas barreras, creando un entorno accesible que facilite la movilidad, el acceso a la información, y la participación en actividades sociales y comunitarias. Esto no solo contribuye a una mayor autonomía, sino que también fortalece su sentido de pertenencia y reduce los efectos de la exclusión social.

La incorporación de la soledad no deseada y el aislamiento social dentro del enfoque de discapacidad es esencial, ya que estas problemáticas afectan de manera desproporcionada a las personas mayores con discapacidades. Aquellos que enfrentan limitaciones físicas o sensoriales pueden encontrar difícil o imposible participar en actividades sociales si no se cuenta con infraestructuras accesibles, como rampas, transporte adaptado o tecnología asistencial. De igual manera, las personas adultas mayores con discapacidades cognitivas pueden ser excluidas de redes sociales y comunitarias si no existen programas diseñados específicamente para integrar a las personas con estas condiciones. Al aplicar el enfoque de discapacidad, la PNMPAM garantiza que las políticas aborden las barreras

estructurales y sociales que agravan la soledad y el aislamiento en esta población, promoviendo un envejecimiento activo y participativo.

Este enfoque es vital porque reconoce que la discapacidad no es una barrera inherente de las personas, sino el resultado de la interacción entre las limitaciones individuales y un entorno que no está adaptado para facilitar su participación plena. Al eliminar las barreras físicas y sociales, las personas mayores con discapacidad pueden disfrutar de una mayor autonomía, lo que mejora su bienestar emocional y social. El enfoque de discapacidad permite a la PNMPAM diseñar políticas más inclusivas, que promuevan el derecho a la participación y la accesibilidad para todos, asegurando que las personas adultas mayores con discapacidad no queden excluidas de las actividades comunitarias y los servicios esenciales.

En cuanto a las intervenciones necesarias bajo este enfoque, es crucial que se implementen programas de accesibilidad que faciliten su movilidad y participación. Estas intervenciones podrían incluir la adaptación de espacios públicos con rampas, ascensores y señalización adecuada para personas con discapacidades visuales y auditivas. También es fundamental promover el uso de tecnología asistencial, como dispositivos de movilidad o herramientas de comunicación, que les permitan mantenerse conectadas con sus redes sociales y participar en actividades recreativas y comunitarias. Además, se deben desarrollar programas de capacitación para el personal de salud y de servicios sociales, de modo que puedan identificar sus necesidades específicas y ofrecer apoyo adecuado.

El enfoque de discapacidad aplicado a la PNMPAM asegura que las políticas públicas estén orientadas hacia la inclusión total de las personas adultas mayores con discapacidad, permitiéndoles vivir una vejez digna y conectada. Al implementar políticas que eliminen las barreras físicas y sociales, se garantiza que estas personas puedan disfrutar de una mayor calidad de vida, participando activamente en su comunidad. Esto no solo les permite ejercer sus derechos de manera plena, sino que también previene el aislamiento social y la soledad no deseada, problemas que afectan con mayor severidad a las personas mayores con discapacidades. Además, este enfoque fomenta una sociedad más inclusiva y equitativa, donde se reconoce la diversidad y se promueve su participación activa en todos los aspectos de la vida comunitaria.

Conclusiones de la Investigación

La presente investigación ha permitido identificar un perfil claro de las personas adultas mayores más vulnerables al aislamiento social y la soledad no deseada en el Perú. Se trata, principalmente, de mujeres mayores de 60 años, viudas o solteras, que viven solas, presentan bajos niveles educativos y residen en áreas rurales o en condiciones de pobreza. Este grupo enfrenta múltiples barreras para acceder a redes de apoyo social y a servicios básicos, lo que agrava su situación de desventaja.

Asimismo, las personas mayores que presentan enfermedades crónicas, limitaciones funcionales o problemas de salud mental, como la depresión, tienen mayor propensión a experimentar estas formas de exclusión social. Estas condiciones deben entenderse no solo como factores de riesgo individuales, sino también como manifestaciones de entornos estructuralmente excluyentes que restringen su bienestar.

El análisis también muestra importantes diferencias entre contextos urbanos y rurales. En áreas rurales, la falta de infraestructura, la limitada cobertura de servicios públicos y la dispersión geográfica intensifican el aislamiento social. En áreas urbanas, a pesar de una mayor oferta de servicios, la debilitación de las redes familiares y los cambios en las estructuras comunitarias incrementan el riesgo de soledad no deseada y aislamiento social. Esta diversidad evidencia que el aislamiento social y la soledad no deseada no son fenómenos homogéneos, y que las respuestas de política pública deben ser diferenciadas, considerando la diversidad y particularidades específicas de los/as adultos/as mayores del país.

Uno de los mayores retos identificados es la falta de datos específicos sobre el aislamiento social y la soledad en la población adulta mayor, lo que dificulta la formulación de políticas públicas basadas en evidencia. Sin información precisa, la implementación de soluciones efectivas es incierta, y esta carencia de datos impide abordar con exactitud el impacto de estos problemas en los diferentes contextos regionales y socioculturales. Es urgente desarrollar mecanismos sistemáticos de recolección de datos que permitan evaluar de manera continua la situación de las personas adultas mayores, facilitando la adaptación de las políticas públicas. Este hecho devino en la revisión de literatura sistemática para identificar los factores de riesgos asociados a ambas problemáticas (factores sociodemográficos, factores de

salud física y salud mental, factores económicos, y factores ambientales o del entorno).

Si bien la PNMPAM ha logrado avances importantes en la atención de las necesidades físicas y la seguridad económica, su enfoque es insuficiente al no integrar de manera adecuada las dimensiones emocionales y sociales del envejecimiento. El bienestar integral no puede medirse solo por el estado físico o la seguridad económica, sino también por la calidad de las relaciones sociales, el sentido de pertenencia y la capacidad de participación activa en la sociedad. El bienestar emocional y social de las personas adultas mayores está íntimamente relacionado con su autonomía, autoestima y capacidad para conectarse con su entorno, lo que requiere una integración más efectiva de estas dimensiones en las políticas públicas.

Otro hallazgo relevante es la falta de un enfoque transversal en la PNMPAM que limite la coordinación intersectorial necesaria para enfrentar el aislamiento social. Aunque la política establece la importancia de articular sectores como salud, educación, vivienda y desarrollo social, no se han identificado evaluaciones que evidencien una implementación efectiva de este enfoque transversal. La falta de coordinación entre los sectores y los gobiernos regionales y locales impide la adopción de acciones conjuntas que aborden de manera integral el aislamiento social de las personas adultas mayores, lo que ha resultado en una fragmentación de las intervenciones. La débil articulación intersectorial ha sido señalada como una de las principales limitaciones en las evaluaciones preliminares de la política, afectando su eficacia.

A pesar de los esfuerzos realizados para consultar a la sociedad civil y a las personas adultas mayores durante la formulación de la PNMPAM, se ha identificado una notable ausencia de participación constante de este grupo poblacional en los procesos de toma de decisiones y evaluación de las políticas. Aunque se realizaron diálogos regionales en los que se recogieron propuestas desde una perspectiva local, los espacios de participación activa y efectiva para las personas adultas mayores han sido limitados. Es fundamental incorporar de manera permanente la voz de esta población en la formulación y evaluación de las políticas públicas para garantizar que estas intervenciones respondan adecuadamente a sus necesidades reales. Asegurar

su participación continua enriquecería las políticas con sus propias experiencias y perspectivas, incrementando su relevancia y pertinencia.

Finalmente, la investigación concluye que la soledad no deseada y aislamiento social deben ser reconocidas no solo como un problema social, sino también como una vulneración de los derechos fundamentales de las personas mayores. Garantizar un envejecimiento digno implica crear entornos que fomenten relaciones significativas y permitan la participación activa de los adultos mayores en la comunidad. Esta es una deuda pendiente del Estado peruano, ya que la garantía de estos derechos no debe limitarse solo al acceso a servicios de salud, sino también a la creación de redes de apoyo que promuevan una integración social efectiva.

En consecuencia, esta tesis sostiene que la inclusión explícita de estas problemáticas en la PNMPAM —como causas y efectos del problema público— es un paso indispensable para avanzar hacia una política más equitativa, inclusiva y centrada en las personas. Esta integración no solo contribuirá a un diseño más robusto de los objetivos prioritarios, sino que buscará fortalecer las capacidades del Estado para responder a los desafíos del envejecimiento poblacional en el Perú.

Perspectiva Futura de la Política Pública

A medida que la población envejece de manera acelerada, es importante que la PNMPAM identifique e incorpore nuevas necesidades específicas a través de un análisis continuo de las tendencias globales y regionales. Este enfoque permitirá una mejor adaptación a los desafíos emergentes del envejecimiento poblacional. La integración de herramientas tecnológicas, la promoción de redes intergeneracionales y la colaboración intersectorial serán cruciales para enfrentar estos retos. Un enfoque integral y alineado a las tendencias podría garantizar que las políticas evolucionen, respondiendo a las transformaciones demográficas y sociales que Perú experimentará en las próximas décadas.

En síntesis, esta investigación subraya que la PNMPAM debe ampliar su alcance hacia un modelo más inclusivo que considere tanto al aislamiento social como a la soledad no deseada como componentes esenciales del bienestar de la población adulta mayor. La falta de reconocimiento de estos aspectos debilita la capacidad de la política para garantizar un envejecimiento saludable y digno. Solo con un enfoque integral, colaborativo y participativo, que incluya una visión a largo plazo, se podrá

mejorar de manera significativa la calidad de vida de los/as adultos/as mayores en Perú.

