



DIAGNÓSTICO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

**INFORME DE RESULTADOS**

**ESTUDIO SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR**

*Diciembre - 2019*  
*Santo Domingo, República Dominicana*



---

## DIAGNÓSTICO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

### **INFORME DE RESULTADOS**

#### **ESTUDIO SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR**

Principales hallazgos sobre condiciones sociodemográficas y de salud del adulto mayor en las provincias de aplicación del diagnóstico para la elaboración de programas y proyectos del Sistema Nacional de Desarrollo Integral que permitirá mejorar la calidad de vida del adulto mayor con un enfoque de atención integral en materia de envejecimiento: activo, productivo y participativo.

*Diciembre - 2019*  
*Santo Domingo, República Dominicana*

## CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| <b>ÍNDICE DE TABLAS, CUADROS Y GRÁFICAS</b> .....   | 4  |
| <b>SIGLAS</b> .....   | 5  |
| <b>AGRADECIMIENTOS</b> .....  | 6  |
| <b>ÁREA DE ESTUDIO</b> .....  | 9  |
| <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....   | 10 |
| <b>OBJETIVO GENERAL</b> .....   | 12 |
| <b>Objetivos específicos</b> .....  | 12 |
| <b>Instrumentación de los objetivos</b> .....   | 13 |
| <b>Contexto a partir de fuentes secundarias</b> .....                                       | 14 |
| <b>Aspectos metodológicos</b> .....   | 24 |
| <b>Mapa de la distribución muestral asociada a las provincias del diagnóstico</b> .....     | 27 |
| <b>INFORME DE RESULTADOS</b> .....  | 28 |
| <b>DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR</b> .....                                    | 30 |
| <b>Identificación los principales datos sociodemográficos del adulto mayor</b> .....        | 30 |
| <b>DATOS SOBRE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR</b> .....  | 38 |
| <b>Identificación de la morbilidad del adulto mayor</b> .....                               | 38 |
| <b>Identificación de las enfermedades que más afectan la calidad de vida del AM</b> .....   | 41 |
| <b>Proporción de adultos mayores atendidos en los centros de salud</b> .....                | 44 |
| <b>Nivel de conocimiento del AM sobre la existencia de los centros especializados</b> ..... | 44 |
| <b>Identificación de los casos de violencia en el adulto mayor</b> .....                    | 46 |
| <b>Identificación de la frecuencia en que se dan los casos de violencia</b> .....           | 47 |
| <b>Identificación del entorno familiar directo del adulto mayor</b> .....                   | 47 |
| <b>Identificación de características sociodemográficas y económicas del cuidador</b> .....  | 48 |
| <b>Características sociodemográficas del cuidador</b> .....                                 | 48 |
| <b>Características socioeconómicas del cuidador</b> .....                                   | 50 |
| <b>DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....                                      | 51 |
| <b>Referencias bibliográficas</b> .....   | 62 |
| <b>ANEXOS</b> .....   | 63 |
| <b>Tablas de Referencias</b> .....  | 63 |

## ÍNDICE DE TABLAS, CUADROS Y GRÁFICAS

|  |    |
|--|----|
| 1 Estructuración de los objetivos.....   | 13 |
| 2 Proyecciones de Tasas de Mortalidad, Natalidad y Esperanza de Vida 1980-2025 .....         | 14 |
| 3 Proyecciones de la población por grupos etarios 1980, 2000 y 2025 en RD .....              | 15 |
| 4 Registro del Centro Jurídico-Conape sobre casos de violencia en el adulto mayor. ....      | 21 |
| 5 Media de hijos/as según grupos etarios .....   | 22 |
| 6 MAPA DE LA DISTRIBUCIÓN MUESTRAL .....   | 27 |
| 7 Beneficios recibido del gobierno para cubrir gastos básicos .....                          | 32 |
| 8 NIVEL DE COMPETENCIA DEL ADULTO MAYOR.....   | 34 |
| 9 Discapacidad padecida por la población según grupos etarios y DAM.....                     | 35 |
| 10 Enfermedades más comunes en el adulto mayor.....  | 39 |
| 11 Enfermedades que más le afecta la calidad de vida del adulto mayor.....                   | 42 |
| 12 Medio por el cual el adulto mayor conoció sobre SECARE .....                              | 45 |
| 13 Cantidad de hijos nacidos vivos, hijos vivos actualmente e hijos que viven con el AM..... | 48 |
| 14 Perfil sociodemográfico del cuidador del adulto mayor.....                                | 49 |
| 15 Perfil socioeconómico del cuidador del adulto mayor .....                                 | 50 |
| 16 Parentesco del adulto mayor en relación al cabeza de familia .....                        | 63 |
| 17 Tenencia de productos de políticas sociales segun region.....                             | 63 |
| 18 Perfil socioeconómicos del adulto mayor .....   | 64 |
| 19 Habilidad laboral o productiva del adulto mayor según región.....                         | 64 |
| 20 Discapacidad física, psicomotora, auditiva y visual .....                                 | 65 |
| 21 Discapacidad física, psicomotora, auditiva y visual según sexo .....                      | 65 |
| 22 Niveles de actitud del adulto mayor hacia la inclusión productiva según sexo.....         | 66 |
| 23 Perfil educativo del adulto mayor .....   | 66 |
| 24 Tipos de ocupación o Tenencia de la vivienda según región.....                            | 66 |
| 25 Material predominante de las paredes exteriores.....                                      | 67 |
| 26 Material predominante del techo de la vivienda.....                                       | 67 |
| 27 Material predominante del piso de la vivienda.....  | 68 |
| 28 Combustible para cocinar.....   | 68 |
| 29 Alumbrado según región .....  | 69 |
| 30 Fuentes de agua potable seun region .....   | 69 |
| 31 Servicio Sanitario segun region.....  | 70 |
| 32 Acceso a la atención especializada en salud .....   | 70 |
| 33 Violencia en el adulto mayor .....  | 71 |
| 34 Entorno familiar directo del adulto mayor .....   | 71 |

## SIGLAS

|        |   |
|--------|---|
| SIG    | Sistema de Información Geográfica           |
| MMM    | Marco Maestro Muestral                      |
| SPSS   | Statistical Package for the Social Sciences |
| ONE    | Oficina Nacional de Estadística             |
| UNFPA  | Fondo de Población de las Naciones Unidas   |
| UN     | Naciones Unidas                             |
| CELADE | Centro Latinoamericano de Demografía        |
| SENASA | Seguro Nacional de Salud                    |
| AM     | Adulto Mayor                                |
| DAM    | Diagnóstico del Adulto Mayor                |
| SECARE | Servicios, Capacitación y Recreación        |

## **AGRADECIMIENTOS**

Para el logro de las metas resulta vital el apoyo de quienes nos impulsen hacia ellas. Alcanzarlas es una tarea que requiere escalar peldaño a peldaño y en ese proceso nos fortalecemos cuando recibimos el respaldo de personas e instituciones que comparten nuestro propósito.

Por tal razón, es nuestro deber expresar sincero agradecimiento al señor presidente de la República, licenciado Danilo Medina Sánchez, por la confianza que nos ha depositado, su identificación con la causa del adulto mayor y el empeño que ha puesto para que este segmento poblacional fuera incluido en las políticas estatales. Gracias a su visión y su compromiso se ha comenzado a reconocer la participación del adulto mayor en la sociedad dominicana, como ente activo, productivo, participativo y protegido.

Asimismo, manifestamos nuestra gratitud al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), pues debido a la solidaridad y el entusiasmo puestos por este organismo a la disposición del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) ha sido posible la publicación del Diagnóstico de la Población Adulta Mayor.

¡Muchísimas gracias!

## ANTECEDENTES

El incremento de la población adulta mayor a nivel mundial, producto de la disminución de las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad, ha dado como resultado un cambio demográfico significativo. A esta transición demográfica se le agrega un aumento en la calidad de vida de la población, lo cual se traduce a una mayor esperanza de vida al nacer. Se tiene proyectado que este aumento poblacional se siga incrementando, tanto en países desarrollados como en los en vía de desarrollo.<sup>1</sup> Para el año 2018, este cambio demográfico trajo como resultado que, por primera vez en la historia, los adultos mayores (60 años y más de edad) registran el 10.3% (1,058,752) de la población total, siendo más que los niños de cinco años o menos, que para este año representan el 9.4% (961,511). Además, se tiene estimado que para el 2030 el número de adultos mayores será casi el doble de niños de cinco años o menos.<sup>2</sup>

Dado que cada vez es más la proporción esperada de adultos mayores, se debe considerar el diseño y la implementación de políticas públicas que garanticen las necesidades y demandas de este grupo etario para una vejez activa y participativa. Es por esto que es necesario evaluar los modelos sanitarios y de asistencia social existentes en el país para prevenir y asistir a los adultos mayores vulnerables, en especial a los dependientes.

En la República Dominicana se crea el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), mediante la Ley 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente, es la entidad responsable de diseñar e implementar las políticas públicas nacionales a favor de la población adulta mayor. Esta ley y su Reglamento de Aplicación No. 1372-04 tienen como objetivo sentar las bases institucionales y establecer los mecanismos para la atención y protección integral de los adultos mayores, como la garantía de sus derechos y promover una vida activa, productiva, participativa y protegida, en una sociedad donde

---

<sup>1</sup>World report on disability, disponible en: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/)

<sup>2</sup> Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Proyecciones 2000-2030

se les respete su dignidad, libertad, convivencia familiar y comunitaria y, sobretodo, que se traten con igualdad.

El CONAPE tiene la responsabilidad de orientar y regir a las entidades públicas y/o privadas autorizadas a servir al adulto mayor en la aplicación de las políticas del sector. Entre otros, el CONAPE realiza esfuerzos por contribuir al cumplimiento del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento. Con los grandes retos que tiene el país en materia de envejecientes es una prioridad gubernamental el tema del adulto mayor, por lo que el presidente Danilo Medina, a través del CONAPE, ha dispuesto la implementación de un **Sistema Nacional de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor**, con un nuevo concepto de atención en materia de envejecientes, cuyo objetivo es hacer que esta población esté activa, productiva, participativa y protegida.

En abril del 2015, el presidente de la República emitió, entre otras disposiciones, el Decreto 83-15, que modifica el Decreto No.1372-04 y suprime la Dirección General de la Protección a la Vejez, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dispone la transferencia de sus funciones y atribuciones, sus recursos humanos y los bienes asignados o puestos a su disposición, a la Dirección Ejecutiva del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE). En este decreto, entre los renglones transferidos al CONAPE, por parte de Salud Pública, se encontraban los centros de atención al adulto mayor en sus modalidades de “centros de día y permanentes”.

La situación del crecimiento demográfico representa un desafío a la economía, sobre todo en términos fiscales, que afecta al desarrollo de los países. Es por esto que el CONAPE prepara las condiciones socioeconómicas de la población adulta mayor para dar respuesta oportuna a este sector y que no represente una amenaza al desarrollo sostenible del país. Es en este contexto que el CONAPE inicia acciones para la obtención de información actualizada, con el fin de diseñar y formular políticas que contribuyan a disminuir las dificultades que se presentan por falta de información sobre la situación actual y la amplitud de algunos enfoques sobre el adulto mayor.

## ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se enmarca dentro de las investigaciones sociales por estar enfocado en el levantamiento de variables sociodemográficas y por desarrollarse mediante las técnicas de un **diagnóstico** a un grupo poblacional de 60 años y más de edad, conforme a lo establecido en el artículo 1 de la Ley 352-98, que dicta lo siguiente: “Se considera persona envejeciente a toda persona mayor de 65 años de edad o de menos, que debido al proceso de envejecimiento, experimente cambios progresivos desde el punto de vista psicológico, biológico, social y material”; considerado como la **población meta** y que para los fines de análisis se califican como **adultos mayores**, la cual estará intervenida por los *programas y proyectos* del Sistema Nacional de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor que implementa el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada la **realidad actual** sobre la “transición demográfica” y la pronunciada disminución de las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad en nuestro país, aunque tal cosa no debería considerarse una teoría ni una ley, sino, sencillamente, un proceso que atraviesan las sociedades cuando pasan hacia una situación caracterizada por una fecundidad y natalidad bajas en ambos casos. Consecuentemente, en este estado social, la población se envejece o, dicho en términos más familiares, “dura más”.<sup>3</sup>

Ante el panorama de la “transición demográfica” y el consecuente aumento de la población de adultos mayores, la ejecución de la ley No. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente, No. 87-01 de Seguridad Social, y los diversos programas que desarrolla el CONAPE, han aportado a la obtención de grandes logros en cuanto a la garantía de los derechos del adulto mayor. A pesar de esto, se hace necesario gestionar **provisiones de datos precisos concernientes al estudio de las condiciones de vida del adulto mayor en el territorio nacional**, especialmente en las provincias donde se realizó el diagnóstico (Pedernales, Azua, Ocoa, San Pedro, Hato Mayor, Monte Plata, La Altagracia, María Tdad Sánchez, Mons. Nouel, Duarte, Samaná, Espaillat, Puerto Plata, Valverde, Sgo Rguez, Dajabón y Montecristi), trabajado desde dos dimensiones fundamentales:

---

<sup>3</sup>Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2017) *Análisis de Situación Poblacional de la República Dominicana*. Disponible en [https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ Analisis%20SituacionPoblacional\\_RD%20-%20Web\\_0.pdf](https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ Analisis%20SituacionPoblacional_RD%20-%20Web_0.pdf)

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2014) *Proyecciones de Población, Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe*: Núm. 11, Santiago de Chile, CEPAL, 155 pp.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011), *Envejecimiento Poblacional*, Observatorio Demográfico de América Latina, Núm. 12, Octubre 2011, Santiago de Chile, CEPAL, 195 pp.

- A. Dimensión **sociodemográfica**. Esta dimensión tuvo como objetivo, *“identificar los principales datos sociodemográficos del adulto mayor con el fin de producir perfiles sociales para la implementación de programas con un concepto de atención en materia de envejecimiento, actividad, productividad y participación”*. Las variables contempladas en esta dimensión son: Social, Económica, Laboral, Educación, Tipos de tenencia de la vivienda, Material de construcción de la vivienda y Acceso a servicios básicos.
- B. Dimensión sobre **datos de salud** y el bienestar del adulto mayor para la revisión de los programas y políticas públicas del Sistema Nacional de Desarrollo Integral. Esta dimensión tuvo como objetivo, *“Identificar la morbilidad del adulto mayor, identificar las enfermedades que más afectan la calidad de vida del adulto mayor, conocer la proporción de adultos mayores atendidos en algún centro de salud, nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la instalación y existencia de los centros de atención especializada, identificar los casos de violencia en el adulto mayor, conocer la frecuencia en que se dan los casos de violencia, identificar quien perpetúa la violencia a partir del parentesco, identificar el entorno familiar directo del adulto mayor e identificar las características demográficas del cuidador”*. Las variables contempladas en esta dimensión son: enfermedades más comunes, enfermedades que más afectan la calidad de vida, distribución de la atención médica, acceso a la atención especializada, violencia en el adulto mayor, frecuencias de los casos de violencia, parentesco del que perpetúa la violencia, entorno familiar directo, características sociodemográficas y económicas del cuidador.

Las estadísticas disponibles respecto a estas dimensiones de estudio, no se encuentran necesariamente ajustadas a las necesidades de los datos ni a los propósitos de la investigación para la implementación de las políticas públicas sobre el Sistema Nacional de Desarrollo Integral del Adulto Mayor y, por lo tanto, este vacío de información se convierte en el **problema fundamental** a la hora de formular programas y proyectos. Por tal razón, se iniciaron los aprestos para la realización de un diagnóstico que contribuyera a disminuir las dificultades de provisiones de información.

## **OBJETIVO GENERAL**

A la luz de la problemática planteada, el objetivo general del diagnóstico es identificar las *condiciones sociodemográficas del adulto mayor* en las provincias estudiadas para la *elaboración de programas y proyectos, con el fin de cerrar las brechas en la implementación de políticas públicas* del Sistema Nacional de Desarrollo Integral del Adulto Mayor que permitirá mejorar la calidad de vida de este, con un concepto de atención en materia de envejecimiento activo, productivo, participativo y protegido.

## **Objetivos específicos**

Los objetivos específicos del diagnóstico fueron:

- ✓ Identificar los principales datos sociodemográficos del adulto mayor con el fin de producir perfiles sociales para la implementación de programas con un concepto de atención en materia de envejecimiento, actividad, productividad y participación.
- ✓ Identificar la morbilidad del adulto mayor.
- ✓ Identificar las enfermedades que más afectan la calidad de vida del adulto mayor.
- ✓ Conocer la proporción de adultos mayores atendidos en algún centro de salud.
- ✓ Nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la instalación y existencia de los centros de atención especializada.
- ✓ Identificar los casos de violencia en el adulto mayor.
- ✓ Conocer la frecuencia en que se dan los casos de violencia.
- ✓ Identificar quien perpetúa la violencia a partir del parentesco.
- ✓ Identificar el entorno familiar directo del adulto mayor.
- ✓ Identificar las características sociodemográficas y económicas del cuidador.

## Instrumentación de los objetivos

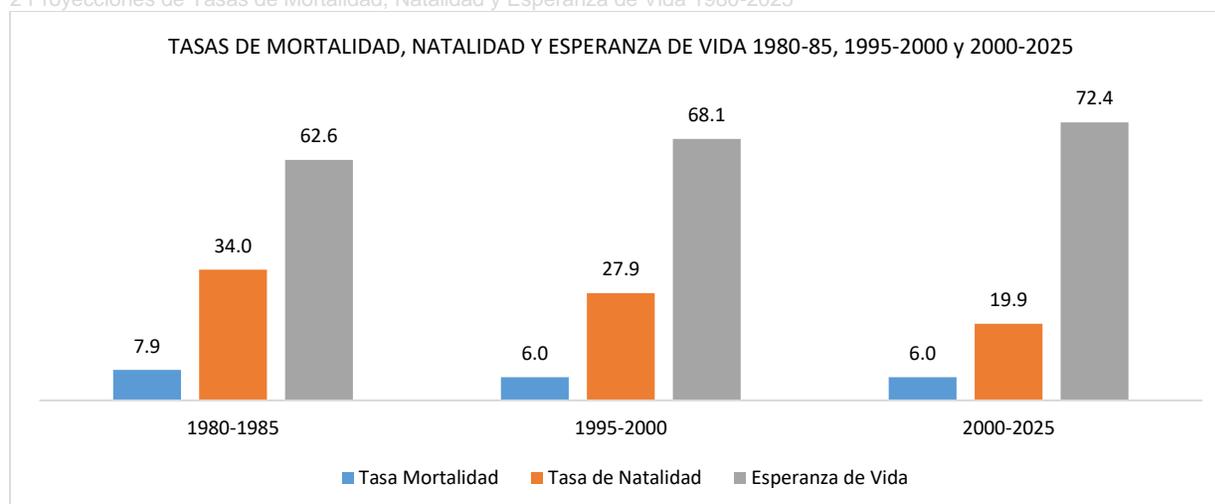
| 1 Estructuración de los objetivos   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Dimensiones   | Objetivos específicos  | VARIABLES  | Indicadores   |
| Condiciones sociodemográficas   | Identificar los principales datos sociodemográficos del adulto mayor con el fin de producir perfiles sociales para la implementación de programas con un concepto de atención en materia de envejecimiento, actividad, productividad y participación | Social   | Proporción de hombres y mujeres                         |
|   |  |  | Edad  |
|   |  |  | Estado civil actual                                     |
|   |  |  | Parentesco con relación al cabeza de familia            |
|   |  | Económica  | Promedio de ingreso por remesas                         |
|   |  |  | Fuentes de las remesas a partir del parentesco          |
|   |  |  | Proporción de individuos que recibe pensión del Estado  |
|   |  |  | Promedio de ingreso por pensión del Estado              |
|   |  |  | Promedio de ingreso mensual por oficio, trabajos, otros |
|   |  |  | Tenencia de productos de políticas sociales             |
|   |  | Laboral  | Habilidad laboral o productiva                          |
|   |  |  | Discapacidad física, psicomotora, auditiva y visual     |
|   |  |  | Niveles de actitud para la inclusión productiva         |
|   |  | Educación  | Nivel de instrucción                                    |
|   |  |  | Alfabetismo funcional.-lecto-escritura                  |
|   |  | Tenencia de la vivienda                          | Frecuencia de vivienda propias, alquiladas y prestadas  |
|   |  | Material de construcción de la vivienda          | Material predominante de las paredes exteriores         |
| Material predominante del techo   |  |  |   |
| Material predominante del piso  |  |  |   |
| Acceso a servicios  | Combustible para cocinar   |  |   |
|   | Alumbrado  |  |   |
|   | Fuentes de agua potable  |  |   |
|   | Sanitario  |  |   |
| Datos sobre la salud y el bienestar del adulto mayor para la revisión de los programas y políticas públicas del Sistema Nacional de Desarrollo Integral | Identificar la morbilidad del adulto mayor   | Enfermedades más comunes                         | Proporción de enfermedades más comunes                  |
|   | Identificar las enfermedades que más afectan la calidad de vida del adulto mayor   | Enfermedades que más afectan la calidad de vida  | Enfermedades que más afectan su calidad de vida         |
|   |  |  | Antigüedad de la enfermedad                             |
|   |  |  | Frecuencia ingreso o internamiento por la enfermedad    |
|   | Conocer la proporción de adultos mayores atendidos en algún centro de salud  | Distribución de la atención médica               | Frecuencia de la atención según tipos de centros        |
|   | Nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la instalación y existencia de los centros de atención especializada  | Acceso a la atención especializada               | Conocimiento de la existencia de centros geriátricos    |
|   |  |  | Participación de los servicios de SECARE                |
|   |  |  | Medio por el cual conoció sobre SECARE                  |
|   | Identificar los casos de violencia en el adulto mayor  | Violencia en el adulto mayor                     | Violencia física  |
|   |  |  | Violencia psicológica                                   |
|   |  |  | Violencia económica o patrimonial                       |
|   |  |  | Negligencia, abandono o dejadez                         |
|   | Identificar quien perpetúa la violencia a partir del parentesco  | Parentesco del que perpetúa la violencia         | Parentesco del que perpetúa respecto al adulto mayor    |
|   | Conocer la frecuencia en que se dan los casos de violencia   | Casos de violencia                               | Frecuencia de los casos de violencia                    |
| Identificar el entorno familiar directo del adulto mayor  | Entorno familiar directo   | Media de hijos nacidos vivos que tuvo            |   |
|   |  | Media de hijos actualmente vivos                 |   |
|   |  | Media de hijos que viven junto al adulto mayor   |   |
| Identificar las características sociodemográficas y económicas del cuidador   | Características sociodemográficas del cuidador   | Proporción de cuidadores                         |   |
|   |  | Sexo   |   |
|   |  | Edad del cuidador                                |   |
|   |  | Estado civil                                     |   |
|   |  | Nivel Académico                                  |   |
|   |  | Alfabetización funcional                         |   |
|   | Características socioeconómicas del cuidador   | Parentesco del cuidador respecto al adulto mayor |   |
|   |  | Promedio de días que cuida con "dormida"         |   |
|   |  | Salario del cuidador                             |   |
|   |  | Modalidad de pago                                |   |

## Contexto a partir de fuentes secundarias

El análisis documental y lectura a fuentes secundarias de información sobre la problemática de investigación, disponibles en plataformas digitales y bibliotecas ha robustecido la triangulación de datos del diagnóstico y a través de ello se ha entendido mejor las tendencias sociales y comportamiento en el que se desarrolla la población meta, ya que aportan conocimientos sobre la cultura en que se desenvuelven los adultos mayores en su entorno.

Con el fin de entender mejor la **dimensión sociodemográfica** del adulto mayor y la **transición demográfica**, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha realizado proyecciones que muestran una marcada tendencia de disminución en la tasa de natalidad, tasas de fecundidad y mortalidad del 1980 al 2025; estas indican un creciente número de adultos mayores. A esto se debe incluir el aumento en la esperanza de vida, como resultado de los programas de protección social y bienestar del adulto mayor, indicando que definitivamente se debería iniciar acciones de desarrollo para atender la demanda social que implicaría un crecimiento constante positivo de la esperanza de vida, de al menos seis puntos porcentuales cada 20 años, en contraste con una pronunciada disminución de la tasa de natalidad y mortalidad por control de las enfermedades infecciosas<sup>4</sup>.

2 Proyecciones de Tasas de Mortalidad, Natalidad y Esperanza de Vida 1980-2025



Fuente: Proyecciones elaboradas por la Naciones Unidas.

<sup>4</sup> Proyecciones de Tasas de Mortalidad, Natalidad y Esperanza de Vida 1980-2025.

En relación a las proyecciones de la población por grupos etarios en los años 1980, 2000 y 2025 en República Dominicana, según las proyecciones del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), para 1999 se estimaba en 8,364,458 personas, con una tasa de crecimiento estimado de 16.5 por mil habitantes. Las cifras de población total, según el Censo Nacional de Población realizado en septiembre de 1993, reportaron un total de 7.1 millones de habitantes. La población de personas de 60 años y más de ambos sexos, según la estimación del CELADE, era de 554,131 personas para 1999, lo que representó el 6.6 % de la población total. De esa totalidad, 273,550 eran hombres y 280,581 mujeres para un índice de masculinidad de 97.5%. El 35% de la población dominicana se encontraba por debajo de los 15 años. Según las proyecciones de las Naciones Unidas, por grupos etarios, la población de adulto mayor desde 1980-2000 iba a crecer al menos 1.2% y para el 2025 crecería unos 4.8 puntos porcentuales.

| 3 Proyecciones de la población por grupos etarios 1980, 2000 y 2025 en RD |      |      |      |
|---|------|------|------|
| Edades  | 1980 | 2000 | 2025 |
| 0-14  | 44.8 | 35.5 | 28.3 |
| 15-59   | 50.8 | 58.9 | 61.2 |
| 60+   | 4.4  | 5.6  | 10.4 |

Fuente: Proyecciones de Naciones Unidas.

Todas las proyecciones consultadas muestran una gran similitud respecto al tema de la transición demográfica; la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) estimó que para el año 2015 *“la población de más de 60 años era de 986,428 personas, representando el 9.7% de la población dominicana”*<sup>5</sup>

Estas mismas proyecciones elaborada por la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) estima que para el 2025 *“el 12.5% de la población nacional tendría más de 60 años y que para el 2050 sería de un 21.4%”*<sup>6</sup>

Los datos de referencias concernientes a las variables **Sociales** muestran una caracterización según la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) la población de estudio para el año 2010 tenía una proporción de hombres y mujeres con un índice de masculinidad de 0.9, esto indica que los adultos mayores eran hombres en un 48.6%

<sup>5</sup> ONE (2015). Población por año calendárico, según sexo y edades simples, 2010-2020.

<sup>6</sup> ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en RD.

frente a las mujeres que representaban el 51.4%. En términos de edad, el adulto mayor tenía una media de 70 años. En su estado civil eran casado/a (30.3%), viudo/a (23.6%), unido/a (23.2%), separado/a de una unión libre (11.7%), divorciado/a (4.2%), nunca se ha casado ni unido (4.0%) y separado/a de un matrimonio (3.0%). El parentesco del adulto mayor con relación al cabeza de familia, eran cabeza de familia en un 76.9% hombres y un 54.1% mujeres.

Los datos encontrados para las variables **Económicas** son escasos, sin embargo, se ha consultado la condición de actividad económica del adulto mayor que registró el Censo Nacional de Población del 2010 y este indica que esta población se dedicaba a los quehaceres domésticos (29.6%), ocupados (24.1%), ninguna actividad (11.0%), considerado anciano (10.9%), pensionado (6.5%), otra actividad (5.7%), discapacitado (4.6%), cesante (3.7%), busca trabajo (1.3%), estudiante (0.6%) y rentista (0.3%). Así que, del promedio de ingreso por remesas, fuentes de las remesas a partir del parentesco, proporción de individuos que recibe pensión del Estado, promedio de ingreso por pensión del Estado, promedio de ingreso mensual por oficio-trabajos-otros y tenencia de productos de políticas sociales no tenemos información desde fuentes secundarias.

Las variables **Laborales** de la población de estudio no se han encontrado de todo definidas y segmentadas a propósito de la investigación, sin embargo, la Ley 87-01 de Seguridad Social, establece que la edad de retiro oficialmente es a los 60 años de edad, no obstante, la gran mayoría permanece laborando por tiempo indefinido. Los trabajadores rurales lo hacen porque al carecer de planes de pensiones no podrían subsistir si dejan de trabajar. Los que logran un empleo en el sector público permanecen laborando porque el sistema de pensiones no es automático y aun solicitándola el proceso es largo y los trabajadores callan porque reciben su salario completo mientras dura el proceso.<sup>7</sup> La Oficina Nacional de Estadística (ONE), en su informe titulado “Envejecimiento Demográfico y Desafío al Sistema de Seguridad Social en República

---

<sup>7</sup> SIPEN (2015). Una reforma exitosa para garantizar el bienestar de los dominicanos.

Dominicana”, hace referencia a que “las provincias de vocación agropecuaria, baja densidad poblacional (excepto San Juan) y escasa diversidad de empleo y servicios, como Santiago Rodríguez (14%), Hermanas Mirabal (13%), San Juan, El Seico, Dajabón y San José de Ocoa (12%), que son las que tienen más elevado porcentaje de población mayor de 60 años”. En este mismo orden, “la mayor parte de la población mayor de 60 años en las zonas urbanas son mujeres (53% vs. 46%), mientras que en las zonas rurales la mayoría son hombres (54% vs. 45%).<sup>8</sup>

De la habilidad laboral o productiva no se tienen datos recientes que den una idea de esta métrica en el adulto mayor, sin embargo, la discapacidad física, psicomotora, auditiva y visual en esta población se encuentra registrada en el Censo 2010, ofrecida por la Oficina Nacional de Estadística (ONE), indica que la discapacidad visual (abarca la pérdida de la vista moderada, grave y la ceguera), ejemplo, para ver, aunque use anteojos o lentes 33.8%. La discapacidad auditiva (es un déficit total o parcial en la percepción que se evalúa por el grado de pérdida de la audición en cada oído), ejemplo para oír, aunque use audífonos es del 10.0%. La discapacidad psicomotora (implica ciertas limitaciones posturales, de desplazamiento y de coordinación de movimientos) como, por ejemplo, dificultades para caminar o subir escalones 20.5%, para mover uno o los dos brazos 10.1%, para mover uno o las dos piernas 15.5%, para recordar o concentrarse 13.1%, para agarrar objetos y/o abrir recipientes con las manos 7.9%, para hablar 2.9%, es mudo .6% y tiene problemas mentales 2.4%. la falta de un o más miembro corporal como, por ejemplo, que le falta una o las dos piernas es de .7% y que le falta uno o los dos brazos en .4%.

Los niveles de actitud para la inclusión productiva, aunque no se encuentran del modo como se plantea en el estudio, se ha inferido la pregunta que hizo el Censo 2010 sobre si el individuo “estaba de acuerdo en aceptar un trabajo o labor en caso de haber tenido el tiempo y las condiciones necesarias para salir a trabajar”, en este sentido, los que

---

<sup>8</sup> ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en R.D.

contestaron positivamente fue el 6.9%; este dato indica que por alguna razón el 93.1% no estaba de acuerdo o en condición de realizar alguna actividad laboral.

En el estudio de las variables de **Educación**, el bajo nivel de instrucción de nuestras personas mayores ha constituido un factor limitante para su sobrevivencia y su calidad de vida. Aunque se han hecho esfuerzos para mejorar el nivel de alfabetización durante la tercera edad, aún persiste una gran cantidad de adultos mayores sin ningún nivel de instrucción y muchos analfabetos funcionales.<sup>9</sup>

Datos del Censo 2010 indican que la población meta que no tiene nivel de instrucción era el 30.3%, aunque para el año 2016, se alcanzaron mejorías significativas, ya que la Oficina Nacional de Estadística (ONE) reveló que para este año había bajado de cinco (5) puntos porcentuales, la población adulto mayor que no había recibido grado de instrucción formal<sup>10</sup>; para el año 2010 esta población tenía niveles primarios o básicos en un 53.5%, secundario en un 9.8% y niveles universitarios en un 6.4%.

En el 2010, el alfabetismo funcional (lecto-escritura) en los adultos mayores o individuos que no sabían leer y escribir era de un 69.7% y no saben leer ni escribir el restante 30.3%. Hoy día, una de las más sobresalientes iniciativas para la alfabetización de adultos lo es el programa “Quisqueya Aprende Contigo”, que ha tenido éxitos probados en toda la geografía nacional con su objetivo fundamental de reducir en un 6.6% el índice de analfabetismo existente en el país, a través de la movilización amplia de la sociedad, de acciones de alfabetización desarrolladas en espacios denominados núcleos de aprendizaje.

El programa “Quisqueya Aprende Contigo” propició en estas personas acceso a la educación, a la inclusión social y ciudadana, a oportunidades de desarrollo e inserción al trabajo para una mejor calidad de vida mediante un proceso de movilización social nacional, en aras de construir una sociedad que supere los niveles de exclusión

---

<sup>9</sup>ONE. ENHOGAR (2016). El analfabetismo en República Dominicana.

<sup>10</sup>ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en RD.

existentes que contribuya a elevar la calidad de vida y la equidad social y a superar el analfabetismo en la República Dominicana en un plazo de dos años, propiciando en estas personas acceso a la educación. En este orden, el diagnóstico tiene como objetivo, conocer la proporción de personas adultas mayores que no sabe leer y escribir para observar potenciales soluciones en materia de incorporación a potenciales oficios.

Las variables **Tipos de tenencia de la vivienda**, así como **Material de construcción de la vivienda** y el **Acceso a servicios básicos** del adulto mayor, no se pudieron revisar desde fuentes secundarias ya que las datas consultadas no discriminan esta información por los hogares de la población meta del diagnóstico.

La **dimensión sobre datos de salud** del adulto mayor para la revisión de los programas y políticas públicas del Sistema Nacional de Desarrollo Integral del Adulto Mayor y que se estudian desde el presente diagnóstico.

En esta dimensión se abordan las variables de las **enfermedades más comunes**; esta y las causas de muerte difieren en cierto modo de las causas de ingreso en los diferentes centros de salud. Varios estudios consultados demuestran que existe un gran subregistro en las actas de defunción por la ausencia de necropsias obligatorias, donde se destaca que el mayor número de decesos es atribuido a los llamados estados morbosos mal definidos; estos diálogos indican que las diez primeras causas de enfermedad son: Hipertensión arterial, Gastroenteritis, Accidentes cerebrovasculares, Enfermedad prostática, Infecciones agudas del tracto respiratorio, Cataratas, Diabetes mellitus, Infecciones urinarias, Anemias y Artrosis. De igual manera las investigaciones observadas revelan que las diez primeras causas de muerte son: Estados morbosos mal definidos, Enfermedad cerebrovascular, Enfermedades de circulación pulmonar, Cardiopatía isquémica, Neoplasias, Enfermedad hipertensiva, Enfermedad respiratoria aguda, Infección intestinal, Tuberculosis pulmonar y Accidentes de tránsito.