Recomendaciones de Política Pública para la actualización de la PNMPAM

Se proponen 8 recomendaciones de política diseñadas para abordar y mitigar la soledad no deseada y el aislamiento social en adultos/as mayores. Basadas en una revisión exhaustiva de la literatura y estudios relevantes, las recomendaciones están orientadas a mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor, promoviendo su integración activa en la comunidad y reduciendo significativamente el aislamiento social.

- a) Creación de un Observatorio Nacional sobre la Soledad y el Aislamiento: Es fundamental establecer un observatorio nacional dedicado a monitorear la soledad y el aislamiento en personas mayores. Este observatorio debería recopilar, analizar y divulgar datos actualizados sobre estas problemáticas, permitiendo una evaluación continua del impacto de las políticas públicas. La recopilación de datos específicos y actualizados es crucial para fundamentar intervenciones efectivas. Este observatorio debe incluir estudios longitudinales para entender cómo las dinámicas de aislamiento y soledad cambian con el tiempo y qué factores influyen en su exacerbación o mitigación.
- b) Implementación de Planes de Acción para la mejora de infraestructura urbana: Se recomienda implementar planes de acción destinados a adaptar y mejorar calles, aceras y parques, asegurando la eliminación de obstáculos y la instalación de rampas, pasamanos y señalización adecuada. La infraestructura urbana accesible facilita la movilidad de los adultos mayores y fomenta su participación en la vida comunitaria. Esto no solo mejora su acceso a espacios públicos, sino que también promueve la inclusión social y el envejecimiento activo, reduciendo así el aislamiento.
- c) Fomento de redes y espacios comunitarios para personas mayores: Es crucial promover la creación de redes y espacios comunitarios que den protagonismo a los adultos mayores, garantizando su participación activa en la toma de decisiones de políticas, planes o programas en materia de sus derechos. Esto debe incluir la asignación de un presupuesto adecuado para centros comunitarios o espacios de diálogo. Además, es necesario implementar

mecanismos de consulta en estos espacios para que las personas adultas mayores puedan influir directamente en las políticas. Un enfoque integral ayudará a reducir la soledad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante la promoción de su autonomía y participación social.

- d) **Inclusión Digital y Empoderamiento Tecnológico:** Se debe promover la inclusión digital de los adultos mayores mediante programas de alfabetización tecnológica, que les permitan aprender el uso de smartphones, videollamadas y otras herramientas digitales. Estos programas no solo reducirán la brecha digital, sino que también facilitarán su acceso a servicios de salud y apoyo, así como a redes de contacto con familiares y amigos, mejorando su bienestar emocional. Además, es necesario abordar la pobreza energética, ya que mejora las condiciones de las viviendas. Las iniciativas deben asegurar que las personas adultas mayores puedan utilizar estas tecnologías, para mantener su autonomía y participación activa en la sociedad, conectándolas con recursos sociales y comunitarios.
- e) **Desarrollo de espacios y mecanismos para políticas públicas inclusivas:** Es esencial desarrollar y fortalecer mecanismos que faciliten el diseño e impulso de políticas públicas orientadas a construir comunidades inclusivas y resilientes para los adultos mayores. Esto implica establecer un marco de colaboración entre gobiernos, organizaciones comunitarias y el sector privado. La participación activa de los adultos mayores en la formulación de políticas garantiza que las intervenciones respondan a sus necesidades reales y contextuales.
- f) **Establecimiento de alianzas estratégicas:** Para potenciar la implementación de programas, se recomienda establecer alianzas estratégicas con organizaciones comunitarias, instituciones educativas y entidades privadas. Estas alianzas facilitan una respuesta coordinada ante el aislamiento social y aumentan el alcance de los programas. La colaboración entre diferentes actores sociales también puede fomentar la innovación en proyectos de apoyo y voluntariado para personas mayores.
- g) **Desarrollo de programas de participación social:** Desarrollar programas de participación social que promuevan actividades comunitarias regulares para los adultos mayores es crucial. Basado en evidencia que muestra que la participación activa mejora el bienestar y reduce la soledad, este enfoque

facilita la integración de los adultos mayores en sus comunidades a través de actividades recreativas, culturales y sociales.

- h) Fortalecimiento del capital social y redes de apoyo comunitario: Fomentar la creación y fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo es esencial para reducir la soledad en los adultos mayores. Las redes de apoyo permiten a los adultos mayores establecer conexiones sociales significativas y mejorar su bienestar. Estas redes deben ser desarrolladas localmente para proporcionar asistencia y compañía a los adultos mayores.

Investigaciones Complementarias: Problemática Relacionada al Envejecimiento Poblacional en el Perú

Se presentan 8 propuestas de investigación destinadas a abordar las limitaciones identificadas en el presente estudio, con el fin de proporcionar una base sólida de datos y análisis que permita el desarrollo de intervenciones y recomendaciones de políticas basadas en la evidencia. Estas investigaciones tienen como objetivo identificar y analizar nuevas problemáticas, derivando en líneas de acción adicionales que contribuyan a un abordaje más integral de políticas que impactan en los derechos de las personas adultas mayores.

- a) Estudio longitudinal sobre el impacto del aislamiento social en la salud mental y física: Se propone investigar cómo el aislamiento social y la soledad no deseada afectan la salud mental y física de las personas adultas mayores a lo largo del tiempo. Este estudio proporcionaría datos valiosos sobre el impacto a largo plazo de estos fenómenos en el bienestar general, ayudando a desarrollar intervenciones más efectivas.
- b) Investigación sobre el envejecimiento en áreas rurales: Se recomienda analizar cómo el aislamiento social y la soledad afectan a las personas adultas mayores en áreas rurales, donde el acceso a servicios y redes de apoyo puede ser limitado. Este estudio debe identificar las barreras geográficas y culturales que dificultan la integración social en estas áreas.
- c) Estudio sobre el género y la soledad en adultos mayores: Se sugiere explorar cómo el género influye en la experiencia de la soledad entre las personas adultas mayores, considerando que las mujeres suelen ser más vulnerables

debido a factores como la viudez. la investigación debe ayudar a adaptar las políticas para abordar estas disparidades de manera efectiva.

- d) Análisis comparativo entre Perú y otros países de América Latina: Se propone realizar un análisis comparativo sobre cómo diferentes países en la región abordan la soledad y el aislamiento social en adultos mayores. Este estudio proporcionaría lecciones aprendidas y buenas prácticas que podrían ser adaptadas al contexto peruano.
- e) Investigación sobre el papel de las redes intergeneracionales: Se recomienda investigar cómo las redes intergeneracionales contribuyen al bienestar emocional de las personas adultas mayores y cómo se pueden fomentar a través de políticas públicas. Este estudio ayudará a comprender el impacto de las relaciones entre generaciones en la reducción de la soledad.
- f) Estudio sobre el acceso a la tecnología para las personas adultas mayores: Se sugiere examinar las barreras que enfrentan las personas adultas mayores en el uso de tecnologías de comunicación y cómo superar estos obstáculos para mejorar su conectividad social. Un enfoque en la alfabetización digital podría reducir la brecha tecnológica y mitigar la soledad.
- g) Investigación sobre el impacto de las políticas de salud mental en adultos mayores: Se recomienda evaluar el impacto de las políticas actuales de salud mental en la atención de la soledad y el aislamiento social en adultos mayores. Este estudio proporcionaría recomendaciones para mejorar los servicios de salud mental dirigidos a esta población.
- h) Estudio sobre las redes de apoyo familiares en el Perú: Se propone analizar cómo funcionan las redes familiares en el contexto peruano y qué factores afectan su capacidad para proporcionar apoyo emocional y social a las personas adultas mayores. Este estudio permitirá identificar áreas de mejora en el apoyo familiar.

Referencias Bibliográficas

- Achulli Villavicencio, D. M., & Bernardo Silva, F. N. (2024). *Estudio comparativo sobre el grado de soledad en jóvenes universitarios de una universidad pública y privada de Lima Metropolitana - 2023*. Repositorio Institucional. <https://repositorio.utp.edu.pe/handle/20.500.12867/9477>
- Acosta González, M. (2024, agosto 26). Salud mental de los adultos mayores: la soledad y el aislamiento social como factores de riesgo. *El Comercio Perú*. <https://elcomercio.pe/lima/salud-mental-de-los-adultos-mayores-la-soledad-y-el-aislamiento-social-como-factores-de-riesgo-cuidado-ancianos-tratamiento-trastornos-mentales-poblacion-de-riesgo-atencion-noticia/>
- Agurto Aragón, R. K., & Romero Rodríguez, L. N. (2023). *Aislamiento social del adulto mayor y el afrontamiento familiar en contexto de pandemia Covid-19, Yanahuanca-Pasco, 2021* [Tesis]. Repositorio Institucional UNDAC. <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3900>
- Alemán Bracho, C. (2020). *Políticas Sociales: innovaciones y cambios (Papel + e-book)* (T. Reuters Aranzadi, Ed.; Primera ed.). Editorial Aranzadi.
- Alonso-González, A., Martínez-Qués, Á. A., Salgado-Babarro, L., Vázquez-Domínguez, C., Ramos-Cid, Á., & López-Pérez, M. d. C. (2024). Soledad y aislamiento social en personas mayores de una población rural de Galicia. *Gerokomos*, 34(4).
- Amate-Fortes, I., Guarnido-Rueda, A., Martínez-Navarro, D., & Oliver-Márquez, F. J. (2023). Social Isolation, Healthy Habits, Inequality and Mental Health in the United States. *Applied Research in Quality of Life*. 10.1007/s11482-023-10155-2
- Angulo, J. (2024, agosto 11). Casi 2 millones de peruanos sobreviven con menos de S/ 251 al mes, mientras el ministro de Agricultura dice que “en Perú no se pasa hambre”. *Infobae*. <https://www.infobae.com/peru/2024/08/11/casi-2-millones-de-peruanos-sobreviven-con-menos-de-s-251-al-mes-mientras-el-ministro-de-agricultura-dice-que-en-peru-no-se-pasa-hambre/>
- Apella, I. R. (2021). *El Sistema Previsional de Uruguay: Aportes para una Discusión de Reforma* [Documento de trabajo]. <https://documentos.bancomundial.org/es/publication/documents-reports/documentdetail/579991620286687084/el-sistema-previsional-de-uruguay-aportes-para-una-discusion-de-reforma>
- Aquije Cárdenas, G. A., & Perez Cabrera, N. S. (2021). *Aislamiento social y ansiedad en estudiantes del tercero a quinto de secundaria de una institución educativa pública, Ica, 2020* [Tesis]. Universidad Autónoma de Ica. <https://www.repositorio.autonomaieica.edu.pe/handle/20.500.14441/921>
- Arenas de Mesa, A. (2019). *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/ef2286b9-b700-45e9-ac66-e343faa75211/content>

- ASIMET. (2021). *Diseño e Implementación: Centro de Vinculación Laboral para Personas Mayores*.
https://sence.gob.cl/sites/default/files/asimet_modelo_de_empleabilidad_para_adultos_mayores.pdf
- Barjaková, M., Garneró, A., & D'Hombres, B. (2023). Risk factors for loneliness: A literature review. *Social science & medicine*, 334.
 10.1016/j.socscimed.2023.116163
- Belo Fernandes, J., Ramos, C., Domingos, J., Castro, C., Simões, A., Bernandes, C., Fonseca, J., Proença, L., Grunho, M., Moleirinho-Alves, P., Simões, S., Sousa-Catita, D., Alves Vareta, D., & Godinho, C. (2022). Addressing Ageism-Be Active in Aging: Study Protocol. *Journal of personalized medicine*, 12(3), 354.
 10.3390/jpm12030354
- Benson, J., & Koppel, M. (n.d.). Community Engagement and Emotional Well-being in Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 25(5), 897-918.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51(6), 843–857. 10.1016/s0277-9536(00)00065-4
- Bertranou, J. (2019). El seguimiento y la evaluación de políticas públicas. *Revista Digital de Ciencias Sociales*, 6(10), 151-188.
- Blasco, J., & Subirats, J. (2009). Consideraciones generales sobre la evaluación de políticas públicas. Las especificidades de las políticas sociales. *Documentación Social*, 154, 39-58.
- Boehlen, F. H., Maatouk, I., Friederich, H. C., Schoettker, B., Brenner, H., & Wild, B. (2022). Loneliness as a gender-specific predictor of physical and mental health-related quality of life in older adults. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 31(7), 2023-2033. 10.1007/s11136-021-03055-1
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of public health*, 109(8), 1-9. doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123
- Casamayou, A., & Morales, M. J. (2017). Personas mayores y tecnologías digitales: desafíos de un binomio. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 7(2), 199-226.
<https://www.redalyc.org/pdf/4758/475855161009.pdf>
- Castro-Castañeda, C., & Rodríguez-Málaga, H. (2020). Soledad y apoyo social en adultos mayores: estudio exploratorio en una comunidad urbana de Lima. *Revista Peruana de Gerontología y Geriátria*, 4(2), 78-89.

- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Leamouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25, 41-67.
- CEPAL. (2019). *Pension for the Well-being of Older People / Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (2019-)*. Non-contributory Social Protection Programmes Database. <https://dds.cepal.org/bpsnc/programme?id=173>
- CEPAL. (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores*. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>
- CEPAL. (2023b). *Panorama Social de América Latina y el Caribe 2023* [Resumen ejecutivo]. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/6f2f826a-d56f-488a-a96c-23a25191d447/content>
- CEPAL. (2023a, enero 10). *Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe*. Población y desarrollo. <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>
- Chen, X., Stanton, B., Gong, J., Fang, X., & Li, X. (2009). Personal Social Capital Scale: an instrument for health and behavioral research. *Health Education Research*, 24(2), 306-317. 10.1093/her/cyn020
- Cifuentes, M. (2021, mayo 25). Cómo la pandemia empujó la alfabetización digital en adultos mayores. *La Tercera*. <https://www.latercera.com/piensa-digital/noticia/alfabetizacion-digital-en-adultos-mayores/1018035/#>
- Coll-Planas, L., Nyqvist, F., Puig, T., Urrútia, G., Solà, I., & Monteserín, R. (2017). Social capital interventions targeting older people and their impact on health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 71(7), 663-672. 10.1136/jech-2016-208131
- Constitución Política del Perú [Const] Art. 2. (1993, diciembre 29).
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31-48. 10.1177/002214650905000103
- Cuéllar, E., García, M., & Tapia, W. (2023, June 1). *Pensiones: ¿Qué podemos aprender de países con procesos de envejecimiento más avanzados? - Factor Trabajo*. Blog del Banco Interamericano de Desarrollo. <https://blogs.iadb.org/trabajo/es/pensiones-que-podemos-aprender-de-paises-con-procesos-de-envejecimiento-mas-avanzados/>

- Dahlberg, L., Agahi, N., & Lennartsson, C. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of gerontology and geriatrics*, 75, 96-103. 10.1016/j.archger.2017.11.004
- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2022). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, 26(2), 225-249. 10.1080/13607863.2021.1876638
- De Cássia, R., Andressa, P., & Oliveira, F. (2016). O idoso na universidade: inclusão, educação e extensão universitária. *Olhar de Professor*, 19(2).
<https://www.redalyc.org/journal/684/68459741002/68459741002.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2020). *Accesibilidad para las personas adultas mayores en Lima: Un reto urgente* [Informe].
- Dehays Rocha, J., & Schuschny, A. (2019). *Pobreza energética en América Latina y el Caribe: Una propuesta de indicadores que midan el acceso a la energía con enfoque de desigualdad social y de género*. OLADE.
<https://biblioteca.olade.org/opac-tmpl/Documentos/old0430.pdf>
- Delgado Godoy, L. (2009). *Las políticas públicas. El ciclo de las políticas públicas. Clases de políticas públicas. Eficacia, legalidad y control. Indicadores de gestión*. Escuela de Administración Regional.
- Di Virgilio, M. M., & Solano, R. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales* (Primera ed.). Fundación CIPPEC.
<https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1415.pdf>
- Dodds, L., Brayne, C., & Siette, J. (2024). Associations between social networks, cognitive function, and quality of life among older adults in long-term care. *BMC Geriatrics*, 24(221). 10.1186/s12877-024-04794-9
- Domènech-Abella, J., Mundó, J., Switsers, L., van Tilburg, T., Fernández, D., & Aznar-Lou, I. (2021). Social network size, loneliness, physical functioning and depressive symptoms among older adults: Examining reciprocal associations in four waves of the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *International journal of geriatric psychiatry*, 36(10), 1541–1549. 10.1002/gps.5560
- Dong, X. Q. (2015). Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214-1238.
<https://doi.org/10.1111/jgs.13454>
- D.S. N.° 006-2021-MIMP. Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030. (2021).
<https://busquedas.elperuano.pe/cuadernillo/NL/20210605>
- D.S. N.°024-2021-MIMP. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N.°30490, Ley de la persona Adulta Mayor. (2021).
<https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1976596-2>

- Dunn, W. N. (2004). *Public Policy Analysis: An Introduction* (Third ed.). Pearson Prentice Hall.
- Dye, T. R. (2016). *Understanding Public Policy* (Fifteen ed.). Pearson.
- El Peruano. (12, julio 2023a). *Proyectan que al 2050 uno de cada cuatro peruanos será mayor de 60 años*. Actualidad. <https://elperuano.pe/noticia/217781-proyectan-que-al-2050-uno-de-cada-cuatro-peruanos-sera-mayor-de-60-anos#>
- Emol. (2020, febrero 19). "Experiencia Mayor": Iniciativa facilita inserción laboral de adultos mayores. *Capital Humano Emol*. <https://capitalhumano.emol.com/13097/insercion-laboral-adultos-mayores/>
- Espíndola, E. (2023). *Sostenibilidad financiera para la expansión de los sistemas de pensiones no contributivos y la erradicación de la pobreza en la vejez* [Taller virtual de especialistas: Hacia sistemas de pensiones no contributivos solidarios y sostenibles en América Latina y el Caribe]. https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/presentacion_ernesto_espi_ndola_0.pdf
- Esping-Andersen, G. (2008). *El Estado de bienestar en el siglo XXI*. https://uom.uib.cat/digitalAssets/311/311236_ballester_lectura1.pdf
- Espirito-Santo, H., Crúzio-Grilo, L., Lemos, L., Grasina, A., Andrade, D., & Daniel, F. (2024). Functionality and loneliness in older people: Model of mediation by positive affect. *Annals of psychology*, 40(1), 110-118. 10.6018/analesps.494781
- Esteve, A., & Zueras, P. (2021). La estructura de los hogares de las personas mayores en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54915>
- Ezeokonkwo, F. C., Sekula, K. I., Stokes, J. E., Theeke, L. A., Zoucha, R., Troutman-Jordan, M., & Sharma, D. (2023). Relationships between Interpersonal Goals and Loneliness in Older Adults: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 1914. 10.3390/ijerph20031914
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(129). 10.1186/s12889-020-8251-6
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(129). 10.1186/s12889-020-8251-6
- Felipe, L., Barbosa, K., & Virtuoso, J. J. (2022). Sintomatología depresiva e mortalidade em idosos da América Latina: uma revisão sistemática com metanálise. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, 46. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56773>