Las **enfermedades que más afectan la calidad de vida** del adulto mayor no se encuentran en investigaciones previas. La **distribución de la atención médica** y el

**acceso a la atención especializada** muestran que, en la República Dominicana, la atención específica y diferenciada de la salud del adulto mayor en la gran mayoría de los hospitales públicos, sigue siendo escasa. En las ciudades de Santo Domingo y Santiago existen unidades en cada ciudad, sin embargo, el acceso a ellas para la población empobrecida, es difícil. Otros hospitales tienen geriátricos, pero su trabajo es incompleto porque carecen de los servicios de rehabilitación y equipos multidisciplinarios que permitan dar el seguimiento necesario para asegurar la salud en estos pacientes.<sup>11</sup>

La salud del adulto mayor merece un plan de acción en pos de que mejore la atención primaria y que esta sea asequible para todos, ya que los mitos más frecuentemente encontrados en la población general es el considerar los adultos mayores como personas frágiles, muy susceptibles a las enfermedades y aunque si bien es cierto que conforme avanza la edad los sistemas naturales de defensa del organismo se van debilitando, el riesgo de muerte o enfermedad en esa etapa de la vida no es homogéneo.<sup>12</sup>

Los casos de **violencia en el adulto mayor** se encuentran (con más actualidad) en el Departamento Jurídico del CONAPE ya que los registros están siendo actualizados diariamente, aunque estos no son representativos de un espacio geográfico definido, sin embargo, estos datos describen una población en la que el 52.7% de las personas adultas mayores tiene algún conflicto familiar, el 19.1% sufre violencia psicológica, el 12.4% es víctima de abandono, al 10.4% le violan sus derechos de propiedad, el 4.8% experimenta agresión física y el 0.6% sufre violencia económica.<sup>13</sup>

Según estos datos, se registra una tendencia creciente en el *abandono* al adulto mayor, que para el año 2018 se ha convertido en el evento más importante de los casos atendidos. El conflicto familiar tiene un promedio anual del 57.8% y la violencia psicológica de un 19.2%. Las demás violencias tienen una frecuencia menor; sobre todo

---

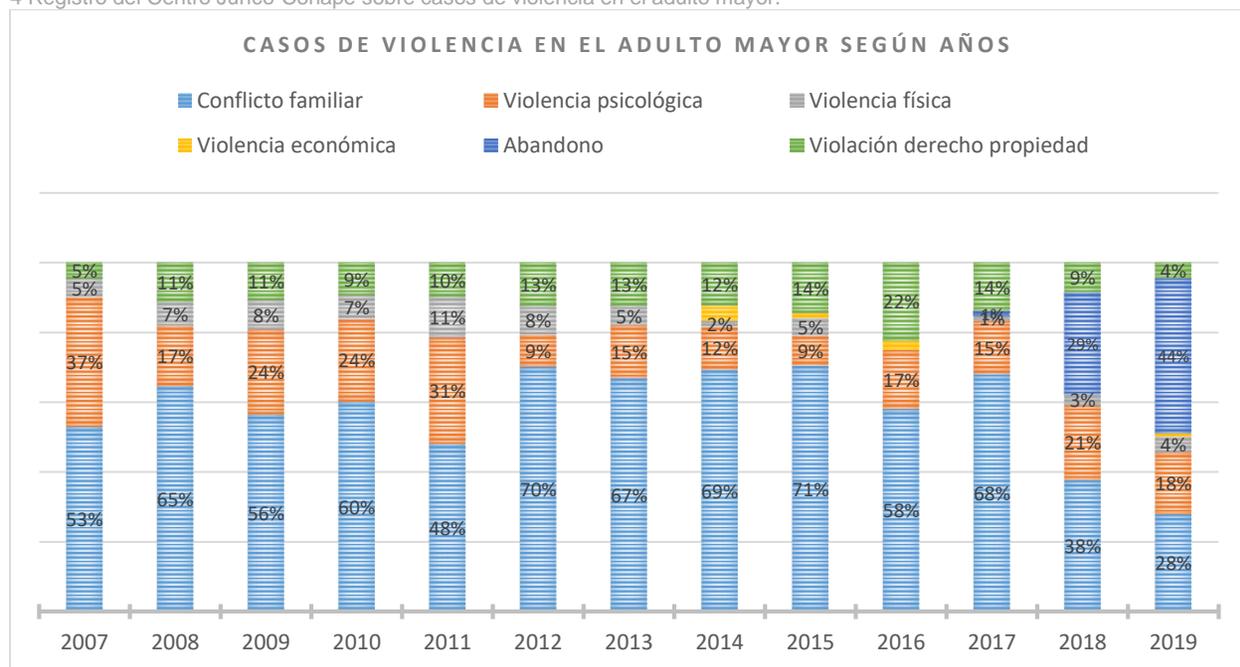
<sup>11</sup>Situación del adulto mayor. Disponible en: <https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/dominicana.pdf>

<sup>12</sup> Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. Miguel, Luis G. ING, México.

<sup>13</sup> Fuente: Departamento Jurídico del CONAPE - 2018.

la violencia económica, que se comporta escasa. Los datos desagregados por años indican que entre los años 2017 y 2019 es donde más casos de abandono al adulto mayor se han registrado. Los años 2007, 2009, 2010 y 2011 fueron años de violencia psicológica y física. Los años 2008, 2012 y 2013 fueron años de muchos conflictos familiares en los hogares de los adultos mayores. Los años 2008, 2012 y 2013 fueron años de muchos conflictos familiares en los hogares de los adultos mayores. Los años de 2014, 2015, 2016 y 2017 fueron tiempos donde hubo muchas violaciones de derecho de propiedad al adulto mayor.

4 Registro del Centro Jurídico-Conape sobre casos de violencia en el adulto mayor.



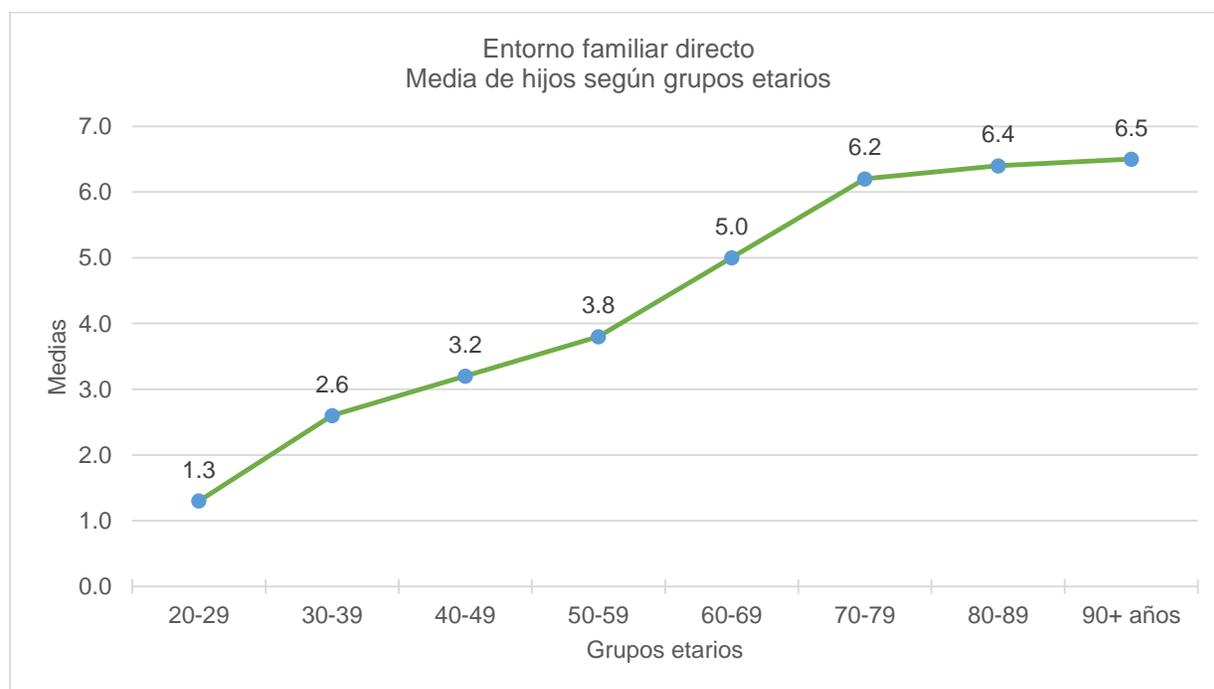
Los estudios de las variables de **casos de violencia** no se encuentran definidos por los grupos etarios del diagnóstico, sin embargo, el CONAPE y la UNFPA para el año 2011 hicieron un estudio sobre el “maltrato hacia las personas mayores en Rep. Dominicana, el cual arrojó que *“el 91% de los adultos mayores son víctima de violencia emocional”*. Así mismo, *“el 32% sufre de violencia física, el 23% de negligencia, 14% de intento de agresión sexual y el 11% de violencia sexual”*. Respecto al **parentesco del que perpetúa la violencia** y, refiriéndonos a la violencia emocional, el estudio indica que *“el 29% de los casos son perpetradores por sus hijos”*.<sup>14</sup> El **entorno familiar directo** del adulto mayor para el diagnóstico se aborda desde la observación de la *media de hijos*

<sup>14</sup> CONAPE-UNFPA-CEAPA (2011). El maltrato hacia las personas mayores en R.D.

*nacidos vivos que tuvo, media de hijos actualmente vivos, media de hijos que viven junto al adulto mayor.* Los datos disponibles lo encontramos en la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) cuya información fue colectada en el Censo de Población y Viviendas del 2010 y, solo fueron colectados con el indicador de *media de hijos nacidos vivos que tuvo.*

Para el año del referido Censo, la población en edad reproductiva general tenía una *media* de 2.6 hijos, mientras que los adultos mayores tenían una *media* de hijos de 5.6, En definitiva, este estos promedios registran un crecimiento tendente a los grupos etarios, en este sentido, observamos que los grupos de edades de 20-29 años tenían un promedio de 1.3 hijos, los de 30-39 años tenían 2.6 hijos, los de 40-49 años con 3.2 hijos, los de 50-59 años tenían 3.8 hijos; en tanto los adultos mayores en edades de 60-69 tenían una media de hijos de 5.0, los de 70-79 tenían 6.2, los de 80-89 tenían 6.4 en promedio y los de 90 y más tenían 6.5 hijos en promedio. Este dato es consistente con la “transición demográfica” por el aumento acelerado de adultos mayores en cada década, ya que a medida que pasan los años, el promedio de hijos disminuye gradual y sostenida.

5 Media de hijos/as según grupos etarios



Uno de los objetivos del diagnóstico, es estudiar el perfil o las **características demográficas y económicas del cuidador**. Las referencias existentes de estas variables son escasas, ya que pocos estudios abordan en qué medida los adultos mayores están siendo acompañados por un cuidador y, se desconocen las características demográficas de los que cuidan al adulto mayor. Estas son informaciones producirían datos valiosos para guiar y adaptar los proyectos de cuidado integral y sostenible de uno de los objetivos de la ley del adulto mayor que ejecuta el CONAPE, que es *“promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario con el fin de facilitarles una vejez plena y sana”*.

El término cuidador, para este estudio específicamente se define **“un familiar (o informales) o personas (en su mayoría mujeres) que dedican la actividad diaria de cuidado de un sujetos con dependencias o discapacidades permanentes.”**<sup>15</sup>

Según la OIT en 2018 las mujeres realizaron el 76% del trabajo de cuidado no remunerado EN EL MUNDO, dedicándole 3,2 veces más tiempo que los hombres. 647 millones de personas en el mundo dejaron de trabajar para atender sus responsabilidades familiares. Nueve de cada 10 eran mujeres. En los estudios realizados en el tema del cuidado, al menos la mitad de los entrevistados, consideran “normal que las madres se sacrifiquen por su familia y por su hogar”, “que para ser una buena esposa hay que sacrificar su carrera profesional por la de su esposo” y que “es difícil ser buena madre si se tiene trabajo fuera de casa”. En este sentido, 6 de cada 10 mujeres y 7 de cada 10 hombres piensan que “los hombres deben mantener el hogar”. Sin embargo, son las mujeres más jóvenes las que menos de acuerdo se muestran con esta afirmación.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>

<sup>16</sup> Estudio Tiempo para cuidar.-compartir el cuidado para la sostenibilidad de la vida (2019).-Oxfam

## Aspectos metodológicos

Atendiendo a los requerimientos de información y a partir de los objetivos específicos del levantamiento se elaboró una serie de preguntas, guiadas por las variables de estudio y sus indicadores, lo que dio lugar a una herramienta cuantitativa usada como instrumento de recolección de información y aplicado con modalidad presencial, administrada por un encuestador de campo. En este sentido, las fuentes secundarias se han usado para hacer análisis documental, las cuales ayudaron a estructurar la herramienta.

El diseño contempló técnicas de muestreo por *conglomerados*<sup>17</sup> aleatorio sistemático en dos etapas, con probabilidad no proporcional pero representativo de los adultos mayores por provincias; el uso de estas técnicas surgió de la necesidad de tener muestras independientes y representativas de cada conglomerado, con el fin de generar estadísticas que supongan errores muestrales aceptables para observarlas de manera particular. El Marco Muestral usado para la selección fue el listado de *segmentos censales*<sup>18</sup>, el cual se procesó con las herramientas de los Sistemas de Información Geográficas (GIS) para integrar los análisis espaciales de las delimitaciones de los conglomerados en formato Shape File y obtener las geocalizaciones de los elementos muestrales previo al levantamiento. Las *estimaciones de muestras* por conglomerados vinieron dadas de fijar un margen de error (i) deseado cercano a  $\pm 3.2$ , esto supone un tamaño de muestra (n) de 886 casos efectivos en promedio, partiendo de una población (N) de unos 8,810<sup>19</sup> hogares por conglomerados en promedio, nivel de confianza (Z) igual al 95%, un supuesto de escenarios donde la población objeto de estudio tuviera dividida con proporciones de éxito (P) del 50% y una proporción de fracaso (Q) del 50%; con estos parámetros se logró los objetivos propuestos en cada nivel de análisis contemplado en el diagnóstico.

---

<sup>17</sup> Provincias estratégicamente divididas en espacios geográficos que facilitan las operaciones de visitas domiciliarias de los equipos de Conape; en algunos casos están formados por provincias completas y en otros, por municipios o grupos de municipios, mientras que en el D.N. y Sto. Dgo. se dividen por grupos de barrios.

<sup>18</sup> Unidad mínima de la división censal del Censo 2010.-ONE

<sup>19</sup> Media de hogares de los conglomerados

Dado que el método contempló técnicas de selección de modalidad bietápica; para contactar la población meta, se hizo a través de:

A. **Primera etapa;** en este paso se elaboraron los cálculos para los requerimientos y selección de las *Unidades Primarias de Muestreo (UPM)* que para este diseño en particular fueron los *segmentos censales*, considerados estos como “*segmentos compactos*”<sup>20</sup>, por suponer población homogénea en sus variables sociodemográficas. En este caso y, para estimar la cantidad de segmentos censales que se debía seleccionar, se partió de calcular el intervalo de hogares para conseguir al menos un adulto mayor en el recorrido de campo de un segmento, cálculo hecho con la relación del universo de adulto mayor entre la cantidad de hogares del conglomerado, cuya probabilidad es cercana a 2.2 hogares por un (1) adulto mayor; estas probabilidades varían por provincias, pero con diferencias no significativas.

A partir de estas probabilidades y del supuesto de que un segmento contiene en promedio 76 hogares, se pudo estimar que se esperarían al menos 35 adultos mayores en promedio por cada segmento censal. Estos supuestos guiaron el requerimiento de la cantidad de segmentos censales requeridos por conglomerado y a su vez por provincia. La selección de las UPMs o segmentos censales se hizo de manera aleatoria, generando fracciones muestrales que produjeron “serpentinadas” con la acumulación de hogares contenidos en los segmentos censales de cada conglomerado. Este ejercicio estuvo dominado por un arranque aleatorio en el que todos los segmentos tuvieron la misma probabilidad de ser elegido.

B. **Segunda etapa;** en esta etapa, se eligieron las *Unidades Secundarias de Muestreo (USM)* que en este caso fueron los *hogares*<sup>21</sup>, por alojar la población

---

<sup>20</sup> Unidad muestral en el que cada hogar es semejante al contiguo o al vecino de al lado

<sup>21</sup> Unidad social conformada por una persona o grupo de personas que se asocian para compartir sus necesidades de alojamiento, alimentación y otras necesidades básicas para vivir. Es decir, el hogar es el conjunto de personas que residen habitualmente en la

meta. Luego de tener el *punto de partida*<sup>22</sup> en las UPMs, se realizó un mapeo o “barrido” determinado por un filtro, el cual discriminó entre los hogares que tenían o no la población meta y que a su vez, estuvieron dominado por la incidencia o probabilidad de conseguir al menos un (1) adulto mayor por cada 2.2 hogares. En definitiva, la muestra final a registrada estuvo afectada por la variación en la incidencia de la población meta en los “*segmentos compactos*” seleccionados. En términos generales, la muestra alcanzó un porcentaje de efectividad de casos cercano a los cálculos iniciales. Las estimaciones muestrales detalladas, se muestran en la tabla siguiente:

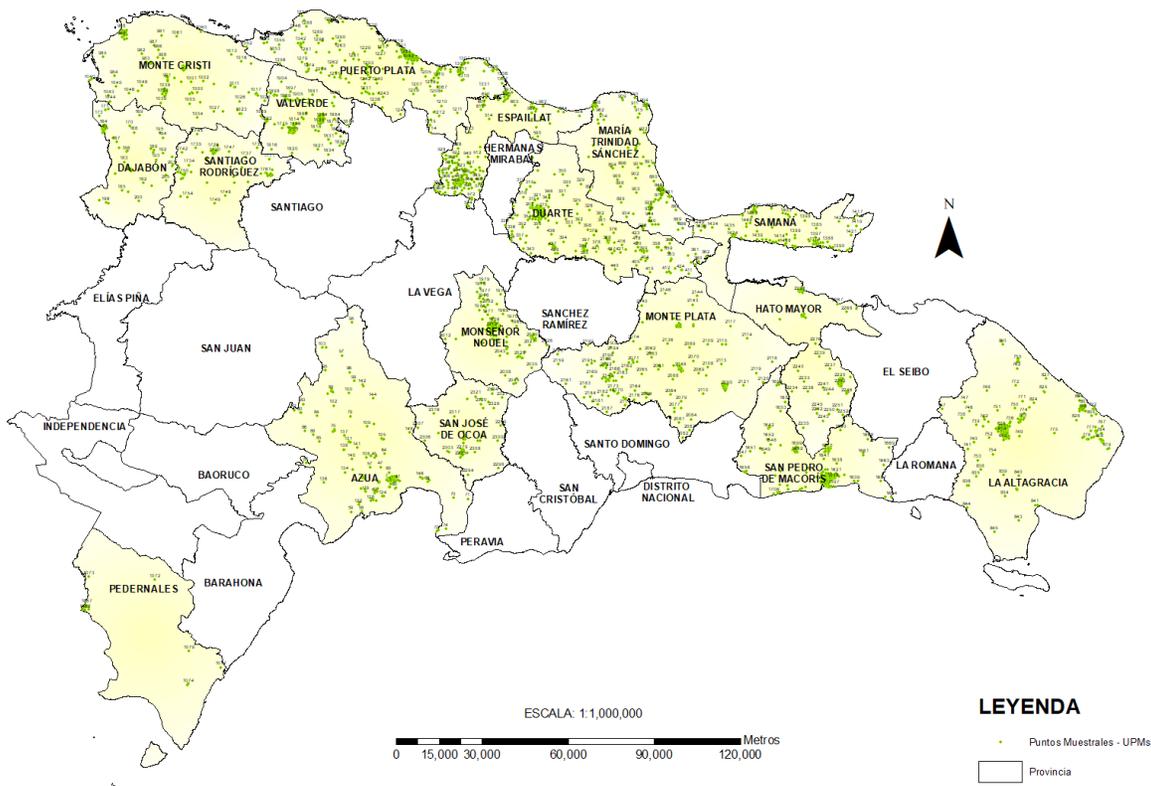
| ESTIMACIONES MUESTRALES del DIAGNOSTICO DE LA POBLACION ADULTA MAYOR EN 17 PROVINCIAS |                           |                                  |   |  |                    |  |                           |   |                                  |  |                                    |             |
|---|---------------------------|----------------------------------|---|--|--------------------|--|---------------------------|---|----------------------------------|--|------------------------------------|-------------|
| CONAPE-CCC- LPN-2019-0001   |                           |                                  |   |  |                    |  |                           |   |                                  |  |                                    |             |
| PROVINCIAS  | Parámetros y supuestos    |                                  |   |  |                    |  |                           |   |                                  |  |                                    |             |
|   | # de hogares (Censo 2010) | Universo adulto mayor (60+ años) | Intervalos de hogares para conseguir al menos un (1) adulto mayor | # posibles de adulto mayor en un (1) segmento censal | # de conglomerados | Promedio de hogares de los conglomerados | Error según conglomerados | Promedio de muestra esperada según conglomerado | Muestra esperada según provincia | # de segmentos censales necesarios para lograr la muestra esperada | Muestra registrada según provincia | Efectividad |
| Pedernales  | 7,720                     | 3,014                            | 2.6   | 30   | 2                  | 3,860                                    | 3.5%                      | 794   | 1,588                            | 54   | 1,302                              | 0.82        |
| Azua  | 54,573                    | 27,186                           | 2.0   | 30   | 6                  | 9,096                                    | 3.3%                      | 900   | 5,403                            | 180  | 4,812                              | 0.89        |
| Ocoa  | 17,789                    | 9,454                            | 1.9   | 40   | 3                  | 5,930                                    | 3.4%                      | 855   | 2,566                            | 64   | 2,251                              | 0.88        |
| San Pedro   | 83,056                    | 32,810                           | 2.5   | 30   | 7                  | 11,865                                   | 3.2%                      | 922   | 6,452                            | 215  | 5,384                              | 0.83        |
| Hato Mayor  | 24,437                    | 12,196                           | 2.0   | 38   | 3                  | 8,146                                    | 3.3%                      | 890   | 2,670                            | 70   | 2,409                              | 0.90        |
| Monte Plata   | 51,929                    | 25,877                           | 2.0   | 38   | 5                  | 10,386                                   | 3.2%                      | 912   | 4,558                            | 120  | 4,055                              | 0.89        |
| La Altagracia   | 88,319                    | 23,857                           | 3.7   | 21   | 8                  | 11,040                                   | 3.2%                      | 916   | 7,331                            | 357  | 6,828                              | 0.93        |
| M. Tdad Sánchez   | 40,741                    | 20,615                           | 2.0   | 38   | 4                  | 10,185                                   | 3.2%                      | 910   | 3,640                            | 95   | 3,137                              | 0.86        |
| Mons. Nouel   | 45,801                    | 21,514                           | 2.1   | 36   | 4                  | 11,450                                   | 3.2%                      | 919   | 3,677                            | 103  | 3,174                              | 0.86        |
| Duarte  | 83,256                    | 43,505                           | 1.9   | 40   | 7                  | 11,894                                   | 3.2%                      | 922   | 6,453                            | 162  | 5,950                              | 0.92        |
| Samana  | 29,661                    | 12,649                           | 2.3   | 32   | 3                  | 9,887                                    | 3.3%                      | 908   | 2,723                            | 84   | 2,220                              | 0.82        |
| Espailat  | 63,884                    | 33,615                           | 1.9   | 40   | 6                  | 10,647                                   | 3.2%                      | 914   | 5,482                            | 137  | 4,979                              | 0.91        |
| Pto Plata   | 98,882                    | 43,966                           | 2.2   | 34   | 9                  | 10,987                                   | 3.2%                      | 916   | 8,244                            | 244  | 7,741                              | 0.94        |
| Valverde  | 47,319                    | 20,668                           | 2.3   | 33   | 5                  | 9,464                                    | 3.3%                      | 904   | 4,520                            | 136  | 4,017                              | 0.89        |
| Sgo Rguez   | 16,433                    | 10,384                           | 1.6   | 48   | 3                  | 5,478                                    | 3.4%                      | 845   | 2,536                            | 53   | 2,033                              | 0.80        |
| Dajabon   | 18,308                    | 10,611                           | 1.7   | 44   | 5                  | 3,662                                    | 3.5%                      | 785   | 3,925                            | 89   | 3,422                              | 0.87        |
| Montecristi   | 34,791                    | 16,787                           | 2.1   | 37   | 6                  | 5,799                                    | 3.4%                      | 852   | 5,115                            | 139  | 4,612                              | 0.90        |
| TOTALES   | 806,899                   | 368,708                          | 2.2   | 35   | 86                 | 8,810                                    | 3.3%                      | 886   | 76,883                           | 2,303  | 68,326                             | 0.89        |

misma vivienda o en parte de ella (viven bajo el mismo techo), que están unidas o no por lazos de parentesco y que cocinan en común para todos sus miembros (comen de la misma olla)

<sup>22</sup> Coordenadas geográficas seleccionadas aleatoriamente para usarla como punto de partida del recorrido de campo

# Mapa de la distribución muestral asociada a las provincias del diagnóstico

6 MAPA DE LA DISTRIBUCIÓN MUESTRAL



## INFORME DE RESULTADOS

En este apartado se comparten los principales hallazgos de la situación actual de la población intervenida en el diagnóstico. El mismo se presenta por apartados, con una temática a propósito de los contenidos de la investigación en la instrumentación de las dimensiones. En estos apartados se desarrollan análisis descriptivos a partir de sus valores absolutos y relativos en formatos de cuadros, tablas y gráficas. La redacción contempla análisis narrativos, donde se resaltan los hallazgos más relevantes que anticipan a una información gráfica o ilustración que sirve de “mapa” del dato expresado, así que, la manera usada para conectar la redacción con la gráfica o ilustraciones que el párrafo contiene al pie, la cual es una referencia que lo envía a la información gráfica consiguiente de este o en anexo, en donde se puede ampliar la información presentada en cada tema.

El contenido del documento se elabora a partir de un lenguaje sencillo con ilustraciones de fácil interpretación. Los valores relativos se presentan en formato de porcentaje (%) y en la mayoría de los casos estarán entre paréntesis, los valores absolutos están en estilo de millares (,000) y los valores de índices aparecen en decimales. Las tablas están elaboradas con estadísticas anidadas para facilitar la interpretación de los datos; a propósito de esto, las tablas que responden a preguntas de múltiples respuestas son anidadas intrínsecamente colocando los valores de la dicotomía positiva, en tanto que las tablas elaboradas con preguntas de única respuesta tienen las variables en columnas y las alternativas en filas. Las ilustraciones han sido elaboradas en gráficas de barras en la mayoría de los casos.

Las temáticas del informe de resultados expresan el contenido de dos ejes o dimensiones en el diagnóstico, estas se refieren a **PERFILES DE LA DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR**, en donde se abordan variables sociales, económicas, laborales, educacionales, tipos de tenencias de la vivienda, material de construcción de la vivienda y acceso a servicios básicos del adulto mayor. En la otra dimensión concierne a **DATOS SOBRE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR**,

donde se encontrarán temas sobre sus enfermedades más frecuentes, enfermedades que más afectan su calidad de vida, distribución y frecuencia de su atención médica, acceso a su atención especializada, tipos de violencias en el adulto mayor, frecuencias de casos de violencia, parentesco del que perpetúa la violencia, entorno familiar directo y características demográficas de su cuidador. Las técnicas de salida de los datos se realizaron a propósito del plan de tabulación contemplada en la instrumentación de las dimensiones y en su mayoría en base a estadísticos descriptivos (frecuencias simples y promedios), cruces por las variables sociodemográficas, geográficas (región operativa: Norte, Sur y Este) ejercicios que aseguraron la medición de los objetivos propuestos.

## DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR

### Identificación los principales datos sociodemográficos del adulto mayor

#### Caracterización de los aspectos sociales

Los datos del diagnóstico registran una proporción de hombres y mujeres con índice de masculinidad de 0.79, esto representa una proporción de hombres adultos mayores de 44.2% frente a las mujeres adultas mayores que tienen una proporción del 55.8%, así que en términos de paridad existe por lo menos 11.7% más de mujeres frente a los hombres.

La media de edad de los adultos mayores del diagnóstico es de 73.8 años, esto indica que el pico más alto o el grupo etario que acumula mayor número de esta población es de 70-79 años de edad. En este orden, los adultos mayores de 60-69 años son el 36.1%, los de 70-79 años son el 39.2%, los de 80-89 años son el 20.1%, los de 90-99 años son el 4.2% y los de 100 años y más son el 0.4%.

El estado civil actual del adulto mayor es viudo(a) un 28.0%, unión libre(a) un 25.3%, casado(a) es el 18.8%, separado(a) de una unión libre es el 16.8%, nunca se ha casado ni unido un 4.2%, separado(a) de un matrimonio un 4.2% y divorciado(a) un 2.7%.

El adulto mayor, en el 67.9% de los casos, es cabeza de familia, no obstante, el diagnóstico aborda el parentesco con relación al cabeza de familia de la población adulta mayor, desagregado por sexo, en este sentido, los hombres son cabezas de familias en un 74.6% frente a las mujeres que son cabezas de familias en un 62.5%, esto representa al menos 1.2 hombres adultos mayores cabezas de familias por cada mujer.

## Caracterización de los aspectos económicos

La caracterización de la población de estudio se estudia desde varios componentes, este conjunto de factores supone elementos económicos que potencian el poder adquisitivo del adulto mayor y, por ende, mejora su calidad de vida. Siendo la remesa, uno de estos elementos, ésta la recibe una proporción del 4.6% del total en los espacios geográficos del diagnóstico; esta recepción, observada por región, es de 5.1% en el Norte, 5.3% en el Este y 2.9% en el Sur. El promedio de ingreso por remesas de estos individuos es de RD\$3,177.32 pesos, un mínimo de RD\$200.00 pesos y un máximo RD\$10,000.00 pesos. Las fuentes de las remesas a partir del parentesco por la cual las reciben es de un 12.7% por ciento de no parientes, un 81.9% de parientes cercanos y de un 5.4% de parientes indirectos.

La proporción de individuos que recibe pensión del Estado es de del 2.0% del total en los espacios geográficos del diagnóstico; esta recepción, observada por región, es de 2.2% en el Norte, 2.1% en el Este y 1.2% en el Sur. El promedio de ingreso por pensión del Estado es de RD\$4,715.10 pesos, un mínimo de RD\$1,000.00 pesos y un máximo RD\$9,750.00 pesos

La proporción de individuos que recibe algún ingreso mensual por oficio, trabajo, rentas u otras actividades es de del 5.6% del total en las provincias del diagnóstico; esta recepción, observada por región, es de 5.1% en el Norte, 7.9% en el Este y 4.4% en el Sur. El promedio de ingreso mensual por oficio, trabajos, otros es, de RD\$5,449.91 pesos, un mínimo de RD\$500.00 pesos y un máximo RD\$30,000.00 pesos.

La proporción de adultos mayores que declaran tener productos de políticas sociales es del 66.1% del total en las provincias del diagnóstico; esta recepción, observada por región, es de 65.8% en el Norte, 61.8% en el Este y 71.5% en el Sur. Los beneficios recibidos en orden de importancia son: Seguro SENASA (50.5%), Tarjeta solidaridad (47.6%), Bono Gas Hogar (BGH) (36.3%), Comer es Primero (21.4%), Bono Luz-BL (15.9%), Provee-Ayuda CONAPE (5.2%), Bono Gas Chofer-BGC (1.8%), ILAE (0.7%),

Carnet de envejeciente (0.5%), BEEP (0.5%), Ayuda Económica-RD\$600 (0.3) y MAPRE (0.0%). La distribución de los beneficios, observados por las regiones operativas, son muy homogéneos, sin embargo, el seguro SENASA se visualiza con una mayor carga en la región Sur y de igual manera en la Tarjeta solidaridad, la región del Sur registra una mayor proporción. El Bono Gas registra una distribución mayor en la región Este, cuatro puntos porcentuales por encima de la media general, mientras que los beneficios Comer es Primero y Bono Luz registran menor distribución en el Sur del país.

| 7 Beneficios recibido del gobierno para cubrir gastos básicos |       |      |      |       |
|---|-------|------|------|-------|
| Beneficios  | Norte | Este | Sur  | Total |
| Seguro SENASA   | 48.0  | 51.5 | 55.8 | 50.5  |
| Tarjeta solidaridad   | 44.0  | 47.3 | 56.9 | 47.6  |
| Bono Gas Hogar (BGH)  | 35.2  | 40.5 | 34.7 | 36.3  |
| Comer es Primero  | 19.6  | 29.4 | 17.6 | 21.4  |
| Bono Luz (BL)   | 18.0  | 19.7 | 6.8  | 15.9  |
| Provee (Ayuda CONAPE)   | 1.8   | 8.9  | 10.0 | 5.2   |
| Bono Gas Chofer (BGC)   | 2.0   | 1.1  | 1.7  | 1.8   |
| ILAE  | 0.6   | 0.5  | 1.3  | 0.7   |
| Carnet de envejeciente  | 0.6   | 0.2  | 0.6  | 0.5   |
| BEEP  | 0.8   | 0.1  | 0.2  | 0.5   |
| Ayuda Económica (RD\$600.00)                                  | 0.4   | 0.1  | 0.2  | 0.3   |
| MAPRE   | 0.0   | 0.0  | 0.0  | 0.0   |

## Caracterización de los aspectos laborales

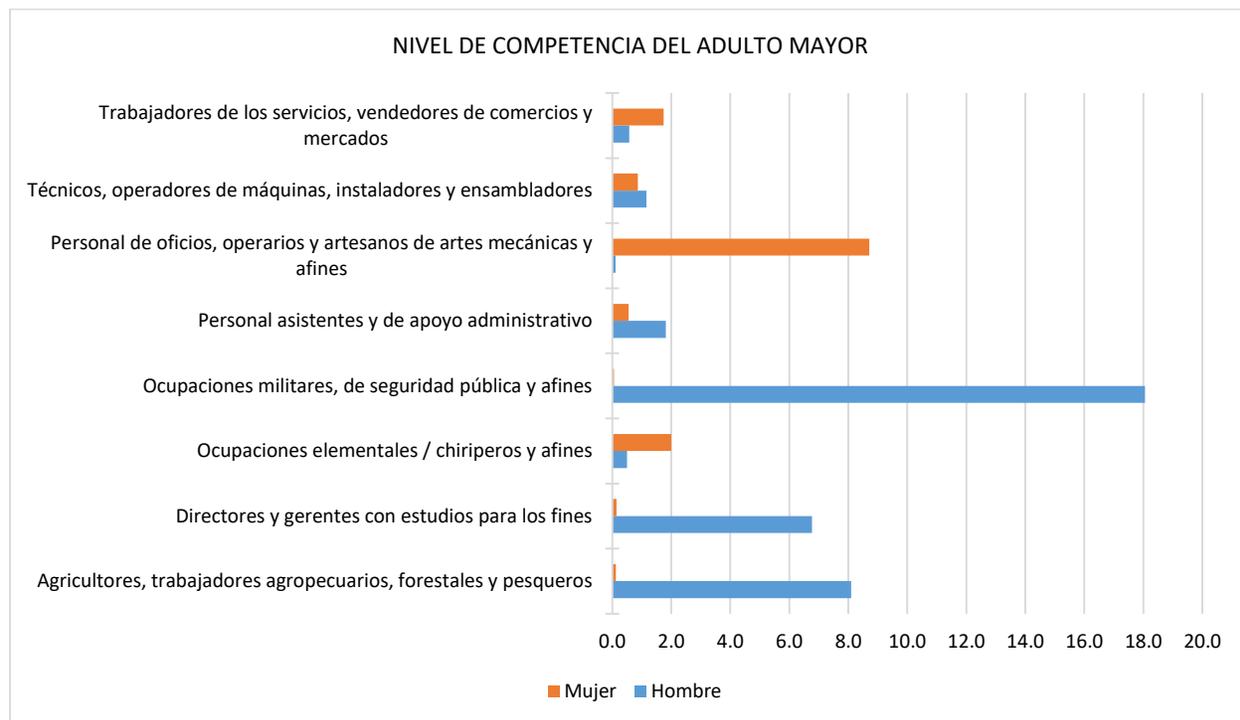
En los aspectos laborales de la población objeto de estudio del diagnóstico, se investiga la proporción de adultos mayores que tienen alguna habilidad productiva, en este aspecto, el adulto mayor declara tener alguna habilidad en un 13.3%. Las habilidades observadas por región, son en un 9.9% en el Norte, 17.6% en el Este y 17.3 en el Sur. El enfoque de género, amplía la observación y nos da una idea de la brecha existentes entre sexos; en este sentido, el diagnóstico arroja que el adulto mayor (hombre) declara tener habilidades en un 21.3%, frente a la adulta mayor (mujer) que declara tener alguna habilidad en un 6.9%. A la luz de este dato, tenemos que el hombre tiene una proporción tres (3) veces mayores de individuos con alguna habilidad que en la mujer.