- Freak-Poli, R., Ryan, J., Tran, T., Owen, A., McHugh Power, J., Berk, M., Stocks, N., Gonzalez-Chica, D., Lowthian, J. A., Fisher, J., & Byles, J. (2022). Social isolation, social support and loneliness as independent concepts, and their relationship with health-related quality of life among older women. *Aging & mental health*, 26(7), 1335-1344. 10.1080/13607863.2021.1940097
- Gallardo-Peralta, L. P., Gálvez-Nieto, J. L., Fernández-Dávila, P., & Veloso-Besio, C. (2023). Loneliness and Psychosocial Resources among Indigenous and Afro-Descendant Older People in Rural Areas of Chile. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3). 10.3390/ijerph20032138
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & social care in the community*, 26(2), 147-157. 10.1111/hsc.12367
- Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Piug, L., & Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atencion primaria*, 48(9), 604-609. doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008
- Glej, D. A., Landau, D. A., Goldman, N., Chuang, Y.-L., Rodríguez, G., & Weinstein, M. (2005). Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *International journal of epidemiology*, 34(4), 864–871. 10.1093/ije/dyi049
- Gobierno de Costa Rica. (2024, septiembre 27). *Política Nacional de Cuidados 2021 - 2031* | Instituto Mixto de Ayuda Social. Instituto Mixto de Ayuda Social. <https://www.imas.go.cr/es/general/politica-nacional-de-cuidados-2021-2031>
- Gobierno del Perú. (2024, enero 30). *Sistema Nacional de Pensiones (SNP)*. Elegir sistema de pensiones - Sistema Nacional de Pensiones (SNP). <https://www.gob.pe/516-oficina-de-normalizacion-previsional-sistema-nacional-de-pensiones-snp>
- Godet, M. (2006). *Creating Futures: Scenario Planning as a Strategic Management Tool*. Brookings Institution Press.
- González, M., Pérez, C., & Sánchez, A. (2018). La insuficiencia de pensiones y su relación con el aislamiento social en las personas mayores. *Revista de Estudios Sociales*, 30(2), 45-67.
- González Fritis, J. (2023). Senama realizó talleres de Alfabetización Digital. *Diario Chañarcillo*. <https://www.chanarcillo.cl/senama-realizo-talleres-de-alfabetizacion-digital/>
- HelpAge International. (2018, agosto 15). *Chile cuenta con un Consejo Ciudadano de Personas Mayores para incidir en los planes de gobierno*. HelpAge International. <https://www.helpage.org/lac-news-and-updates/en-chile-cuenta-con-un-consejo-ciudadano-de-personas-mayores-para-incidir-en-los-planes-de-gobierno/>

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7). doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316
- Ibáñez-Del Valle, V., Corchón, S., Zaharia, G., & Cauli, O. (2022). Social and Emotional Loneliness in Older Community Dwelling-Individuals: The Role of Socio-Demographics. *International journal of environmental research and public health*, 19(24). 10.3390/ijerph192416622
- Iberoamérica Mayores. (2021, enero 23). *Uruguay | El fortalecimiento del derecho a la participación política de las personas mayores*. Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores. <https://iberoamericamayores.org/2021/01/23/uruguay-el-fortalecimiento-del-derecho-a-la-participacion-politica-de-las-personas-mayores/>
- Iberoamérica Mayores. (2022, febrero 26). *Las personas mayores en el ámbito rural*. Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores. <https://iberoamericamayores.org/2020/04/15/las-personas-mayores-en-el-ambito-rural/>
- Iberoamérica Mayores. (2022, febrero 27). *Argentina | El compromiso de garantizar el derecho al aprendizaje a lo largo de vida de las personas afiliadas y del personal de PAMI*. Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores. <https://iberoamericamayores.org/2021/04/22/argentina-el-compromiso-de-garantizar-el-derecho-al-aprendizaje-a-lo-largo-de-vida-de-las-personas-afiliadas-y-del-personal-de-pami/>
- INABIF. (2017, julio 5). *INABIF capacitó a familiares de personas adultas mayores para que les brinden adecuada atención en sus hogares*. Noticias - Nota de prensa. <https://www.gob.pe/institucion/inabif/noticias/206099-inabif-capacito-a-familiares-de-personas-adultas-mayores-para-que-les-brinden-adecuada-atencion-en-sus-hogares>
- INEI. (2018). *La Autoidentificación Étnica: Población Indígena y Afroperuana*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1642/
- INEI. (2024). *Situación de la Población Adulta Mayor - Trimestre: Enero-Febrero-Marzo 2024 [Informe Técnico N.º2 - Junio 2024]*. https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1t24.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2018). *Promueven Conadis e Inapam ciudades amigables en México*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/prensa/promueven-conadis-e-inapam-ciudades-amigables-en-mexico?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de México. (2024, septiembre 13). *Principios para la práctica intergeneracional: INAPAM promoviendo el*

- respeto a las personas adultas mayores*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/inapam/articulos/149584>
- Jiang, D., Hou, Y., Hao, J., Zhou, J., Jiang, J., & Wang, Q. (2020). Association between Personal Social Capital and Loneliness among Widowed Older People. *International journal of environmental research and public health*, 17(16). doi.org/10.3390/ijerph17165799
- Juárez, L., & Rodríguez Piña, Y. (2021). El efecto de las pensiones no contributivas sobre el bienestar subjetivo de los adultos mayores en México. *Estudios Económicos (México, D.F.)*, 36(2). 10.24201/ee.v36i2.421
- Jutengren, G., & Ståhl, F. (2024). Determinants of social loneliness among older adults in job retirement and the role of emotional expressivity. *Aging & mental health*, 28(8). 10.1080/13607863.2024.2338205
- Kino, S., Stickley, A., Arakawa, Y., Saito, M., Saito, T., & Kondo, N. (2023). Social isolation, loneliness, and their correlates in older Japanese adults. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 23(3), 475-486. 10.1111/psyg.12957
- La Prensa Austral. (2024, enero 17). Exitoso programa de inclusión social Vínculos finalizó con un paseo de cuarenta personas mayores a Pingo Salvaje. *La Prensa Austral*. <https://laprensaaustral.cl/2024/01/17/exitoso-programa-de-inclusion-social-vinculos-finalizo-con-un-paseo-de-cuarenta-personas-mayores-a-pingo-salvaje/>
- Lau, M. H. M. (2023). Beyond Ageism: A Qualitative Study of Intersecting Forms of Prejudice towards Retired Older People. *Societies*, 13(1). doi.org/10.3390/soc13010013
- Lee, A., McArthur, C., Veroniki, A. A., Kastner, M., Ioannidis, G., Griffith, L. E., Thabane, L., Adachi, J. D., & Papaioannou, A. (2021). Management of social isolation and loneliness in community-dwelling older adults: protocol for a network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ open*, 11(7). 10.1136/bmjopen-2020-042828
- Lennartsson, C., Rehnberg, J., & Dahlberg, L. (2022). The association between loneliness, social isolation and all-cause mortality in a nationally representative sample of older women and men. *Aging & mental health*, 26(9), 1821-1828. 10.1080/13607863.2021.1976723
- Ley N.° 29973. Ley General de la Persona con Discapacidad. (2024). <https://www.gob.pe/institucion/conadis/informes-publicaciones/223512-ley-general-de-la-persona-con-discapacidad-y-su-reglamento>
- Ley N.° 30490. Ley de la Persona Adulta Mayor. (2016). <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3766931/Ley%20N%C2%B0%2030490.pdf?v=1666119068>

- Ley N.°30947. Ley de Salud Mental. (2019).
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1484216/Ley%20N%C2%BA%2030947.pdf.pdf?v=1608073034>
- Lin, N. (2001). *Social capital: a theory of social structure and action*. Cambridge University Press.
- Lorenzo, F. (2019). *El sistema de pensiones en el Uruguay. Institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera | Cinve*. CINVE.
<https://cinve.org.uy/proyecto/el-sistema-de-pensiones-en-el-uruguay-institucionalidad-gasto-publico-y-sostenibilidad-financiera/>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Marques, S., Mariano, J., Mendonça, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegele, L., Peixeiro, F., & Martins, D. (2020). Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. *International journal of environmental research*, 17(7). doi.org/10.3390/ijerph17072560
- Martín Roncero, U., & González-Rábago, Y. (2021). Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 432-437. doi:10.1016/j.gaceta.2020.07.010
- Massihzadegan, S., & Stokes, J. E. (2023). Neighborhood Social Cohesion and Loneliness in Mid- and Later Life: Are Benefits Contingent on Race/Ethnicity or Neighborhood Disorder? *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 78(9), 1581-1590. 10.1093/geronb/gbad081
- Mc Cubbin, R. (2024, March 14). *Esperanza de vida de los peruanos se redujo de 76 a 73 años, según Índice de Desarrollo Humano del PNUD*. Infobae.
<https://www.infobae.com/peru/2024/03/14/esperanza-de-vida-de-los-peruanos-se-redujo-de-76-a-73-anos-segun-indice-de-desarrollo-humano-del-pnud/>
- Medina Vásquez, J., Becerra, S., & Castaño, P. (2014). *Prospectiva y política pública para el cambio estructural en América Latina y el Caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/ec0f284f-db91-4c1c-9f6e-c14285fc2d83/content>
- Meehan, D. E., Grunseit, A., Condie, J., HaGani, N., & Merom, D. (2023). Social-ecological factors influencing loneliness and social isolation in older people: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 23(726). 10.1186/s12877-023-04418-8
- Melchiorre, M. G., Socci, M., Lamura, G., & Quattrini, S. (2024). Perceived Loneliness, Social Isolation, and Social Support Resources of Frail Older People Ageing in Place Alone in Italy. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(9). 10.3390/healthcare12090875