Estas habilidad laborales o productivas son declaradas por el adulto mayor y para fines de análisis se comparten en orden de importancia por la cantidad de menciones. Los que declaran como trabajadores de los servicios, vendedores de comercios y mercados son el 33.8%, los agricultores, trabajadores agropecuarios, forestales y pesqueros son el 32.9%, los de ocupaciones elementales, chiriperos y afines son el 23.8%, los que se declaran como personal asistente y de apoyo administrativo son el 4.3%, los que dicen ser personal de oficios, operarios y artesanos de artes mecánicas y afines son el 1.8%, los técnicos, operadores de máquinas, instaladores y ensambladores es el 1.5%, los de ocupaciones militares, de seguridad pública y afines son el 1.3%, los que podrían ocupar puestos de directores y gerentes con estudios para los fines son el 0.5% y los que se declaran con habilidades para personal de oficios, operarios y artesanos de artes mecánicas y afines es el 0.1%.

En un análisis comparativo del perfil de las competencias entre géneros, se observa una marcada diferencia entre los índices de los componentes de habilidades, existen por lo menos dos mujeres por cada hombre (2/1) con habilidades para trabajar los servicios, vendedoras de comercios y mercados. Como técnicos, operadores de máquinas, instaladores y ensambladores, la carga casi es similar entre sexos (1/1). Para personal de oficios, operarios y artesanos de artes mecánicas y afines, existen al menos ocho mujeres por cada hombre (8/1). Para Personal asistentes y de apoyo administrativo existen al menos dos hombres por cada mujer (2/1).

En las ocupaciones militares, de seguridad pública y afines hay al menos dieciocho hombres por cada mujer (18/1). Para las ocupaciones elementales, chiriperos y afines hay al menos dos mujeres por cada hombre (2/1), Para competencias de directores y gerentes con estudios para los fines hay al menos siete hombres por cada mujer (7/1) y para la agricultura, trabajadores agropecuarios, forestales y pesqueros hay al menos ocho hombres por cada mujer (8/1).

## 8 NIVEL DE COMPETENCIA DEL ADULTO MAYOR



Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2019.

Una de los factores estudiado en el diagnóstico, abordan el tema de la discapacidad física, psicomotora, auditiva y visual, esto para observar los desafíos que conllevan los distintos programas del CONAPE. En este sentido, la investigación arroja datos que se pueden visualizar por variables socioeconómicas. Las discapacidades son mencionadas en un 30.3% a nivel general y, observadas por región, son en un 35.7% en el Norte, 30.3% en el Este y 16.6% en el Sur.

Las discapacidades son diversas, sin embargo, las podemos ver en tres renglones importantes y por grupos etarios; por ejemplo, mientras la población de 59 años o menos padece de discapacidad visual (abarca la pérdida de la vista moderada, grave y la ceguera) en un 5.8%, la población adulto mayor la padece en un 33.8%, esto representa seis veces más que la población más joven. La discapacidad auditiva (es un déficit total o parcial en la percepción que se evalúa por el grado de pérdida de la audición en cada oído), está la padece la población de 59 años o menos en menos del 1% (.8%), en tanto el adulto mayor la padece en un 10.0%, casi doce (12) veces más. La discapacidad psicomotora (implica ciertas limitaciones posturales, de desplazamiento y de

coordinación de movimientos), mientras la población de 59 años o menos la padece un 1%, el adulto mayor la padece en un 11%; esto representa 10 veces más que la población más joven; en dichas discapacidades no se encuentran diferencias marcadas entre hombres y mujeres.

| 9 Discapacidad padecida por la población según grupos etarios y DAM  |   |                |          |       |      |
|--|---|----------------|----------|-------|------|
| Tipos de discapacidades  | Discapacidades para:                                | Grupos etarios |          | Total | DAM  |
|  |   | <59 años       | 60+ años |       |      |
| Discapacidad visual (abarca la pérdida de la vista moderada, grave y la ceguera)   | Ver, aunque use anteojos o lentes                   | 5.8            | 33.8     | 8.3   | 15.2 |
| Discapacidad auditiva (es un déficit total o parcial en la percepción que se evalúa por el grado de pérdida de la audición en cada oído) | Oír, aunque use audífonos                           | 0.8            | 10.0     | 1.6   | 4.4  |
| Discapacidad psicomotora (implica ciertas limitaciones posturales, de desplazamiento y de coordinación de movimientos)                   | Caminar o subir escalones                           | 1.8            | 20.5     | 3.5   | 12.4 |
|  | Mover uno o los dos brazos                          | 0.9            | 10.1     | 1.7   |      |
|  | Mover uno o las dos piernas                         | 1.4            | 15.5     | 2.7   |      |
|  | Recordar o concentrarse                             | 1.8            | 13.1     | 2.8   |      |
|  | Agarrar objetos y/o abrir recipientes con las manos | 0.7            | 7.9      | 1.4   |      |
|  | Hablar  | 0.7            | 2.9      | 0.9   |      |
|  | Es mudo   | 0.3            | 0.6      | 0.3   |      |
|  | Tiene problemas mentales                            | 0.6            | 2.4      | 0.8   |      |
| Falta de un o más miembro corporal   | Le falta una o las dos piernas                      | 0.1            | 0.7      | 0.2   | 2.1  |
|  | Le falta uno o los dos brazos                       | 0.1            | 0.4      | 0.1   |      |

Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2019.

Los *niveles de actitud para la inclusión productiva* se han investigado precisamente para colocar las posibilidades de optimizar las inclusiones y la participación del adulto mayor en las actividades laborales, pero antes, el objetivo es identificar las actitudes de la población en aceptar o no, ser incluido en actividades de producción. Para ello, se ha formulado una pregunta al adulto mayor sobre “si aceptaría una labor, en caso que le ofrecieran una con el fin de recibir ingresos o acceder en mayor medida a recursos”. Los hallazgos encontrados sobre esta temática revelan que el 37.2% de los adultos mayores, contestan positivamente y muy similar contestan las mujeres (32.2%), sin embargo, los hombres aceptan en un 43.5%.

## Aspectos educativos

Los hallazgos del diagnóstico sobre aspectos educacionales y nivel de instrucción, revelan datos bastantes similares a los de una población similar del país, los adultos mayores no han cursado ningún nivel en un 29.7%, aprobaron la escuela primaria en un 64.0%, son del nivel secundario en un 5.7% y universitario en un poco menor del uno por ciento (0.6%). Estos datos observados por región, no tiene marcadas diferencias.

Dado que los programas de alfabetización han tenido grandes avances en la población adulta, se ha estudiado a los adultos mayores y su alfabetismo funcional (lecto-escritura) para tener un acercamiento de ello. El diagnóstico indica que el 29.7% por ciento de adultos mayores no asistió a la escuela y por ende no aprobó ningún nivel, no obstante, el 14.2% por ciento responde que sabe leer y escribir, este dato observado por sexo, no tienen diferencias marcadas, aunque por región, adultos que saben leer y escribir es un 11.1% en el Norte, 25.0% en el Este y 12.8 en el Sur.

## Tipo de ocupación o tenencia de la vivienda

Los datos arrojados por el diagnóstico sobre las frecuencias de vivienda propias, alquiladas y prestadas dan una idea de los empoderado que están o no los adultos mayores, respecto al indicador social y económico que coadyuva al bienestar y calidad de vida del adulto mayor. En este sentido, los que viven alquilados es el 5.2%, los que viven en viviendas cedida o prestada es el 12.9% y los que viven en casas propias alcanza el 82.0%.

## Material de construcción de la vivienda

El dato sobre el material predominante de las paredes exteriores es similar al de los estratos sociales del país, este material es de bloque o concreto en un 60.7%, de madera en un 30.5%, de tabla de palma en un 7.7%, de tejamanil en un 0.2% y de yagua 0.2%. En este mismo orden, el material predominante del techo es de asbesto cemento en un 0.7, de cana en un 0.4%, de concreto en un 12.8%, de yagua 0.1% y de zinc en un 85.9%. El

material predominante del piso es de cemento en un 88.4, de cerámica en un 4.3, de granito en el 0.6, de madera en el 0.2%, de mármol en un 0.1%, de mosaico en un 3.5% y de tierra en un 2.8%.

### **Aspectos sobre acceso a servicios**

En los componentes de acceso a servicios, el combustible para cocinar en el hogar del adulto mayor es gas propano en un 84.0%, de leña en un 10.3%, de carbón en un 2.8%, cocinan con electricidad en un 0.1% y adultos mayores que no cocinan en 2.7%

El servicio de alumbrado es de la energía eléctrica del tendido público en un 96.9%, de lámpara de gas kerosene en un 1.4%, de lámpara de gas propano en un 0.9%, de la energía eléctrica de planta propia en un 0.4% y de vela o velón en un 0.2%

Las fuentes de agua potable para el manejo del hogar para lavar, fregar, bañarse, entre otros; es del acueducto dentro de la vivienda en un 41.9%, del acueducto en el patio de la vivienda en un 14.8%, de un tubo de la calle en un 11.7%, de una llave pública en un 10.5%, de pozo en un 7.6%, de camión tanque en un 5.4%, manantial, río, arroyo en un 3.3%, de una llave de otra vivienda en un 3.0% y de lluvia en el 1.6% por ciento de los casos.

El servicio sanitario es con inodoro dentro de la vivienda en el 54.7% de los casos, de una letrina de uso exclusivo del hogar en un 31.8%, de un inodoro fuera de la vivienda de uso exclusivo del hogar en un 7.9%, con una letrina compartida con vecinos en un 3.4%, con un inodoro fuera de la vivienda compartido con vecinos en un 1.2% y ninguno en un 0.9% de los casos.

## DATOS SOBRE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

### Identificación de la morbilidad del adulto mayor

#### Enfermedades más comunes

En el eje de los temas de salud del adulto mayor, el diagnóstico tiene como objetivo identificar la proporción de enfermedades más comunes en la población de estudio las observamos desde varios tipos de enfermedades clasificadas por sus manifestaciones típicas, entre ellas, enfermedades del sistema circulatorio, cardiovascular, del sistema nervioso, del sistema respiratorio y del sistema digestivo. Hemos observado que la población de estudio declara, no padecer de ninguna enfermedad en un 25.4%, en términos de sexos, el hombre no padece de ninguna enfermedad en un 30.0% y la mujer en un 21.9%.

En relación a las enfermedades del *sistema circulatorio*, la enfermedad más padecida por el adulto mayor es la insuficiencia cardíaca con un 3.5%, seguida por la trombosis con un 1.9%, luego los tumores y cáncer con un 1.8%, las arritmias con un 1.6% y la hipertensión pulmonar con un 1.5%. Las demás enfermedades padecidas en esta clasificación son padecidas en el uno por ciento o menos, tales como: arterioesclerosis 1.0%, insuficiencia pulmonar .9%, infarto agudo al miocardio .7%, accidente cerebrovascular .7%, angina de pecho .6%, trombosis pulmonar .4%, aneurisma .2% y leucemia-hemorragia .1%. No se observan diferencias marcadas por sexos.

Las enfermedades *cardiovasculares* del adulto mayor están dominadas por la hipertensión arterial con el 37.7% de los casos, insuficiencia cardíaca 4.0%, cardiopatía coronaria 0.8%, arritmias cardíacas 0.8%, infarto al miocardio 0.6%, enfermedad cerebrovascular 0.6%, trombo embolismo 0.4% y aneurisma 0.1%. Aunque no se observan diferencias marcadas por sexos, la mujer presenta ligeras prevalencias por encima de los hombres.

Las enfermedades del sistema *nervioso* en el adulto mayor tienen una presencia de neuropatías diabéticas de un 8.0%, alzhéimer en el 2.1%, infecciones 1.9%, demencias 0.7%, tumores 0.5%, neuralgias 0.4%, epilepsia 0.3%, esclerosis múltiple 0.2%, y síndromes de enclaustramiento 0.1%. No se observan diferencias marcadas por sexos.

Las enfermedades del sistema *respiratorio*, aunque son escasas, están incididas en orden de importancia por el asma en un 2.6%, neumonía 1.1%, insuficiencia respiratoria 0.9%, bronquitis aguda 0.6%, enfermedad pulmonar obstructiva 0.5%, tosferina 0.4%, difteria 0.1%, faringoamigdalitis aguda 0.1%, tuberculosis 0.1%, mientras que no se registran casos de derrame pleural (0.0%).

Las enfermedades del sistema *digestivo* de la población de estudio están incididas en mayor medida en el dolor abdominal 4.4%, gastritis 4.4%, estreñimiento 3.0%, acidez gástrica 2.2%, diarrea .8%, hepáticas .5%, sangrado gastrointestinal .3%, e incontinencia .2%. No se observan diferencias marcadas por sexos.

En la clasificación de las demás enfermedades que el adulto mayor menciona, las cuales representan el 8.9%, tenemos la Osteoporosis 19.9%, los problemas de la vista 16.2%, la diabetes 10.5%, los dolores musculares 5.2%, los dolores de riñones 3.4%, el reumatismo 3.3% y los problemas de la vista en un 3.0%.

| 10 Enfermedades más comunes en el adulto mayor |        |       |       |
|--|--------|-------|-------|
| Enfermedades                                   | Hombre | Mujer | Total |
| 0.- Ninguna enfermedad                         | 30.0   | 21.9  | 25.4  |
| Enfermedades del sistema circulatorio (% acum) | 13.9   | 15.6  | 14.9  |
| 1.1.-Tumores y cáncer                          | 1.9    | 1.6   | 1.8   |
| 1.2.-Arritmias                                 | 1.1    | 2.0   | 1.6   |
| 1.3.-Accidente cerebrovascular                 | .9     | .6    | .7    |
| 1.4.-Arterioesclerosis                         | .7     | 1.2   | 1.0   |
| 1.5.-Aneurisma                                 | .1     | .2    | .2    |
| 1.6.-Infarto agudo al miocardio                | .8     | .7    | .7    |
| 1.7.-Insuficiencia cardiaca                    | 2.9    | 4.0   | 3.5   |
| 1.8.-Hipertensión pulmonar                     | 1.2    | 1.7   | 1.5   |
| 1.9.-Insuficiencia pulmonar                    | 1.0    | .8    | .9    |
| 1.10.-Angina de pecho                          | .5     | .7    | .6    |
| 1.11.-Trombosis pulmonar                       | .5     | .3    | .4    |
| 1.12.-Leucemia-hemorragia                      | .2     | .1    | .1    |
| 1.13.-Trombosis                                | 2.1    | 1.7   | 1.9   |
| Enfermedades cardiovasculares (% acum)         | 38.4   | 50.0  | 45.0  |
| 2.1.-Cardiopatía coronaria                     | .7     | .8    | .8    |
| 2.2.-Trombo embolismo                          | .5     | .3    | .4    |

| 10 Enfermedades más comunes en el adulto mayor |        |       |       |
|--|--------|-------|-------|
| Enfermedades                                   | Hombre | Mujer | Total |
| 2.3.-Insuficiencia cardiaca                    | 3.7    | 4.2   | 4.0   |
| 2.4.-Infarto al miocardio                      | .7     | .5    | .6    |
| 2.5.-Enfermedad cerebrovascular                | .5     | .6    | .6    |
| 2.6.-Aneurisma                                 | .2     | .1    | .1    |
| 2.7.-Hipertensión arterial                     | 31.6   | 42.5  | 37.7  |
| 2.8.-Arritmias cardiaca                        | .5     | 1.0   | .8    |
| Enfermedades del sistema nervioso (% acum)     | 11.9   | 15.8  | 14.2  |
| 3.1.-Tumores                                   | .6     | .4    | .5    |
| 3.2.-Esclerosis múltiple                       | .1     | .3    | .2    |
| 3.3.-Neuropatías diabéticas                    | 5.9    | 9.6   | 8.0   |
| 3.4.-Infecciones                               | 2.1    | 1.8   | 1.9   |
| 3.5.-Epilepsia                                 | .3     | .2    | .3    |
| 3.6.-Síndromes de enclaustramiento             | .0     | .1    | .1    |
| 3.7.-Neuralgias                                | .4     | .4    | .4    |
| 3.8.-Demencias                                 | .7     | .6    | .7    |
| 3.9.-Alzheimer                                 | 1.8    | 2.4   | 2.1   |
| Enfermedades del sistema respiratorio (% acum) | 6.0    | 7.1   | 6.4   |
| 4.1.-Enfermedad pulmonar obstructiva           | .6     | .4    | .5    |
| 4.2.-Bronquitis aguda                          | .4     | .7    | .6    |
| 4.3.-Difteria                                  | .1     | .1    | .1    |
| 4.4.-Insuficiencia respiratoria                | .7     | 1.1   | .9    |
| 4.5.-Faringoamigdalitis aguda                  | .2     | .1    | .1    |
| 4.6.-Tosferina                                 | .5     | .4    | .4    |
| 4.7.-Asma                                      | 2.2    | 3.0   | 2.6   |
| 4.8.-Neumonía                                  | 1.1    | 1.2   | 1.1   |
| 4.9.-Tuberculosis                              | .2     | .1    | .1    |
| 4.10.-Derrame pleural                          | .0     | .0    | .0    |
| Enfermedades del sistema digestivo (% acum)    | 12.6   | 18.3  | 15.8  |
| 5.1.-Sangrado gastrointestinal                 | .4     | .2    | .3    |
| 5.2.-Estreñimiento                             | 2.2    | 3.7   | 3.0   |
| 5.3.-Diarrea                                   | .5     | 1.0   | .8    |
| 5.4.-Acidez gástrica                           | 1.7    | 2.6   | 2.2   |
| 5.5.-Incontinencia                             | .1     | .2    | .2    |
| 5.6.-Dolor abdominal                           | 4.0    | 4.8   | 4.4   |
| 5.7.-Hepáticas                                 | .5     | .5    | .5    |
| 5.8.-Gastritis                                 | 3.2    | 5.3   | 4.4   |
| 6.-Enfermedades no declaradas                  | 2.2    | 2.0   | 2.1   |
| 7.-Otras enfermedades                          | 10.1   | 8.0   | 8.9   |

## Identificación de las enfermedades que más afectan la calidad de vida del AM

### Enfermedades que más afectan la calidad de vida

El eje de salud en el adulto mayor, uno de los objetivos del diagnóstico es identificar las enfermedades que más afectan la calidad de vida del adulto mayor; estas las observamos desde varios tipos de enfermedades clasificadas por sus manifestaciones típicas, entre ellas, enfermedades del sistema circulatorio, cardiovascular, del sistema nervioso, del sistema respiratorio y del sistema digestivo. Se observa que la población de estudio declara, que ninguna enfermedad de las que padecen, no les afectan en un 1.8%, en términos de sexos, el hombre dice no afectarle ninguna enfermedad en un 2.1% y la mujer en 1.6%.

Las enfermedades del sistema circulatorio, que más afectan la calidad de vida del adulto mayor en orden de importancia son: Insuficiencia cardiaca 6.0%, Tumores y cáncer 1.6%, Trombosis 1.5%, Arterioesclerosis 1.2%, Hipertensión pulmonar .9%, Insuficiencia pulmonar .5%, Infarto agudo al miocardio .4%, Trombosis pulmonar .3%, Accidente cerebrovascular .3%, Arritmias .2%, Angina de pecho .2%, Aneurisma .1% y Leucemia-hemorragia .1%.

Las enfermedades cardiovasculares, que más afectan la calidad de vida del adulto mayor en orden de importancia son: Hipertensión arterial 37.5%. Insuficiencia cardiaca 1.7%, Cardiopatía coronaria .5%, Arritmias cardiaca .4%, Enfermedad cerebrovascular .3%, Infarto al miocardio .3%, Trombo embolismo .2% y Aneurisma .1%.

Las enfermedades del sistema nervioso, que más afectan la calidad de vida del adulto mayor en orden de importancia son: Neuropatías diabéticas 5.0%, Alzheimer 1.8%, Infecciones .6%, Tumores .5%, Demencias .4%, Neuralgias .3%, Epilepsia .3%, Esclerosis múltiple .2% y Síndromes de enclaustramiento .1%.

Las enfermedades del sistema respiratorio, que más afectan la calidad de vida del adulto mayor en orden de importancia son: Asma 2.1%, Neumonía .8%, Insuficiencia respiratoria .6%, Bronquitis aguda .3%, Enfermedad pulmonar obstructiva .2%, Tosferina .2%, Faringoamigdalitis aguda .1%, Tuberculosis .1%. Derrame pleural .0% y Difteria .0%.

Las enfermedades del sistema digestivo, que más afectan la calidad de vida del adulto mayor en orden de importancia son: Gastritis 2.4%, Dolor abdominal 1.9%, Estreñimiento .8%, Acidez gástrica .7%, Hepáticas .3%, Sangrado gastrointestinal .2%, Diarrea .2% y Incontinencia .1%.

En la clasificación de las demás enfermedades que más afectan la calidad de vida del adulto mayor, las cuales representan el 22.9%, se presentan en orden de importancia, encabeza la lista la Osteoporosis con el 25.5% de los casos, Diabetes 19.0%, Problemas de la vista 11.0%, Riñones 4.2%, Próstata 4.1%, Corazón grande 3.2%, Dolores musculares 2.7%, Problema de la vista 2.7% y Vértigos 2.1%; las demás mencionadas representan el uno por ciento o menos.

| 11 Enfermedades que más le afecta la calidad de vida del adulto mayor |        |       |       |
|---|--------|-------|-------|
|   | Hombre | Mujer | Total |
| 0.- Ninguna enfermedad  | 2.1    | 1.6   | 1.8   |
| Enfermedades del sistema circulatorio (% acum)                        | 12.7   | 13.4  | 13.1  |
| 1.1.-Tumores y cáncer   | 1.3    | 1.7   | 1.6   |
| 1.10.-Angina de pecho   | .2     | .2    | .2    |
| 1.11.-Trombosis pulmonar  | .5     | .2    | .3    |
| 1.12.-Leucemia-hemorragia   | .1     | .0    | .1    |
| 1.13.-Trombosis   | 1.7    | 1.4   | 1.5   |
| 1.2.-Arritmias  | .3     | .2    | .2    |
| 1.3.-Accidente cerebrovascular  | .6     | .1    | .3    |
| 1.4.-Arterioesclerosis  | .7     | 1.5   | 1.2   |
| 1.5.-Aneurisma  | .1     | .1    | .1    |
| 1.6.-Infarto agudo al miocardio                                       | .5     | .3    | .4    |
| 1.7.-Insuficiencia cardiaca   | 5.1    | 6.5   | 6.0   |
| 1.8.-Hipertensión pulmonar  | .9     | .8    | .9    |
| 1.9.-Insuficiencia pulmonar   | .6     | .4    | .5    |
| Enfermedades cardiovasculares (% acum)                                | 38.1   | 42.9  | 40.9  |
| 2.1.-Cardiopatía coronaria  | .5     | .5    | .5    |
| 2.2.-Trombo embolismo   | .3     | .1    | .2    |
| 2.3.-Insuficiencia cardiaca   | 1.6    | 1.7   | 1.7   |
| 2.4.-Infarto al miocardio   | .4     | .1    | .3    |
| 2.5.-Enfermedad cerebrovascular                                       | .4     | .3    | .3    |
| 2.6.-Aneurisma  | .2     | .1    | .1    |
| 2.7.-Hipertensión arterial  | 34.4   | 39.7  | 37.5  |
| 2.8.-Arritmias cardiaca   | .3     | .4    | .4    |

| 11 Enfermedades que más le afecta la calidad de vida del adulto mayor |        |       |       |
|---|--------|-------|-------|
|   | Hombre | Mujer | Total |
| Enfermedades del sistema nervioso (% acum)                            | 8.7    | 9.3   | 9.1   |
| 3.1.-Tumores  | .5     | .5    | .5    |
| 3.2.-Esclerosis múltiple  | .1     | .3    | .2    |
| 3.3.-Neuropatías diabéticas   | 4.1    | 5.6   | 5.0   |
| 3.4.-Infecciones  | .9     | .4    | .6    |
| 3.5.-Epilepsia  | .3     | .2    | .3    |
| 3.6.-Síndromes de enclaustramiento                                    | .1     | .0    | .1    |
| 3.7.-Neuralgias   | .3     | .3    | .3    |
| 3.8.-Demencias  | .6     | .3    | .4    |
| 3.9.-Alzheimer  | 1.8    | 1.8   | 1.8   |
| Enfermedades del sistema respiratorio (% acum)                        | 4.7    | 4.1   | 4.4   |
| 4.1.-Enfermedad pulmonar obstructiva                                  | .4     | .1    | .2    |
| 4.10.-Derrame pleural   | .0     | .0    | .0    |
| 4.2.-Bronquitis aguda   | .3     | .3    | .3    |
| 4.3.-Difteria   | .0     | .0    | .0    |
| 4.4.-Insuficiencia respiratoria                                       | .7     | .5    | .6    |
| 4.5.-Faringoamigdalitis aguda   | .2     | .0    | .1    |
| 4.6.-Tosferina  | .3     | .1    | .2    |
| 4.7.-Asma   | 2.0    | 2.1   | 2.1   |
| 4.8.-Neumonía   | .7     | .9    | .8    |
| 4.9.-Tuberculosis   | .1     | 0.0   | .1    |
| Enfermedades del sistema digestivo (% acum)                           | 6.9    | 6.4   | 6.6   |
| 5.1.-Sangrado gastrointestinal  | .4     | .1    | .2    |
| 5.2.-Estreñimiento  | .8     | .8    | .8    |
| 5.3.-Diarrea  | .1     | .2    | .2    |
| 5.4.-Acidez gástrica  | .6     | .7    | .7    |
| 5.5.-Incontinencia  | .1     | .0    | .1    |
| 5.6.-Dolor abdominal  | 2.3    | 1.6   | 1.9   |
| 5.7.-Hepáticas  | .3     | .3    | .3    |
| 5.8.-Gastritis  | 2.3    | 2.6   | 2.4   |
| 6.-Enfermedades no declaradas   | 1.4    | 1.1   | 1.2   |
| 7.-Otras enfermedades   | 25.2   | 21.3  | 22.9  |
| Total   | 100.0  | 100.0 | 100.0 |

Uno de los objetivos del levantamiento es conocer la antigüedad de la enfermedad con la finalidad de tener un acercamiento al tiempo o permanencia que tiene esta población con las afecciones. El padecimiento de las enfermedades tiene una distribución en el tiempo de menos de un año el 4.5%, de 1-10 años casi la mitad (46.2%), de 11-50 años el 23.2% y de 51 años y más el 26.1%. En este mismo orden, el promedio de tiempo padeciendo la enfermedad es de ocho (8) años y una mediana de 10.9 años, sin embargo, hay adultos mayores que tienen toda una vida con el padecimiento.

La frecuencia ingreso o internamiento por la enfermedad desde el abordaje de repeticiones de ingreso por el mismo quebranto, serviría para medir las ocurrencias de casos graves de la enfermedad. A la luz de los datos, esta varía mucho por tipo de

enfermedad, sin embargo, las frecuencias son: lo internan *a veces* en un 45.2%, *frecuentemente* 23.7%, *rara vez* un 23.0% y *nunca* en un 8.0%. El promedio de ingreso es de 3.09 veces, una mediana de 3.0 veces, el mínimo de ingreso o internamiento es de dos (2) veces y un máximo de cinco (5) veces.

## **Proporción de adultos mayores atendidos en los centros de salud**

### **Distribución de la atención médica**

La proporción de adultos mayores que están siendo atendidos en algún centro de salud, se aborda de la pregunta hecha a los elegibles sobre el particular, en este sentido, el diagnóstico indica que cuando el adulto mayor desarrolla algún padecimiento, el 84.1% de ellos acude a un establecimiento de salud. Esta distribución es bastante similar a la media general en cada una de las regiones, siendo el 84.3% en el Norte, 85.0% en el Este y un 82.8% en el Sur.

En términos de distribución por tipos de centros, lo hacen en un centro de salud público en un 66.4%, en una UNAP 23.7%, en un centro de salud privado con el 7.2% de frecuencias, en un sub-centro de salud público con el 2.5%, en una unidad móvil en el 0.1% y en otros en un 0.2%. Este dato no registra diferencias marcadas entre regiones.

## **Nivel de conocimiento del AM sobre la existencia de los centros especializados**

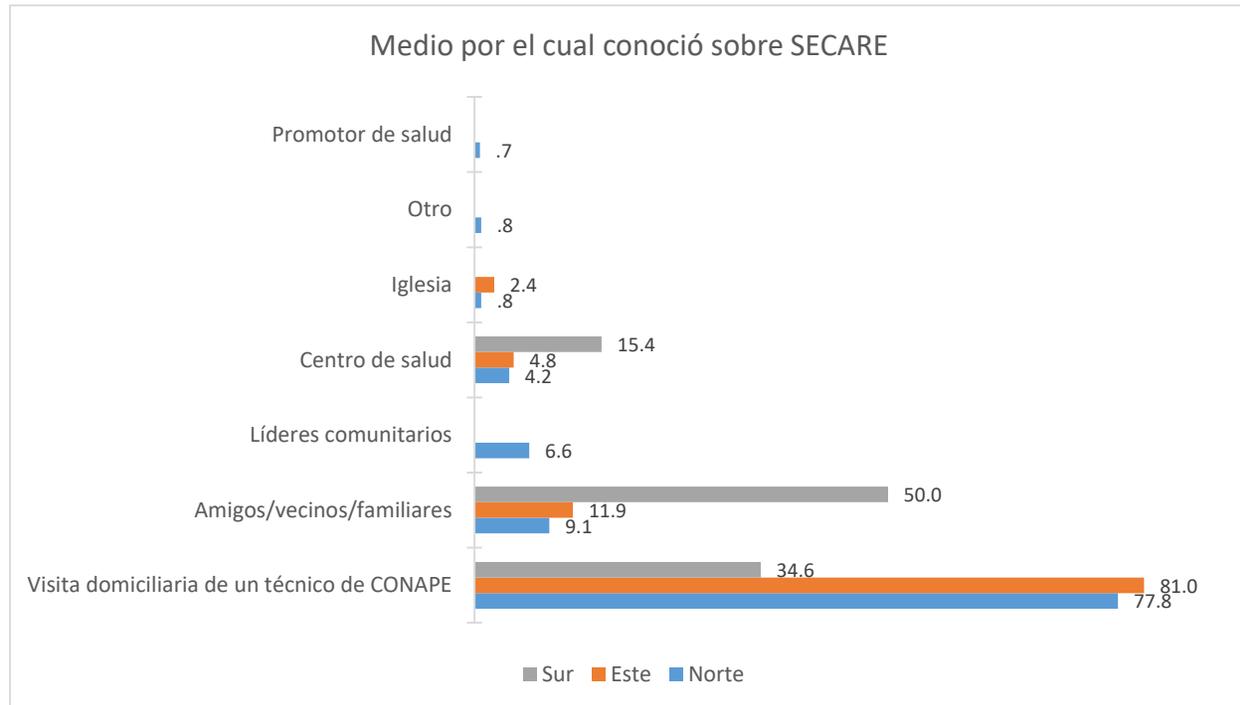
### **Acceso a la atención especializada**

Dentro de los proyectos del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) existe el Programa Centro de Servicios, Capacitación y Recreación SECARE; que es un “hogar diurno” y funciona de 7:00am a 5:00pm, donde se desarrollan programas integrales, consta de una (1) unidad de salud, una (1) Botica popular, un (1) comedor económico, alfabetización de adultos y áreas recreativas. El diagnóstico, en su objetivo de identificar el nivel de conocimiento sobre la existencia de centros geriátricos en los sectores vulnerables, ha investigado mediante la exploración. El dato arrojado indica que

el 10.7% del total de adultos mayores, se han enterado de las instalaciones de los centros SECARE en sus provincias. Este dato varía por región ya que, en el Norte se han enterado en un 16.4%, en el Este en un 4.7% y en el Sur 2.4%.

La participación en los servicios de SECARE de los adultos mayores, alcanza el 8.5% de total de las provincias participantes, sin embargo, en la región Norte la participación es de 14.1%, en la región Este 1.9% y en la región Sur el 1.3%. El medio por el cual conoció sobre SECARE ha sido mediante visita domiciliaria de un técnico de CONAPE en un 76.6%, por amigos/vecinos/familiares en un 10.5%, con líderes comunitarios en un 6.1%, por centros de salud en un 4.6%, mediante las iglesias en un .9%, por otros medios en un .7% y por promotores de salud .6%. Las fuentes por las cuales ha recibido información sobre SECARE varía por región, por ejemplo, en el Sur se orientan a través de los *amigos/vecinos/familiares* en mayor medida que en por los demás canales de información.

12 Medio por el cual el adulto mayor conoció sobre SECARE



## Identificación de los casos de violencia en el adulto mayor

### Violencia en el adulto mayor

Los hallazgos de los casos de violencia física (agresión física de cualquier tipo y abuso sexual), tuvieron una participación en el estudio de un 0.5%. Los principales perpetradores de este tipo de violencia son los hijo/a con el 25.0% de los casos, los no pariente en un 18.8%, La pareja o compañero/a en un 16.7%, los nieto/a en un 16.7%, los cabezas de familia en un 10.4%, por hermano/a en un 6.3%, por otros parientes en un 4.2% y los padres en un 2.1%.

Los casos de violencia psicológica (agresión verbal, manipulación, bullying) es producido en un 1.4%. Los principales perpetradores de este tipo de violencia son los No pariente 27.5%, Hijo/a 23.7%, Otros parientes 14.5%, Hermano/a 10.7%, Nieto/a 9.9%, Hijo/a de crianza 6.9%, Esposo/a o compañero/a 5.3%, Yerno o nuera .8% y los Padre o madre en un .8%

Los casos de violencia económica (perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes, Limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer necesidades) es producido en un 1.0%. Los principales perpetradores de este tipo de violencia son los Hijo/a en un 35.1%, Otros parientes 23.4%, No pariente 16.0%, Esposo/a o compañero/a 7.4%, Nieto/a 7.4%, Hermano/a 6.4%, Hijo/a de crianza 3.2% y la Cabeza de familia en un 1.1%

Los casos de negligencia, abandono, dejadez, otros (es el fallo del cuidador al brindar alimentación, agua, vestimenta, confort, seguridad, acceso a los servicios de salud y protección contra el abuso o explotación) es producido en un 0.6%. Los principales perpetradores de este tipo de violencia son los Hijo/a en un 46.4%, No pariente 17.9%, Esposo/a o compañero/a 12.5%, Hermano/a 8.9%, Nieto/a 7.1%, Hijo/a de crianza 3.6%, Cabeza de familia 1.8% y por otro pariente 1.8%

## **Identificación de la frecuencia en que se dan los casos de violencia**

### **Casos de violencia**

Los casos de violencia física (agresión física de cualquier tipo y abuso sexual) tienen sus apariciones a veces en un 0.2%, frecuentemente 0.1%, nunca 99.5% y rara vez 0.2%. Los casos de violencia psicológica (agresión verbal, manipulación, bullying) son cometidos a veces en un 0.5%, frecuentemente 0.2%, nunca 98.6% y rara vez en un 0.7%.

La violencia económica (perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes, limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer necesidades) es cometida a veces en un 0.4%, frecuentemente 0.2%, nunca 99.0% y rara vez en un 0.5%. La Negligencia, abandono, dejadez, otros (es el fallo del cuidador al brindar alimentación, agua, vestimenta, confort, seguridad, acceso a los servicios de salud y protección contra el abuso o explotación) es perpetrada a veces en un 0.2%, frecuentemente 0.2%, nunca 99.4% y rara vez en un 0.2%.

## **Identificación del entorno familiar directo del adulto mayor**

### **Entorno familiar directo**

Conocer sobre el entorno familiar del adulto mayor, ha sido uno de los objetivos planteados en el diagnóstico, con ello, se podría tener un acercamiento para conocer el ambiente en que actualmente está el adulto mayor, en su entorno como círculo familiar. Siendo así, se identificará potenciales necesidad de acompañamiento.

El levantamiento registra un gran número de adultos mayores que a pesar de tener en promedio 5.1 hijos nacidos vivos y, de estos al menos 4.3 en promedio están actualmente vivos, se registra una media de 0.85 hijos (menos de uno) que viven junto al adulto mayor. El valor de las desviaciones estándar y las varianzas, nos da una idea de que las cantidades de hijos entre los individuos son muy homogéneas.

| 13 Cantidad de hijos nacidos vivos, hijos vivos actualmente e hijos que viven con el AM |                        |                              |                                |
|---|------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Estadísticos  | # de hijos nacido vivo | # de hijos vivos actualmente | # de hijos que viven con el AM |
| Media   | 5.1                    | 4.3                          | 0.85                           |
| Mediana   | 5                      | 4                            | 1                              |
| Moda  | 12                     | 4                            | 0                              |
| Desviación estándar   | 3.57                   | 2.90                         | 1.23                           |
| Varianza  | 12.73                  | 8.39                         | 1.51                           |
| Mínimo  | 0                      | 0                            | 0                              |
| Máximo  | 12                     | 11                           | 10                             |

Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2019.