- MIMP. (2021). *Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1934191/Pol%C3%ADtica-Nacional-Multisectorial-para-las-Personas-Adultas-Mayores-al-2030.pdf?v=1623110006>
- MIMP. (2023a). *Personas Adultas Mayorea: Protagonistas de su vida - Primer Boletín Trimestral 2023*. Boletines trimestrales del Programa Presupuestal 0142 "Acceso de Personas Adultas Mayores a Servicios Especializados". <https://www.gob.pe/institucion/mimp/informes-publicaciones/4979365-boletines-trimestrales-del-programa-presupuestal-0142-acceso-de-personas-adultas-mayores-a-servicios-especializado>
- MIMP. (2023b). *Tablero de Desempeño Política de Personas Adultas Mayores "PNMPAM"*. Oficina de Monitoreo y Evaluación de Políticas. <https://www.mimp.gob.pe/omep/estadisticas-tablero-desempenio-PNMPAM.php>
- MIMP. (2024, enero 15). *Red de servicios y espacios de participación para personas adultas mayores*. Observatorio Nacional sobre envejecimiento y vejez - Orientación - Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - Plataforma del Estado Peruano. <https://www.gob.pe/47711-observatorio-nacional-sobre-envejecimiento-y-vejez-red-de-servicios-y-espacios-de-participacion-para-personas-adultas-mayores>
- Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. (2021). *Plan Nacional de Cuidados 2021-2025*. Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-cuidados-2021-2025>
- Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. (2021, septiembre 17). *Plan Ibirapitá. Las TIC al servicio del cambio: hacia el paradigma del envejecimiento activo*. GUB.UY. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/comunicados/plan-ibirapita-tic-servicio-del-cambio-hacia-paradigma-del-envejecimiento>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. (n.d.). *Programa Vínculos*. Chile Seguridades y Oportunidades. Retrieved septiembre 28, 2024, from <https://www.chileseguridadesyopportunidades.gob.cl/programa-vinculos>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. (2024, junio 7). *Gobierno de Chile - gobierno firma proyecto de ley que crea el sistema nacional de apoyos y cuidados*. Chile Avanza Contigo. <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/noticias/gobierno-firma-proyecto-de-ley-que-crea-el-sistema-nacional-de-apoyos-y-cuidados>
- Ministerio de Salud de Brasil. (2024). *Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica*. Portal Gobierno de Brasil. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/valores-de-referencia/pab-variavel/nasf-ab>
- Ministerio de Salud de Chile. (2024). *Construyendo Salud Mental*. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/2024.05.28_CONSTRUYENDO-SALUD-MENTAL.pdf

- Ministerio de Salud de Uruguay. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Ministerio de Transporte de Colombia. (2021). *Con la campaña "Colombia Incluyente", la Consejería Presidencial para la Participación de las Personas con Discapacidad, el Ministerio de Transporte y la Superintendencia de Transporte promueven el cumplimiento de las normas de accesibilidad*. Gov.Co. <https://mintransporte.gov.co/publicaciones/10512/con-la-campana-colombia-incluyente-la-consejeria-presidencial-para-la-participacion-de-las-personas-con-discapacidad-el-ministerio-de-transporte-y-la-superintendencia-de-transporte-promueven-el-cumplimiento>
- MINSA. (2019). *Estudio sobre el acceso a servicios de salud para personas adultas mayores en Perú* [Informe].
- Montagut, T. (2009). Repensando la política. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, (154), 15-24. <http://hdl.handle.net/2445/100120>
- Montejo Carrasco, P., Prada Crespo, D., Reinoso García, A. I., Lozano Ibáñez, M., Montejo Rubio, B., & Montenegro-Peña, M. (2024). Predictive factors and risk and protection groups for loneliness in older adults: a population-based study. *BMC Psychology volume*, 12(238). 10.1186/s40359-024-01708-7
- Moormann, K. I., Pabst, A., Bleck, F., Löbner, M., Kaduszkiewicz, H., Van der Leeden, C., Hajek, A., Brettschneider, C., Hesel, K., Kleineidam, L., Werle, J., Fuchs, A., Weeg, D., Bickel, H., Pentzek, M., Weyerer, S., Wiese, B., Wagner, M., Maier, W., ... Riedel-Heller, S. G. (2024). Social isolation in the oldest-old: determinants and the differential role of family and friends. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 59(6). 10.1007/s00127-023-02524-x
- Murayama, Y., Murayama, H., Hasebe, M., Yamaguchi, J., & Fujiwara, Y. (2019). BMC Public Health. *The impact of intergenerational programs on social capital in Japan: a randomized population-based cross-sectional study*, 19(156). doi.org/10.1186/s12889-019-6480-3
- MVCS. (2018). *Plan Nacional de Accesibilidad 2018 - 2023*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4999004/Plan%20Nacional%20de%20Accesibilidad.pdf?v=1692223659>
- Naciones Unidas. (1948, diciembre 10). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos* [Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III)]. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Naciones Unidas. (1966b, diciembre 16). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* [Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea

- General en su resolución 2200 A (XXI)].
https://www.ohchr.org/sites/default/files/ccpr_SP.pdf
- Naciones Unidas. (1966a, diciembre 16). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* [Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI)].
https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr_SP.pdf
- Naciones Unidas. (1979, diciembre 18). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* [Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180].
https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf
- Naciones Unidas. (1991, diciembre 16). *Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad | United Nations For Ageing*. Departamento de Economía y Asuntos Sociales Envejecimiento.
<https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>
- Naciones Unidas. (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Naciones Unidas. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Nakagomi, A., Tsuji, T., Saito, M., Ide, K., Kondo, K., & Shiba, K. (2023). Social isolation and subsequent health and well-being in older adults: A longitudinal outcome-wide analysis. *Social science & medicine*, 327. 10.1016/j.socscimed.2023.115937
- Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. (2018). *Let's talk loneliness*. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada - SoledadES.
<https://www.soledades.es/inspiracion/iniciativas/enlets-talk-lonelinessen-ingles>
- Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada. (2021). *Ministerio de la Soledad y el Aislamiento de Japón - SoledadES*. Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada. <https://www.soledades.es/politicas/ministerio-de-la-soledad-y-el-aislamiento-de-japon>
- OEA. (1978, febrero 11). *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)* [Gaceta Oficial No. 9460].
https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
- OEA. (1988, noviembre 17). *Aprueban el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* [Protocolo de San Salvador].
<https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
- OEA. (2015, junio 16). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* [Cuadragésimo Quinto Período

- Ordinario de Sesiones de la Asamblea General].
https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- OIT. (1952, junio 28). *C102 - Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102)*.
https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247
- OMS. (2020, diciembre 14). *Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030*.
<https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
- OMS. (2024, Octubre 1). *Envejecimiento y salud*. Centro de prensa.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- ONP. (2024, enero 30). *Sistema Nacional de Pensiones (SNP)*. Elegir sistema de pensiones. <https://www.gob.pe/516-elegir-sistema-de-pensiones-sistema-nacional-de-pensiones-snp>
- OPS. (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*. Washington D.C.
<https://doi.org/10.37774/9789275324455>.
- OPS. (2022). *Panorama de la salud de los adultos mayores en América Latina y el Caribe*. OPS.
- OPS. (2023a). *La situación sociodemográfica de las personas indígenas en América Latina y el Caribe. Análisis en el contexto del envejecimiento y la COVID-19*. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275326473>
- OPS. (2023b). *La situación sociodemográfica de las personas indígenas en América Latina y el Caribe. Análisis en el contexto del envejecimiento y la COVID-19*. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275326473>
- 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. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372(71). 10.1136/bmj.n71
- Paquet, C., Whitehead, J., Shah, R., Adams, A. M., Dooley, D., Spreng, R. N., Aunio, A.-L., & Dubé, L. (2023). Social Prescription Interventions Addressing Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Meta-Review Integrating On-the-Ground Resources. *Journal of medical Internet research*, 25. 10.2196/40213
- Paz-Soldán, V., Zavaleta-Collantes, L., & Florez-Arce, L. (2019). Depresión, soledad y apoyo social en adultos mayores del Perú: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Hogares. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(3), 518-525.

- Pensión 65. (2023). *La Memoria Anual 2023*. Perú.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6501733/5672796-memoria-anual-pension-65-2023.pdf>
- Putnam, R. D. (2001). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.
- Rudnicka, E., Napierala, P., Podfigurna, A., Meczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6-11. 10.1016/j.maturitas.2020.05.018
- Salcedo, R. (2011). *Evaluación de políticas públicas* (Primera ed.). Siglo XXI Editores.
- Sánchez-Moreno, E., Gallardo-Peralta, L., Barrón López de Roda, A., & Rivera Álvarez, J. M. (2024). Socioeconomic status, loneliness, and depression among older adults: a cross-sectional study in Spain. *BMC Geriatrics*, 24(361). 10.1186/s12877-024-04978-3
- Sancho, P., Sentandreu-Mañó, T., Fernández, I., & Tomás, J. M. (2022). El impacto de la soledad y la fragilidad en el bienestar de los mayores europeos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 54. 10.14349/rlp.2022.v54.10
- Schimer Soares, R., Weiss, M., Lampis, A., Bermann, C., & Hallack, M. (2023). *Pobreza energética en los hogares y su relación con otras vulnerabilidades en América Latina: el caso de Argentina, Brasil, Colombia, Perú y Uruguay*. BID. <http://dx.doi.org/10.18235/0004702>
- Secretaría de Bienestar. (2017). *Inapam impulsa la inclusión laboral de los adultos mayores en el Estado de México*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/bienestar/articulos/inapam-impulsa-la-inclusion-laboral-de-los-adultos-mayores-en-el-estado-de-mexico>
- Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano. (2024, junio 25). *Política Nacional de Transporte Público Colectivo Urbano | Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano | Gobierno | gob.mx*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/sedatu/documentos/politica-nacional-de-transporte-publico-colectivo-urbano?state=published>
- Sen, K., Prybutok, G., & Prybutok, V. (2021). The use of digital technology for social wellbeing reduces social isolation in older adults: A systematic review. *SSM - population health*, 17. 10.1016/j.ssmph.2021.101020
- Sharifi, S., Babaei Khorzoughi, K., & Rahmati, M. (2024). The association between intergenerational relationships and depression among older adults: A comprehensive systematic literature review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 119. 10.1016/j.archger.2023.105313
- Simbala-Esperilla, F. Y., & Neira-Mendoza, F. E. (2021). Relación del apoyo social con los niveles de soledad social en adultos mayores en un centro integral