## Identificación de características sociodemográficas y económicas del cuidador

### Características sociodemográficas del cuidador

Las características sociodemográficas del cuidador del adulto mayor, se investiga, dado el objetivo de establecer una visión transformadora hacia la permanencia del adulto mayor en su núcleo familiar, CONAPE ha creado estrategias innovadoras que garantizan el bienestar, calidad de vida y sostenibilidad económica para el adulto mayor. Para ello se ha creado el programa "Yo Cuido Los Míos". Este programa se enmarca en el Eje Estratégico Institucional: Desarrollo Integral del Adulto Mayor, sub-eje "Acogida del adulto Mayor, el cual constituye el principal instrumento de aplicación de la política nacional sobre la protección integral de las personas adultas mayores. Los medios formulados para alcanzar esta nueva visión de desarrollo y erradicación de la pobreza, están basados en el Nuevo Modelo de Atención Integral del Servicios, Capacitación y Recreación (SECARE). Este Nuevo modelo de Atención Integral tiene como centro, preservar los derechos, la dignidad, la igualdad e inclusión social de las personas adultas mayores. "Yo Cuido Los Míos", identifica las familias de escasos recursos, que conviven con adultos mayores en condición de vulnerabilidad; y les provee apoyo económico, salud, educación, y recreación, garantizando la cobertura de las necesidades básicas y su derecho de permanecer en su núcleo familiar. El diagnóstico en este sentido, arroja datos que indican las características estudiadas del cuidador.

La proporción de adultos mayores con cuidadores es de 39.1%, este dato observado por región revela que la región Norte tiene un 47.0% de adultos mayores con un cuidador,

la región Este un 35.4% y la región Sur un 22.3%. Respecto al sexo, un cuarto de los cuidadores (24.2%) es hombre y el 75.8% es mujer.

La edad del cuidador es bastante heterogénea y varía respecto al parentesco, la media de edad es de 47.6 años, una moda de 40 años; entre las edades se verifica bastantes dispersiones, de hecho, se registran cuidadores de 12 años como mínimo y de 84 años como máximo. El estado civil del cuidador es Unión libre(a) en un 37.3%, Casado(a) 17.2%, Nunca se ha casado ni unido 16.9%,

Separado(a) de una unión libre 16.4%, Separado(a) de un matrimonio 4.7%, Viudo(a) 4.5% y Divorciado(a) en un 3.1%. El nivel académico del cuidador es Ninguno 12.1%, Primario 49.7%, Secundario 28.9% y Universitario un 9.3%. La alfabetización funcional es de 17.1%, de modo que el 82.3% no sabe leer ni escribir.

| 14 Perfil sociodemográfico del cuidador del adulto mayor |                                |            |       |
|--|--------------------------------|------------|-------|
| VARIABLES  | ALTERNATIVAS                   | PROPORCIÓN | MEDIA |
| Proporción de cuidadores                                 | Adulto mayor con cuidador      | 39.1       |       |
| Sexo   | Hombre                         | 24.2       |       |
|  | Mujer                          | 75.8       |       |
| Edad del cuidador  | Media                          | 47.6       |       |
|  | Moda                           | 40         |       |
|  | Desviación estándar            | 15.5       |       |
|  | Varianza                       | 241.0      |       |
|  | Mínimo                         | 12         |       |
|  | Máximo                         | 84         |       |
| Estado civil   | Unión libre(a)                 | 37.3       |       |
|  | Casado(a)                      | 17.2       |       |
|  | Nunca se ha casado ni unido    | 16.9       |       |
|  | Separado(a) de una unión libre | 16.4       |       |
|  | Separado(a) de un matrimonio   | 4.7        |       |
|  | Viudo(a)                       | 4.5        |       |
|  | Divorciado(a)                  | 3.1        |       |
| Nivel Académico  | Ninguno                        | 12.1       |       |
|  | Primario                       | 49.7       |       |
|  | Secundario                     | 28.9       |       |
|  | Universitario                  | 9.3        |       |
| Alfabetización funcional                                 | No                             | 82.3       |       |
|  | Si                             | 17.7       |       |

Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2019.

## Características socioeconómicas del cuidador

El diagnóstico aborda parentesco del cuidador respecto al adulto mayor para observar las características que compone esta importante labor, que en materia de salud y bienestar repercute en la población de estudio; los que cuidan al adulto mayor, son Hijo (a) en el 47.6% de los casos, Esposo (a) o compañero (a) 20.4%, Cabeza de familia 10.8%, Nieto (a) 8.2%, No pariente 3.1%, Hermano (a) 2.5%, Hijo (a) de crianza 2.0%, Yerno o nuera 2.0%, Otro pariente 2.0% y en menos del uno por ciento está el Empleado (a) doméstico (a) .7%, Padre o madre .6% y Abuelo (a) .1%. Por sus características, el perfil del cuidador, es un familiar cercano y por eso es que el promedio de días que cuidan con "dormida" al adulto mayor, es de 5.6 días. El salario del cuidador tiene valores con cantidades bastantes heterogéneas, sin embargo, la Media es de RD\$3,530.00, la Moda es de RD\$3,000.00, como Mínimo hay salarios de RD\$500.00 y como Máximo de RD\$7,000.00. La modalidad de pago para el cuidador es; no recibir pago, en 98.1%, en dinero el 1.8% y el pagado en especies en un .1%.

| 15 Perfil socioeconómico del cuidador del adulto mayor                                    |                            |              |                             |
|---|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| Variables   | Alternativas               | Proporción   | Media de días con "dormida" |
| Parentesco del cuidador respecto al adulto mayor/media de días que lo cuida con "dormida" | Hijo (a)                   | 47.6         | 5.9                         |
|   | Esposo (a) o compañero (a) | 20.4         | 6.8                         |
|   | Cabeza de familia          | 10.8         | 6.9                         |
|   | Nieto (a)                  | 8.2          | 6.3                         |
|   | No pariente                | 3.1          | 4.4                         |
|   | Hermano (a)                | 2.5          | 6.0                         |
|   | Hijo (a) de crianza        | 2.0          | 5.3                         |
|   | Yerno o nuera              | 2.0          | 4.1                         |
|   | Otro pariente              | 2.0          | 4.2                         |
|   | Empleado (a) doméstico (a) | .7           | 6.8                         |
|   | Padre o madre              | .6           | 6.4                         |
|   | Abuelo (a)                 | .1           | 7.0                         |
|   | Suegro (a)                 | .0           | 3.0                         |
| Salario del cuidador  | Media                      | 3,530.00     |                             |
|   | Moda                       | 3,000.00     |                             |
|   | Desviación estándar        | 2,030.7      |                             |
|   | Varianza                   | 4,123,579.71 |                             |
|   | Mínimo                     | 500.00       |                             |
|   | Máximo                     | 7,000.00     |                             |
| Modalidad de pago   | No recibe pago             | 98.1         |                             |
|   | Si, en dinero              | 1.8          |                             |
|   | Si, en especies            | .1           |                             |

Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2019.

## DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La situación de los adultos mayores en la República Dominicana ha sido de interés para el Estado Dominicano, elaborando e implementando un conjunto de acciones destinadas a lograr que estos reciban atención integral. La entrada del país en una etapa avanzada de la transición demográfica se refleja en el aumento del número de adultos mayores, producto de una disminución en las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad, con el consiguiente aumento de la expectativa de vida.

Las acciones que ha desarrollado el Estado dominicano para el beneficio de los adultos mayores del país incluyen: la creación del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) en el año 1998, el cual mediante la Ley 352-98 que lo crea y su Reglamento de Aplicación No. 1372-04 sientan las bases para que los adultos mayores reciban protección integral. Más adelante, se implementa el Sistema Nacional de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor, el cual introduce un nuevo concepto de atención en materia de envejecimiento y que tiene el objetivo de promover la actividad, productividad y participación de los adultos mayores en la sociedad dominicana.

La discusión o diálogo que surge a partir de los resultados del diagnóstico es que a pesar de que la proporción de adultos mayores de sexo masculino es de mayor volumen en los espacios geográficos rurales, su esperanza de vida, al ser menor; este evento hace que los levantamientos de información arrojen datos con menos cantidad de hombres que de mujer. Para analizar este contraste, se ha observado la **transición demográfica** estudiada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la cual ha realizado proyecciones que muestran una marcada tendencia de disminución en la tasa de natalidad, tasas de fecundidad y mortalidad del 1980 al 2025; estas indican un creciente número de adultos mayores.

El informe del 2016 de la Oficina Nacional de Estadística (ONE) titulado “Envejecimiento Demográfico y Desafío al Sistema de Seguridad Social en República Dominicana”, el cual hace referencia a que *“las provincias de vocación agropecuaria, baja densidad*

*poblacional y escasa diversidad de empleo y servicios son las que tienen más elevado porcentaje de población mayor de 60 años” y que “en éstas zonas rurales hay mayor proporción de hombres (54%H vs 45%M). **Se recomienda el fortalecimiento del Sistema Nacional de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor, debido al incremento poblacional y las necesidades diferenciadas de los mismos. Se debe considerar las necesidades diferenciadas de los adultos mayores en función al sexo, ya que la mayoría son mujeres, por tanto, los programas deben orientarse tomando en consideración las demandas de las mismas.***

Las provincias que participan en este diagnóstico, tienen un carácter rural y por lo tanto son homogéneas, sin embargo, el diagnóstico arroja un índice de masculinidad de 0.79, esto indica que a pesar que hay más hombres, se infiere una tasa de mortalidad mayor en ellos; a partir de este dato, acuñamos el pensamiento de que, **aunque haya un número mayor de hombres en provincias con carácter rural, pero que el diagnóstico haya arrojado un índice de masculinidad de 0.79, se deduce que existe un mayor número de decesos de hombres, atendiendo a esto, si analizamos las enfermedades más comunes en el hombre, que son prostatitis y problemas cardiovasculares e hipertensión arterial, esto imprime desarrollar programas encaminados a una atención más integral especializadas en estos casos.**

Siendo que la media de edad de los adultos mayores del diagnóstico es de 73.8 años, es homogénea a la población de estos mismos grupos etarios del país, sin embargo, **es tres (3) años más que los datos de una población de los mismos grupos etarios del Censo 2010 de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), así que, queda demostrada que la esperanza de vida y mejores condiciones de vida, cada día hay una acumulación mayor de adultos en nuestra demografía, por haber mayor proporción de esta población en los grupos etarios de 70-79 años, con capacidades motoras y habilidades en un 13.3%; más un 37.2% con actitudes y dispuestos a emprender oficios, invita a fortalecer espacios de participación de los programas inclusivos del CONAPE.**

Si sumamos el porcentaje de divorciado(a), nunca se ha casado ni unido, separado(a) de un matrimonio, separado(a) de una unión libre y viudo(a), **esto nos indica que más de la mitad (55.9%) de los adultos mayores podrían estar enfrentando estado de soledad. Visto desde el dato de que el 61.0% de adulto mayor no cuenta con un cuidador, este dato del adulto mayor imprime la elaboración de programas de acompañamientos a esta población.** Para los demás adultos mayores que viven de alguna manera emparentados, **se recomienda establecer programas y proyectos para los adultos mayores en unión conyugal, ya que casi cuatro de diez de estos se encuentran en algún tipo de unión.**

En muchas culturas, el jefe del hogar o cabeza de familia, es la persona, residente habitual del hogar, reconocida como tal por los demás miembros del hogar; ya sea por la naturaleza de sus responsabilidades, por el tipo de decisiones que toma, por prestigio, relación familiar o de parentesco, por razones económicas o por tradiciones sociales, culturales o étnicas. **El diagnostico arroja que el adulto mayor representa el 67.9% de los casos reconocido por los miembros como la cabeza de la familia y por ende probablemente se le respete en esos hogares, sin embargo, esto indica que el 32.1% de los hogares restantes, se le debe poner atención ya que potencialmente son hogares en donde a sus adultos mayores no se le guarde la consideración necesaria como para que ellos tengan el hogar como un lugar seguro y sin violencia.** En este sentido y, aunque los datos de violencia sean poco significativos se han hecho cruces adicionales con estas variables y, se observa cierta incidencia de adultos mayores que son violentados cuando no son considerados “cabezas de familia”. **Siendo así, el CONAPE debe ampliar líneas de investigaciones en donde se haga correlaciones de maltratos de a los adultos mayores y donde se puedan observar los componentes principales de la prevalencia de la violencia.**

La lectura dada a la población de estudio, respectos a las variables económicas, indican que existe una proporción importante de adultos mayores con dificultades en el acceso a mayor volumen de ingresos mensuales. En este componente es válido observar que solo el 4.6% recibe remesas RD\$3,177.32, que el 2.0% percibe alguna ayuda por

pensión por RD\$4,715.10 y que el 5.6% recibe algún ingreso mensual por RD\$5,449.91; en su conjunto, esto representa una sumatoria de RD\$13,342.33, no obstante, el promedio de adulto mayor por hogar es de 0.46; si prorrateamos por esta incidencia, nos da un promedio de RD\$6,144.49 pesos que sería lo que aporta un adulto mayor a la economía del hogar; este monto representa solo la mitad (59.0%) del valor de la canasta básica que es de RD\$10,40.00 para el quintil más bajo. **Es necesario incentivar el acceso a mayor ingreso para el adulto mayor, impulsado desde los programas de inclusión y participación en las actividades productivas y a partir de la fuerza laboral del 37.2% de adultos mayores que tienen la actitud de emprender algún oficio. Los datos de caracterización de los aspectos laborales arrojan un comportamiento de un poco más de un (1) adulto mayor por cada diez (13.3%) que tiene alguna habilidad para realizar un oficio. Esta cantidad de individuos con estas habilidades, es recomendable optimizar e incentivar su crecimiento con los programas de inclusión y participación del CONAPE; sobre todo en la adulta mayor (mujer) que declara una distribución tres veces menor (-3) que el hombre. Se recomienda la implementación de programas laborales que se basen en la transferencia del conocimiento de los adultos mayores, ya que una alta proporción de los mismos cuentan con profesiones, oficios y habilidades.**

Los programas de inclusión o participación del CONAPE deberían ser orientados las actividades de **servicios, vendedores de comercios y mercados, por ser las habilidades que más mencionan los adultos mayores (33.8%)**. Y la segunda actividad que debería ser promovidas mediante los programas de apoyo a la **actividad agropecuaria orgánica casera en el campo, agroecología o agricultura familiar**; esto por ser la segunda mención más importante del adulto mayor. Las actividades artesanales representan un desafío, ya que son mencionadas en muy bajo porcentajes, así que esto **implica una campaña concienciación y preparación para ello**.

Los factores de discapacidad y las frecuencias encontradas, **no se pudieran considerar una limitante para llevar a cabo los programas de inclusión, ya que**

**solo 3 de cada 10 adulto mayor, declara tener al menos una discapacidad.** Una de las discapacidades más alta es la visual que alcanza un 15.2%, sin embargo, comparada con la población de adulto mayores en el año del Censo 2010, esta proporción es la mitad, ya que en aquel período era de 33.8%, no obstante, **esta condición o discapacidad, es muy restrictiva para que un individuo entre a un programa laboral, sin enfrentar dificultad. La que queda en segundo lugar son las discapacidades psicomotoras, que alcanzan el 12.4% de las menciones y se comportan con mayor dificultad en la movilidad** (caminar o subir escalones, mover uno o los dos brazos, mover uno o las dos piernas y recordar o concentrarse). **Se recomienda programas que vayan de la mano a resolver la problemática de la vista y adaptación de proyectos de inclusión que reduzcan la movilidad.**

Los datos encetrados en el Censo 2010 sobre si el individuo *“estaba de acuerdo en aceptar un trabajo o labor en caso de haber tenido el tiempo y las condiciones necesarias para salir a trabajar”*, en este sentido, los que contestaron positivamente solo fue el 6.9%; esto indica que el 93.1% no estaba de acuerdo o en condición de realizar alguna actividad laboral. En este diagnóstico, **dado que el 37.2% de los adultos mayores contestan positivamente a la interrogante de que si aceptarían una labor en caso que le ofrecieran una con el fin de recibir ingresos o acceder en mayor medida a recursos, siendo esta una señal de que estarían de acuerdo en que lo incluyan en los programas de participación, se podría trabajar para alcanzar esta proporción y optimizarlo con campaña de sensibilización en las mujeres por considerar que ellas son las que más rechazan el aceptar una actividad como medio para mejorar su calidad de vida.**

Las informaciones del diagnóstico, son bastantes similares al dato del Censo 2010 que indica que la población meta no tenía ningún *nivel de instrucción* en un 30.3%, aunque para el año 2016, la Oficina Nacional de Estadística (ONE) reveló que se alcanzaron mejoras significativas para este año, ya que la población adulto mayor que no había recibido grado de instrucción formal, había alcanzado instrucción en cinco (5) puntos

porcentuales<sup>23</sup>; **siendo así, concluimos que la reducción observada del .6% tuvo impacto en la población de adultos mayores que ha tenido acceso a estos programas de niveles de escolaridad formal, gracias a los programas de alfabetización de CONAPE en los cuales, se ha intervenido al menos 12,124 adultos mayores. Es por ello, la reducción encontrada en el diagnóstico de 30.3% a 29.7% que no ha aprobado ningún nivel; lo que es recomendable que CONAPE fortalezca los programas y proyectos de niveles formales, aunque sea en los grupos etarios de 60-79 años. Haciendo inferencia del estrato de adulto mayores que no ha asistido a la escuela, que es de 29.7%; podríamos inferir que ese grupo no aprobó ningún nivel, pero que ahora declara en un 14.2% que sabe leer y escribir; entonces se concluye que los proyectos de alfabetización funcional de CONAPE, que se intervino a unos 45,533 individuos adultos mayores; han tenido un buen impacto en esta población y, por lo tanto, se deben seguir optimizando.**

El hecho de tener productos de las políticas sociales ayuda en el bienestar social y económico de una población vulnerable como esta. El diagnóstico ha estudiado este indicador para verificar el rendimiento de los programas de sociales y conocer su participación y, en el dato que arroja la investigación es que un poco más de 6 de cada 10 adultos mayores (66.1%) tienen un productos que lo benefician; los productos que tienen mayor penetración y por ende son los que más aportan al bienestar social, en orden de importancia son: Seguro SENASA (50.5%), Tarjeta solidaridad (47.6%), Bono Gas Hogar (BGH) (36.3%), Comer es Primero (21.4%), Bono Luz-BL (15.9%), Provee-Ayuda CONAPE (5.2%), Bono Gas Chofer-BGC (1.8%). **Se recomienda la ampliación de los niveles de cobertura de los productos sociales que beneficiarían a los adultos mayores, en especial el producto Provee (Ayuda CONAPE) que ha tenido una participación y reconocimiento de la población adulta mayor del 5.2%.**

Dado que al observar el dato de frecuencias de vivienda propias y verificar que el 82.0% de los hogares de los adultos mayores donde tuvo lugar el diagnóstico, indica que, en

---

<sup>23</sup> ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en RD.

este factor, esta población tiene ciertas libertades, sosiego y bienestar ya que, el inmueble podría convertirse en un activo para ellos. Lo recomendable es que, desde el CONAPE, se gestionen acciones para esas viviendas propias se conviertan en activos económicos, con proyectos que ayuden a tramitar los “papeles” necesarios para que esas viviendas sean parte de un patrimonio el cual podría aplicar como un objeto de empréstito formal.