- municipal del sur peruano. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 6(1). 10.26722/rpmi.2021.v6n1.47
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., & Varonne, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Editorial Ariel.
- Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650-667. 10.1093/ije/dyh013
- Tafur Contreras, S., Quipse Carmelo, M.A., Ayala Mendivil, R.E. (2023). La reforma de salud mental en el Perú, una actualización en el contexto pandémico. *Revista Científica Cuidado y Salud Pública*, 3(2), pp. 53-58. 10.53684/csp.v3i2.56
- Talavera Zegarra, U. L. (2022). *El aislamiento social en adultos mayores y su relación con el bienestar psicológico y la salud física – Caso de estudio del Hospital Militar Geriátrico* [Tesis de Maestro en Desarrollo Humano]. Repositorio de Tesis PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/23561>
- Tani, M., Cheng, Z., Piracha, M., & Wang, B. Z. (2020). Ageing, Health, Loneliness and Wellbeing. *Social Indicators Research*, 160, 791–807. 10.1007/s11205-020-02450-4
- Teater, B., Chonody, J. M., & Davis, N. (2021). Risk and Protective Factors of Loneliness among Older Adults: The Significance of Social Isolation and Quality and Type of Contact. *Social work in public health*, 36(2), 128-141. 10.1080/19371918.2020.1866140
- UNFPA. (2023, abril 01). *8 tendencias para un mundo de 8000 millones de personas*. UNFPA Perú. <https://peru.unfpa.org/es/news/8-tendencias-para-un-mundo-de-8000-millones-de-personas>
- Valtorta, N., & Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(12), 518-522. 10.1258/jrsm.2012.120128
- Van Tilburg, T. G. (2021). Social, Emotional, and Existential Loneliness: A Test of the Multidimensional Concept. *The Gerontologist*, 61(7), e335-e344. 10.1093/geront/gnaa082
- Vespa, A., Spatuzzi, R., Fabbietti, P., Di Rosa, M., Bonfigli, A. R., Corsonello, A., Gattafoni, P., & Giulietti, M. V. (2023). Association between Sense of Loneliness and Quality of Life in Older Adults with Multimorbidity. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 2615. 10.3390/ijerph20032615
- Victor, C. R., Rippon, I., Nelis, S. M., Martyr, A., Litherland, R., Pickett, J., Hart, N., Henley, J., Matthews, F., & Clare, L. (2020). Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia: Findings from the IDEAL programme. *International journal of geriatric psychiatry*, 35(8), 851-858. 10.1002/gps.5305

- Victor, C. R., Scambler, S. J., & Bond, J. (2009). The Social Context of Loneliness: The Importance of Social Relations. *The Journal of Aging and Social Policy*, 21(3), 235-254.
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation: methods for studying programs and policies* (Second ed.). Prentice Hall.
- Welch, V., Ghogomu, E. T., Barbeau, V. I., Dowling, S., Doyle, R., Salzwedel, D. M., Simard, R., Hébert, P., & Mikton, C. (2023). Digital interventions to reduce social isolation and loneliness in older adults: An evidence and gap map. *Campbell Systematic Reviews*, 19(4). 10.1002/cl2.1369
- Wen, Z., Peng, S., Yang, L., Wang, H., Liao, X., Liang, Q., & Zhang, X. (2023). Factors Associated With Social Isolation in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24(3), 322-330. 10.1016/j.jamda.2022.11.008
- Wigfield, A., Alden, S., Turner, R., Green, M., & Karania, V. K. (2018). *The difference between loneliness and isolation*. Age UK. <https://www.ageuk.org.uk/our-impact/policy-research/loneliness-research-and-resources/loneliness-isolation-understanding-the-difference-why-it-matters/>
- Williams, C. Y. K., Townson, A. T., Kapur, M., Ferreira, A. F., Nunn, R., Galante, J., Phillips, V., Gentry, S., & Usher-Smith, J. A. (2021). Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID-19 physical distancing measures: A rapid systematic review. *PLoS one*, 16(2). 10.1371/journal.pone.0247139
- Wister, A., Fyffe, I., & O'Dea, E. (2021). Technological interventions for loneliness and social isolation among older adults: a scoping review protocol. *Systematic Review*, 10(217). 10.1186/s13643-021-01775-6
- Yang, F., & Gu, D. (2021). Widowhood, widowhood duration, and loneliness among older adults in China. *Social science & medicine*, 283. 10.1016/j.socscimed.2021.114179
- Yu, B., Steptoe, A., & Chen, Y. (2022). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality: A cohort study of 35,254 Chinese older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(6), 1717-1725. 10.1111/jgs.17708
- Zambrano, C. V. (Ed.). (2021). *Las políticas sociales que vendrán*. Thomson Reuters Aranzadi.
- Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 20(5). 10.1186/s12991-021-00375-x
- Zhang, Y., & Goza, F. W. (2006). Who will care for the elderly in China? A review of the problems caused by China's one-child policy and their potential solutions. *Journal of Aging Studies*, 20(2), 151-164. 10.1016/j.jaging.2005.07.002

Zhong, S., Lee, C., Foster, M. J., & Bian, J. (2020). Intergenerational communities: A systematic literature review of intergenerational interactions and older adults' health-related outcomes. *Social science & medicine*, 264. 10.1016/j.socscimed.2020.113374



Anexos

Anexo A: Estudios sobre la Relación entre Soledad No Deseada, Aislamiento Social y Bienestar en Personas Adultas Mayores

Tabla 3

Variables Dependientes e Independientes de Estudios que Evidencian la Relación entre Soledad No Deseada, Aislamiento Social y Bienestar en la Población Adulta Mayor (n = 18)

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
1	Association between Sense of Loneliness and Quality of Life in Older Adults with Multimorbidity	(Vespa, y otros, 2023)	La asociación entre calidad de vida, apoyo social, sensación de soledad, sexo y edad en adultos mayores con multimorbilidad, así como los efectos de la multimorbilidad y la sensación de soledad en el estado emocional y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de edad avanzada.	Multimorbilidad Edad Sexo Sensación de soledad Apoyo social	Bienestar físico Bienestar social Bienestar emocional Bienestar funcional
2	Associations between social networks, cognitive function, and quality of life among older adults in long-term care	(Dodds, Brayne, & Siette, 2024)	La asociación entre el acceso a tipos específicos de servicios dentro de los cuidados de larga duración, las redes sociales y la cognición entre las PAM en entornos de cuidados de larga duración.	Edad Sexo Educación Estado civil Redes sociales Utilización de servicios de atención residencial calidad de vida	Función cognitiva
3	El impacto de la soledad y la fragilidad en el bienestar de los mayores europeos	(Sancho, Sentandreu-Mañó, Fernández, & Tomás, 2022)	El impacto de la fragilidad física y la soledad en el bienestar de las PAM en Europa, específicamente su sentido de control, autonomía, autorrealización y placer, así como un modelo para estudiar estas relaciones.	Fragilidad física Soledad (fragilidad social) Edad Sexo Salud percibida	Control Autonomía Autorrealización Placer
4	Functionality and loneliness in older people: Model of mediation by positive affect	(Espirito-Santo, y otros, 2024)	La relación entre funcionalidad, afectividad (tanto afecto positivo como negativo) y soledad en adultos mayores se examina con un enfoque en cómo el afecto positivo puede mediar la relación entre funcionalidad y soledad.	Edad Nacionalidad Capacidades físicas y mentales Sexo Educación Estado civil Zona de residencia	Soledad

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
5	Intergenerational communities: A systematic literature review of intergenerational interactions and older adults' health-related outcomes	(Zhong, Lee, Foster, & Bian, 2020)	El impacto de las actividades intergeneracionales en los resultados relacionados con la salud de las PAM, con un enfoque en la evaluación de los programas intergeneracionales y sus efectos de intervención. La revisión identificó importantes lagunas de conocimiento en la falta de estudios que examinen las funciones de los factores ambientales físicos, los diversos tipos de interacciones intergeneracionales y las actividades basadas en la ubicación.	Interacciones intergeneracionales con personas ajenas a la familia	Salud general Salud física Salud psicosocial Función cognitiva Bienestar Relaciones sociales Actividad física Actividad social
6	Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades	(Dahlberg, Agahi, & Lennartsson, 2018)	Los temas de estudio son: 1) Examinar los cambios en la soledad entre las PAM a lo largo del tiempo, incluidas las tasas de prevalencia, y 2) Examinar los correlatos sociodemográficos, sociales y relacionados con la salud de la soledad entre las PAM, y si las asociaciones entre estos factores y la soledad han cambiado con el tiempo.	Sexo Edad Nivel educativo Estado civil Apoyo social Contactos sociales Malestar psicológico	Soledad
7	Loneliness as a gender-specific predictor of physical and mental health-related quality of life in older adults	(Boehlen, y otros, 2022)	El impacto de las actividades intergeneracionales en los resultados relacionados con la salud de las PAM, con un enfoque en la evaluación de los programas intergeneracionales y sus efectos de intervención. La revisión identificó importantes lagunas de conocimiento en la falta de estudios que examinen las funciones de los factores ambientales físicos, los diversos tipos de interacciones intergeneracionales y las actividades basadas en la ubicación.	Interacciones intergeneracionales con personas ajenas a la familia	Salud general Salud física Salud psicosocial Función cognitiva Bienestar Relaciones sociales Comportamientos de salud: Actividad física Actividad social
8	Neighborhood Social Cohesion and Loneliness in Mid- and Later Life: Are Benefits Contingent on	(Massihzadegan & Stokes, 2023)	1) La asociación entre la cohesión social percibida en el vecindario y la soledad en adultos de 50 años o más, y 2) La asociación está moderada por la raza/etnia o el desorden percibido en el vecindario.	Percepción de cohesión social del vecindario Percepción de desorden en el vecindario	Soledad

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
	Race/Ethnicity or Neighborhood Disorder?			Raza/etnia (blancos no hispanos, negros no hispanos, hispanos, otra raza)	
9	Perceived Loneliness, Social Isolation, and Social Support Resources of Frail Older People Ageing in Place Alone in Italy	(Melchiorre, Soggi, Lamura, & Quattrini, 2024)	1) Explorar los recursos de apoyo social disponibles para las PAM frágiles que envejecen solas en su lugar en Italia, 2) Examinar los vínculos entre las redes asistenciales de estas PAM y su aislamiento social y soledad percibida, e 3) Investigar la relación entre el grado y el tipo de aislamiento social experimentado por las PAM y el nivel de soledad que perciben.	Edad Situación de vida Nivel de movilidad (movilidad intermedia o limitada/reducida dentro de casa, y fuera de casa con ayuda) Estado cognitivo Presencia de familiares cercanos (ausencia de ayuda por parte de familiares cercanos que vivan en el mismo bloque urbano/edificio rural)	Soledad Aislamiento social
10	Relationships between Interpersonal Goals and Loneliness in Older Adults: A Cross-Sectional Study	(Ezeokonkwo, y otros, 2023)	La soledad en las PAM y su relación con las metas interpersonales (metas compasivas y de autoimagen).	Objetivos de compasión Objetivos de autoimagen	Soledad
11	Social and Emotional Loneliness in Older Community Dwelling-Individuals: The Role of Socio-Demographics	(Ibáñez-Del Valle, Silvia, Zaharia, & Cauli, 2022)	La evaluación de la soledad social y emocional entre las PAM que viven en la comunidad y la evaluación de las asociaciones entre la soledad y las variables sociodemográficas.	Factores sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, modo de vida y estructura familiar Uso de la tecnología: uso de teléfonos inteligentes, aplicaciones de mensajería y videollamadas	Nivel de soledad, evaluado mediante la Escala de soledad de De Jong Gierveld
12	Social isolation and subsequent health and well-being in older adults: A longitudinal outcome-wide analysis	A. Nakagomi, T. Tsuji, M. Saito, Kazushige Ide, K. Kondo, K. Shiba	Las repercusiones multidimensionales del aislamiento social en la salud y el bienestar de las PAM.	Ausencia de pareja Escasa interacción con los hijos, familiares y amigos Ausencia de participación social	Salud física/cognitiva Comportamiento sanitario Salud mental Bienestar subjetivo Aislamiento social

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
					Capital social cognitivo
13	Social isolation, loneliness, and all-cause mortality: A cohort study of 35,254 Chinese older adults	(Yu, Steptoe, & Chen, 2022)	Las asociaciones del aislamiento social y la soledad con la mortalidad por todas las causas en una amplia muestra de adultos mayores chinos.	Aislamiento social Soledad	Mortalidad por todas las causas
14	Social isolation, social support and loneliness as independent concepts, and their relationship with health-related quality of life among older women	(Freak-Poli, y otros, 2022)	El aislamiento social, el apoyo social, la soledad y su asociación independiente con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en mujeres mayores.	calidad de vida relacionada con la salud	Aislamiento social
15	Social network size, loneliness, physical functioning and depressive symptoms among older adults: Examining reciprocal associations in four waves of the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)	(Domènech-Abella, y otros, 2021)	Las relaciones recíprocas entre el tamaño de la red social, la soledad, el funcionamiento físico y los síntomas depresivos entre las PAM, analizados mediante modelos de ecuaciones estructurales a lo largo de 4 oleadas consecutivas del Estudio Longitudinal del Envejecimiento de Ámsterdam.	Tamaño de la red social Funcionamiento físico Síntomas depresivos	Soledad Síntomas depresivos Tamaño de la red social
16	The association between intergenerational relationships and depression among older adults: A comprehensive systematic literature review	(Sharifi, Babaei Khorzoughi, & Rahmati, 2024)	La relación entre las relaciones intergeneracionales y la depresión entre las PAM de los países de Asia oriental, con especial atención al impacto del apoyo emocional, el apoyo financiero y el apoyo instrumental en la depresión de las PAM.	Apoyo emocional Apoyo financiero Apoyo instrumental intergeneracional	Depresión
17	The association between loneliness, social isolation and all-cause mortality in a nationally representative sample of older women and men	(Lennartsson, Rehnberg, & Dahlberg, 2022)	Las asociaciones separadas y relativas de la soledad y el aislamiento social con la mortalidad en una muestra representativa a nivel nacional de adultos mayores en Suecia, incluyendo un examen de los efectos combinados de la soledad y el aislamiento social y las diferencias de género.	Soledad Aislamiento social Sexo Edad Nivel de estudios	Mortalidad por todas las causas

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
18	Socioeconomic status, loneliness, and depression among older adults: a cross-sectional study in Spain	(Sánchez-Moreno, Gallardo-Peralta, Barrón López de Roda, & M. Rivera Álvarez, 2024)	La relación entre el estatus socioeconómico (SES) y la depresión en adultos mayores, y el papel de la soledad en esta relación.	Nivel de estudios Dificultades económicas Modalidad de vida	Depresión, medida por la Escala de Depresión Geriátrica (GDS5)

Fuente: Elaboración propia.



Anexo B: Estudios sobre Factores de Riesgo de la Soledad No Deseada y Aislamiento Social Personas Adultas Mayores

Tabla 4

Variables Dependientes e Independientes de los Factores de Riesgo de la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en la Población Adulta Mayor (n = 15)

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
1	A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults	(Dahlberg, McKee, Frank, & Naseer, 2022)	Factores longitudinales de riesgo de soledad en adultos mayores	Factores demográficos (edad, sexo, origen étnico) Factores socioeconómicos (ingresos, educación, situación laboral) Factores sociales (estado civil/pareja, red social, actividad social) Factores relacionados con la salud (salud autopercebida, limitaciones funcionales, depresión) Factores psicológicos (personalidad, afecto, autopercepción)	Soledad
2	Ageing, Health, Loneliness and Wellbeing	(Tani, Cheng, Piracha, & Wang, 2022)	1) Los determinantes del bienestar y la soledad en el grupo de edad de 65 a 85 años en Australia; 2) El papel de la integración social medida por un indicador de red social en el efecto sobre el bienestar y la soledad; 3) Las diferencias entre nativos e inmigrantes en esas relaciones.	Edad Sexo Estado civil Educación Salud física Salud mental Ingresos Tamaño del hogar Tener hijos Etnia Red social	Bienestar/satisfacción de la vida Soledad
3	Predictive factors and risk and protection groups for loneliness in older adults: a population-based study	(Montejo Carrasco, y otros, 2024)	1) Analizar las variables y factores latentes que predicen la soledad en adultos mayores, 2) Establecer grupos de riesgo y protegidos para la soledad, y 3) Analizar los factores latentes subyacentes a los predictores de la soledad.	Edad Sexo Vivir solo Nivel educativo Problemas de memoria Síntomatología depresiva Salud mental general Toma de tranquilizantes	Soledad

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
				calidad de vida Percepción del estado de salud Dificultades visuales Discapacidad auditiva Dolores Artritis/artrosis Problemas de salud que impiden autocuidado No tener a nadie a quien pedir ayuda	
4	Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia: Findings from the IDEAL programme	(Victor, y otros, 2020)	La prevalencia y los determinantes de la soledad en las personas que viven con demencia.	Edad Sexo Estado civil Educación Situación de vida (si la persona vivía sola o acompañada) Número de enfermedades crónicas Síntomas depresivos Aislamiento social Satisfacción vital Bienestar calidad de vida Función cognitiva Tipo de demencia	Soledad
5	Risk and Protective Factors of Loneliness among Older Adults: The Significance of Social Isolation and Quality and Type of Contact	(Teater, Chonody, & Davis, 2021)	Los factores de riesgo y de protección de la soledad, la soledad emocional y la soledad social entre las PAM, incluidos el tipo y calidad del contacto con otras personas, el apoyo comunitario, el aislamiento social, la salud física, la salud cognitiva y la capacidad funcional.	Tipo y calidad del contacto con los demás Apoyo comunitario aislamiento social Salud física Salud cognitiva Capacidad funcional	Soledad Soledad emocional Soledad social
6	Social isolation in the oldest old: determinants and the differential role of family and friends	(Moormann, y otros, 2024)	La prevalencia y factores determinantes del aislamiento social entre las personas de edad avanzada (mayores de 80 años),	Edad Sexo Estado civil Situación de vida Tener hijos	Aislamiento social

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
			centrándose en el papel diferencial de la familia y los amigos.	Nivel de estudios Dificultades para caminar Deficiencias sensoriales (visión y audición) Función cognitiva Síntomas depresivos Dificultades en las actividades instrumentales de la vida diaria	
7	Loneliness and Psychosocial Resources among Indigenous and Afro-Descendant Older People in Rural Areas of Chile	(Gallardo-Peralta, Gálvez-Nieto, Fernández-Dávila, & Veloso-Besio, 2023)	Las variables psicosociales relacionadas con la soledad en las PAM, particularmente la resiliencia, el funcionamiento familiar y los problemas de salud, y cómo estas variables interactúan para influir en la soledad.	Resiliencia Funcionamiento familiar Problemas de salud Edad Residencia Estado de salud Participación voluntaria	Soledad
8	Soledad y aislamiento social en PAM de una población rural de Galicia	(Alonso-González, y otros, 2024)	La prevalencia de la soledad y el aislamiento social en pacientes mayores de 65 años de una población rural, su perfil sociodemográfico y los factores condicionantes de la soledad.	Variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, número de hijos, número de baños/aseos, situación de vivienda) Variables de conectividad digital (acceso a Internet, conocimiento de videoconferencias) Variables de estado de salud (estado de salud autoinformado) Variables de redes de apoyo (número de niños que viven en el mismo municipio)	Soledad, medida por la escala de soledad de UCLA
9	Determinants of social loneliness among older adults in job retirement and the role of emotional expressivity	(Jutengren & Stahl, 2024)	El papel de la expresividad emocional positiva y negativa como mediadores entre la soledad social y sus predictores previamente identificados (salud, edad, sexo y situación de vida social).	Expresividad emocional positiva Expresividad emocional negativa Salud Edad Sexo Estado civil Educación	Soledad social
10	Factors Associated With Social Isolation in Older Adults: A	(Wen, y otros, 2023)	Los factores asociados al aislamiento social en adultos mayores	Edad Nivel educativo Tabaquismo Género	Aislamiento social

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
	Systematic Review and Meta-Analysis			Apoyo social Propiedad de vivienda Participación social Cónyuge Pérdida de audición Deficiencia en las actividades de la vida diaria Estado de salud Deterioro cognitivo Depresión	
11	Social Isolation, Healthy Habits, Inequality and Mental Health in the United States	(Amate-Fortes, Guarnido-Rueda, Martínez-Navarro, & Oliver-Márquez, 2023)	Los determinantes socioeconómicos de la salud mental, incluidas las desigualdades (de ingresos, género, raza, salud y educación), el aislamiento social y la soledad, y los hábitos saludables, y su impacto en el estado de salud mental.	Desigualdad (en la distribución de los ingresos, el sexo, etnia, la salud y la educación) Aislamiento social y soledad Hábitos/estilos de vida saludables (tabaquismo, insomnio, actividad sexual) Pobreza / inseguridad alimentaria Contaminación	Estado de salud mental
12	Social isolation, loneliness, and their correlates in older Japanese adults	(Kino, y otros, 2023)	1) Factores asociados con el aislamiento social y la soledad en adultos japoneses mayores; 2) Características de los adultos japoneses mayores que están socialmente aislados, pero no solitarios, y de aquellos que están solos, pero no socialmente aislados.	Características individuales Demografía	Aislamiento social y soledad
13	Social, Emotional, and Existential Loneliness: A Test of the Multidimensional Concept	(Van Tilburg, 2021)	1) Examinar si la soledad es un concepto multidimensional con distintas dimensiones de soledad social, emocional y existencial; 2) Probar si estos tres tipos de soledad están relacionados, pero son dimensiones distintas que están asociadas con mediciones directas de la soledad.	Género Edad Estado civil Tamaño de la red personal Salud autoevaluada Frecuencia de asistencia a la iglesia	Soledad social Soledad emocional Soledad existencial (incluida la soledad en las relaciones y la falta de sentido en la vida)

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
14	Risk factors for loneliness: A literature review	(Barjaková, Garnero, & D'Hombres, 2023)	La soledad y sus factores de riesgo a nivel individual y social, así como los cambios en la prevalencia y los factores de riesgo de la soledad durante la pandemia de COVID19.	Edad Género Estado civil Situación de vivienda, ingresos Nivel educativo Empleo Salud Características de la red social Contexto cultural y socioeconómico del país	Soledad
15	Widowhood, widowhood duration, and loneliness among older adults in China	(Yang & Gu, 2021)	1) La viudez es un acontecimiento vital angustioso asociado a la soledad y a otros resultados negativos en las PAM; 2) La duración de la viudedad, y no sólo el estado de viudedad es un factor importante para entender la soledad; 3) Volver a casarse tras la viudedad puede ayudar a reducir la soledad; y 4) Existen diferencias de edad y sexo en la relación entre viudedad y soledad.	Soledad	Duración de la viudez Grupo de edad Sexo Residencia (urbana, rural) Estudios Independencia económica Ocupación antes de la jubilación Relaciones intergeneracionales Factores de estilo de vida Factores psicológicos

Fuente: Elaboración propia.

Anexo C: Estudios sobre Intervenciones para Mitigar la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en Personas Adultas Mayores

Tabla 5

Variables que Evidencian las Intervenciones para Mitigar la Soledad No Deseada y Aislamiento Social en la Población Adulta Mayor (n = 8)

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
1	Digital interventions to reduce social isolation and loneliness in older adults: An evidence and gap map	(Welch, y otros, 2023)	Mapear la evidencia disponible sobre los efectos de las intervenciones digitales para reducir el aislamiento social y/o la soledad en adultos mayores, excluyendo los entornos hospitalarios.	Tipo de intervención digital Formato de entrega de la intervención digital Estrategias específicas utilizadas en la intervención digital Características de la población objetivo	Resultados a nivel individual: soledad, aislamiento social, conexión social, calidad de vida, ansiedad/depresión, nivel de confianza, conocimiento y experiencia en información, comunicación y tecnologías (TIC), efectos adversos Resultados a nivel comunitario: apoyo social, compromiso social, cohesión social, capital social, brecha digital (disparidades en el acceso a intervenciones tecnológicas)
2	Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review	(Gardiner, Geldenhuys, & Gott, 2018)	Intervenciones dirigidas al aislamiento social y/o la soledad en PAM	Intervenciones de facilitación social Terapias psicológicas Prestación de atención sanitaria y social Intervenciones con animales Intervenciones de amistad Intervenciones de ocio/desarrollo de habilidades	Aislamiento social Soledad
3	Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID19 physical distancing measures: A rapid systematic review	(Williams, y otros, 2021)	Identificar intervenciones efectivas para reducir el aislamiento social y la soledad que sean compatibles con el blindaje COVID19 y las medidas de distanciamiento social.	Tipo de intervención (p. ej., terapia psicológica, facilitación social, intervención con animales, etc.) Viabilidad de la intervención bajo medidas de protección/distanciamiento social de COVID19 El método de ejecución de la intervención (p. ej., terapia psicológica, facilitación social,	Soledad Aislamiento social Apoyo social

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
				intervención con animales, etc.) videoconferencia, teléfono, presencial)	
4	Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews	(Fakoya, McCorry, & Donnelly, Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews, 2020)	Intervenciones de soledad y aislamiento social para adultos mayores.	Intervenciones de terapia cognitivo Intervenciones comunitarias Intervenciones de prevención (programas educativos)	Soledad y aislamiento social
5	Management of social isolation and loneliness in community-dwelling older adults: protocol for a network meta-analysis of randomised controlled trials	(Lee, y otros, 2021)	Determinar la eficacia comparativa de las intervenciones para aliviar el aislamiento social y la soledad en adultos mayores de 60 años o más que viven en la comunidad.	Actividades y servicios sociales o recreativos Programas de ejercicio Servicios de salud Intervenciones de amistad Intervenciones de ocio o desarrollo de habilidades Intervenciones multifacéticas (combinaciones de las anteriores)	Variable dependiente primaria: Aislamiento social (incluido apoyo social, redes sociales, función y participación sociales) Variables dependientes secundarias: 1. Soledad 2. Relacionadas con la salud calidad de vida
6	Social Prescription Interventions Addressing Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Meta-Review Integrating On-the-Ground Resources	(Paquet, y otros, 2023)	Intervenciones para reducir el aislamiento social y la soledad en las PAM, y su impacto en el bienestar, la resiliencia y el afrontamiento.	Tipo de intervención (p. ej., intergeneracional, tecnología social, comunidades propicias, actividades físicas/recreativas, terapia psicológica, tecnología de asistencia, servicios de salud en el hogar, telesalud) Tipo de servicio comunitario (p. ej., actividades recreativas, grupos de apoyo, programas educativos, atención domiciliaria, formación tecnológica)	Resultados de salud social (p. ej., soledad, aislamiento social, redes sociales, apoyo social) y resultados de salud mental (p. ej., depresión, ansiedad, bienestar psicológico)
7	The use of digital technology for social wellbeing	(Sen, Prybutok, & Prybutok, 2021)	Un enfoque participativo y basado en la comunidad que involucra a partes interesadas, socios y	Uso de tecnologías por parte de adultos mayores Percepciones de las PAM hacia el	Tipo de tecnología digital utilizada (mensajes de texto,

N.º	Título	Autores	Temática de estudio	Variables independientes	Variables dependientes
	reduces social isolation in older adults: A systematic review		recursos y métodos coordinados en línea y fuera de línea.	uso de tecnología Participación social y reducción del aislamiento social	correo electrónico, videollamadas, etc.) Accesibilidad y asequibilidad de la tecnología digital Capacidad de la tecnología digital para permitir la interacción y el compromiso social
8	Social-ecological factors influencing loneliness and social isolation in older people: a scoping review	(Meehan, Grunseit, Condie, HaGani, & Merom, 2023)	1) Identificar la evidencia disponible sobre la influencia de los factores comunitarios y sociales sobre la soledad y el aislamiento social en las PAM; 2) Examinar cómo se lleva a cabo la investigación cuantitativa sobre los factores comunitarios y sociales de la soledad y el aislamiento social en las poblaciones mayores; 3) Identificar lagunas de conocimiento en el uso del modelo socio ecológico para estos temas.	Seguridad vecinal Acceso a terceros lugares públicos Prácticas culturales	Soledad Aislamiento social

Fuente: Elaboración propia.