Los datos arrojados por el diagnóstico describen un panorama con cierto estado de aceptación para una población de tal naturaleza y muestra cierta normalidad comparados con el mapa de pobreza de la Rep. Dom. Esto es en los componentes de *materia predominante de las paredes exteriores* y en el *materia predominante del techo*, sin embargo, **en el *materia predominante del piso* se podría considerar observar el 2.8% de adultos mayores que declaran tener piso de tierra para tratar de solucionar esta situación mediante algún proyecto integral. Se recomienda mejorar las condiciones estructurales de las viviendas de los adultos mayores, garantizando su acceso a una vivienda digna.**

En materia de acceso a los principales servicios, los datos muestran cierta normalidad comparados con el mapa de pobreza de la Rep. Dom. Esto es en los componentes de *combustible para cocinar* y *alumbrado*; sin embargo, en *fuentes de agua potable*, se observa cierta problemática respecto a que el 14.8% obtiene el agua de acueducto en el patio de la vivienda, de un tubo de la calle en un 11.7% y de una llave pública en un 10.5%, siendo así, **se pudiere buscar alguna solución integral y sostenible de solución a estas problemáticas para mayor seguridad.** De igual manera se observa un porcentaje importante de individuos que todavía tiene como servicio *sanitario*, una letrina compartida con vecinos (3.4%), y un inodoro fuera de la vivienda compartido con vecinos en un 1.2 y ninguno en un 0.9 de los casos, **Esto implica poca seguridad de para los adultos mayores y potenciales focos de contaminación.**

A la luz de los datos de salud y las enfermedades más comunes; **queda demostrado que la mujer padece muchas más enfermedades que el hombre, ya que el hombre**

**padece de alguna enfermedad en un 70.0% en tanto la mujer las padece en un 78.1%, sin embargo, el hombre sigue teniendo menor esperanza de vida.**

Entre las enfermedades del *sistema circulatorio*; la enfermedad más padecida por el adulto mayor es la insuficiencia cardiaca con un 3.5%. No se observan diferencias marcadas por sexos. Las enfermedades cardiovasculares del adulto mayor **están dominadas por la hipertensión arterial con el 37.7% de los casos**. Aunque no se observan diferencias marcadas por sexos, la mujer presenta ligeras prevalencias por encima de los hombres. Las enfermedades del sistema *nervioso* en el adulto mayor tienen una presencia de neuropatías diabéticas de un 8.0%, las demás enfermedades tienen un uno por ciento o menos. No se observan diferencias marcadas por sexos. Las enfermedades del sistema *respiratorio*, aunque son escasas, el asma es la enfermedad de mayor incidencia con el 2.6% de los casos. Las enfermedades del sistema digestivo de la población de estudio están incididas en mayor medida en el dolor abdominal (4.4%) y gastritis (4.4%) en igual medida. No se observan diferencias marcadas por sexos. **A la luz de los datos, se recomienda el reforzamiento de los programas que integren respuestas a esta cantidad tan elevada de individuos hipertensos e inclusive en la mujer, que nunca se consideran participe de este mal en alto proporción.**

A demás de estas enfermedades, existe un 8.9% de individuos que declaran padecer de enfermedades que ellos no saben definir; entre ellas el mayor número está entre los que padecen “dolores en los huesos” (19.9%), problema de la vista (16.2%) y “azúcar” en un 10.5%. **Se recomienda que, ante esta falta de conocimiento del adulto mayor sobre las enfermedades, se debiera incentivar o reforzar el protocolo de atención del adulto mayor para sean acompañado por un cuidador y que este tenga las competencias necesarias para guiar los procesos de quebrantos de los envejecientes.**

En el abordaje sobre las enfermedades que más afectan la calidad de vida del adulto mayor, se observa que la población de estudio declara, que “ninguna enfermedad” de las que padecen, les afecta; esto lo dicen en un 1.8%, en términos de sexos, el hombre

dice no afectarle ninguna enfermedad en un 2.1% y la mujer en 1.6%. Aunque se nota cierta resiliencia el dato es alentador saber los adultos mayores solo les afecta en su calidad de vida, las enfermedades tales como hipertensión arterial (37.5%) e insuficiencia cardíaca (6.0%), las demás enfermedades están por debajo de esta última en importancia de menciones.

En el conocimiento del dato de la antigüedad de la enfermedad con la finalizada de tener un acercamiento al tiempo o permanencia de la misma, se observa que casi la mitad de la población (46.2%) declara que tiene entre 1+10 años padeciendo alguna enfermedad. El 45.2% de los adultos mayores, los han internado “a veces”, esto **indica que la mitad de las atenciones son ambulatorias, ya que el 84.1% declara que cuando enferma ha acudido al establecimiento de salud.** A propósito, el hecho de que este porcentaje de individuos esté acudiendo a los centros de salud, debe abrir una nueva línea de investigación, ya que, en estudios similares, los datos arrojan que cuando el adulto mayor se enferma, solo la mitad acudía al médico. Se observa un cambio de comportamiento en la cultura de ir al médico cuando se enferman, cosa que antes no lo hacían. Sobre este aspecto, inferimos que los programas de salud de CONAPE han intervenido con **seguro médico** a unos **61,590 individuos adultos mayores**, lo que incentiva la cultura de visitar al médico, por un tema de costos; así que se concluye que estas facilidades y **unidas a las visitas domiciliarias de los programas del CONAPE han tenido un gran impacto en la cultura de visitar al médico.** Todos estos trabajos, sumando que la población meta ha declarado que se ha enterado de los centros SECARE en un 10.7% y que lo hacen en un 76.6% por algún técnico de CONAPE; ayuda enormemente a que se vaya creando la cultura de visitar al médico. **Es recomendable, la optimización de la entrega de seguros médicos, la expansión del nuevo modelo de gestión SECARE y las visitas domiciliarias para dar atención integral y especializada a los adultos mayores.**

**Los casos de violencia fueron estudiados desde las técnicas de las encuestas directas a la población de estudio, en ellas se formulaban las preguntas sobre maltratos al adulto mayor y, siendo que este es un tema delicado de abordar por**

todo el componente de sugestión que impera desde quien genera la violencia; cultura que se vuelve “normal” entre los parientes y mucho más cuando la población de estudio es vulnerable en la mayoría de los casos. Todo este argumento afirma que los datos de violencia hayan salido tan bajos, de hecho, el más sobresaliente es el de violencia psicológica (1.4%), sin embargo, los hallazgos de los casos de violencia *física* son perpetradores por los hijo/a en el 25.0% de los casos. Los casos de violencia *psicológica* son perpetradores por los No pariente en el 27.5% e Hijo/a en el 23.7%. Los casos de violencia *económica* principales perpetradores de este tipo de violencia son los Hijo/a en un 35.1% y Otros parientes en un 23.4%. Los casos de *negligencia, abandono, dejadez* los principales perpetradores son los Hijo/a en un 46.4%.

El levantamiento registra un gran número de adultos mayores que a pesar de tener en promedio 5.1 *hijos nacidos vivos* y, de estos al menos 4.3 en promedio están *actualmente vivos*, se registra una media de 0.85 hijos (menos de uno) *que viven junto al adulto mayor*. Este dato devela el abandono del cual tantos adultos mayores son objeto. Queda confirmado los datos del Centro Jurídico del CONAPE cuando indica que “es creciente en el *abandono* al adulto mayor, ya que para los años 2018 y 2019 se han convertidos en los escenarios más importantes y de casos más atendidos”

La *proporción de adultos mayores con cuidadores* es de 39.1% aunque el termino cuidador se ha acuñado para cualquier persona con o sin experiencia para ello, permanezca con el adulto mayor. Entendemos que se ha obtenido este dato porque los consultados han respondido afirmativamente contando con cualquier persona, familiar o no, para su cuidado. De hecho, los que cuidan al adulto mayor, son Hijo (a) en el 47.6% de los casos, Esposo (a) o compañero (a) 20.4%, Cabeza de familia 10.8%; esto representa el 78.8% de los casos indicado en este diagnóstico, lo que devela que son los mismos familiares que realizan esta actividad y se puede notar en que el 98.1% no recibe paga por ello. La media de edad de cuidador es de 47.6 años y una moda de 40 años, lo cual indica una edad con grandes fortalezas. Este dato devela que 6 de cada 10 adultos mayores, no tienen cuidadores. Se recomienda fortalecer e incentivar

## **el Programa “Yo Cuido Los Míos”.**

En términos de competencias, se observan grandes desafíos para la implementación de los programas del cuidado del adulto mayor, ya que el 82.3% de los cuidadores, no sabe leer ni escribir. **Es necesario mejorar el nivel educativo de los cuidadores de los adultos mayores. En este sentido, se hace necesario implementar programas particulares de alfabetización y el acceso a la educación para adultos y contemplar la habilitación de cursos para asistentes del hogar y técnicos de enfermería o cuidadores.**

“La integración cada vez mayor de la mujer a la fuerza laboral hace que abandone su tradicional papel de cuidadora de sus padres o parientes mayores, quedando estos muchas veces a cargo de la vivienda o el cuidado de los niños”.<sup>24</sup> **Es por ello que, ante los casos de violencias al adulto mayor y la inclusión de la mujer a las actividades productivas, se recomienda ejecutar programas académicos desde el CONAPE para la formación de recursos humanos orientados a la gerontología más que a la geriatría para desarrollar estrategias de cuidado a las personas vulnerables a la altura de los estándares de desarrollo de algunos de los países que han tenido grandes avances, tal como España, Argentina, Brasil, Estados Unidos e Inglaterra. Desarrollar un programa de promoción, prevención y acceso a los medicamentos, enfocados a las enfermedades cardiovasculares, que son las de mayor incidencia en la población de adultos mayores.**

---

<sup>24</sup> Estudio Tiempo para cuidar.-compartir el cuidado para la sostenibilidad de la vida (2019).-Oxfam

## Referencias bibliográficas

World report on disability, disponible en: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/)

Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Proyecciones 2000-2030.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2017) *Análisis de Situación Poblacional de la República Dominicana*. Disponible en [https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Analisis%20SituacionPoblacional\\_RD%20-%20Web\\_0.pdf](https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Analisis%20SituacionPoblacional_RD%20-%20Web_0.pdf)

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2014) *Proyecciones de población, Observatorio*.

Demográfico de América Latina y el Caribe: Núm. 11, Santiago de Chile, CEPAL, 155 pp.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011), *Envejecimiento poblacional*, Observatorio

Demográfico de América Latina, Núm. 12, Octubre 2011, Santiago de Chile, CEPAL, 195 pp.

Proyecciones de Tasas de Mortalidad, Natalidad y Esperanza de Vida 1980-2025.

ONE (2015). Población por año calendárico según sexo y edades simples, 2010-2020.

ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en RD.

SIPEN (2015). Una reforma exitosa para garantizar el bienestar de los dominicanos.

ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en R.D.

CONAPE-UNFPA-CEAPA (2011). El Maltrato hacia las Personas Mayores en la R.D.

Departamento. Jurídico del CONAPE. - 2018.

ONE. ENHOGAR (2016). El analfabetismo en República Dominicana.

ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en RD.

Situación del adulto mayor; Disponible: <https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/dominicana.pdf>

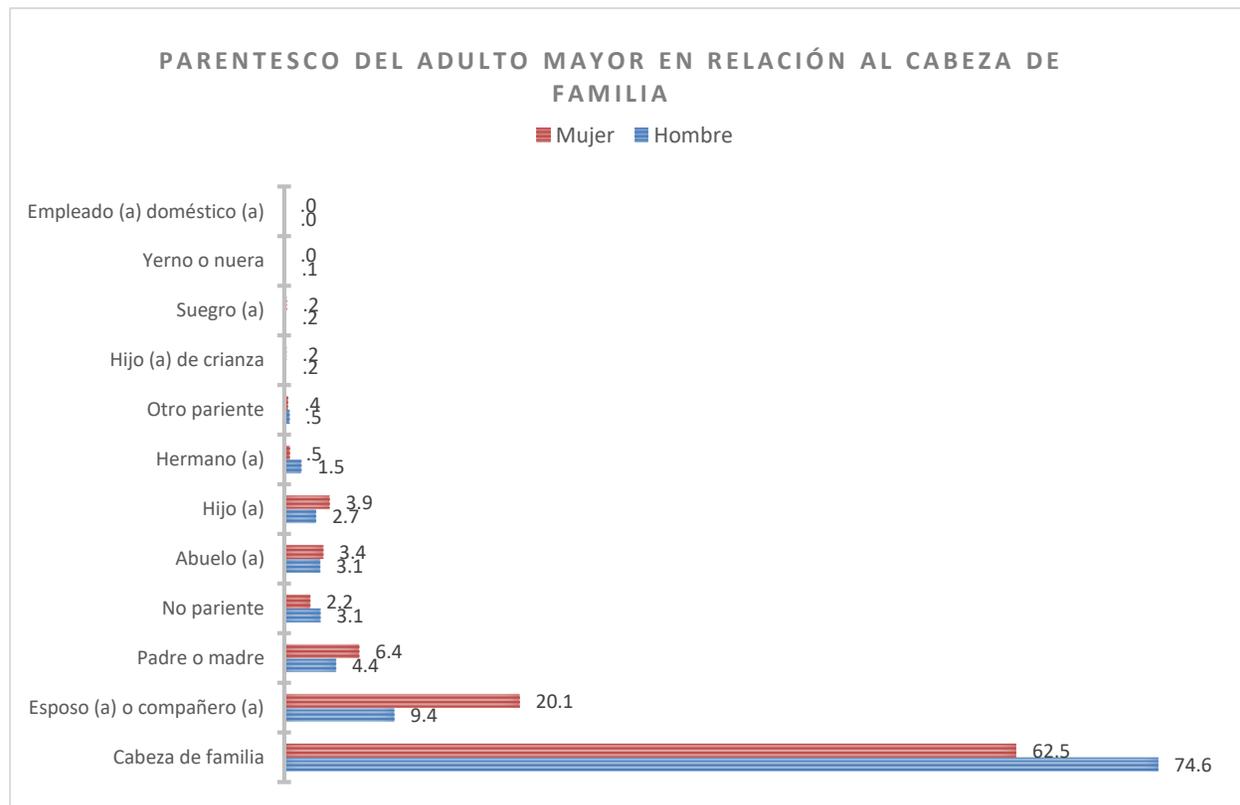
Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción, Miguel, Luis G. Instituto Nacional de Geriátría, México.

Estudio Tiempo para cuidar.-compartir el cuidado para la sostenibilidad de la vida (2019).-Oxfam

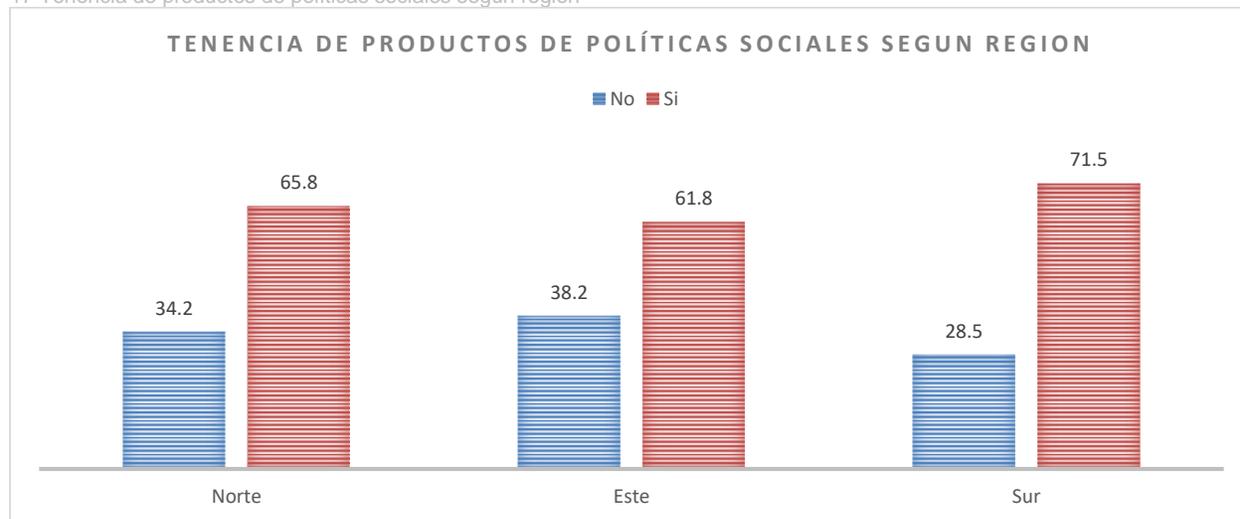
# ANEXOS

## Tablas de Referencias

16 Parentesco del adulto mayor en relación al cabeza de familia



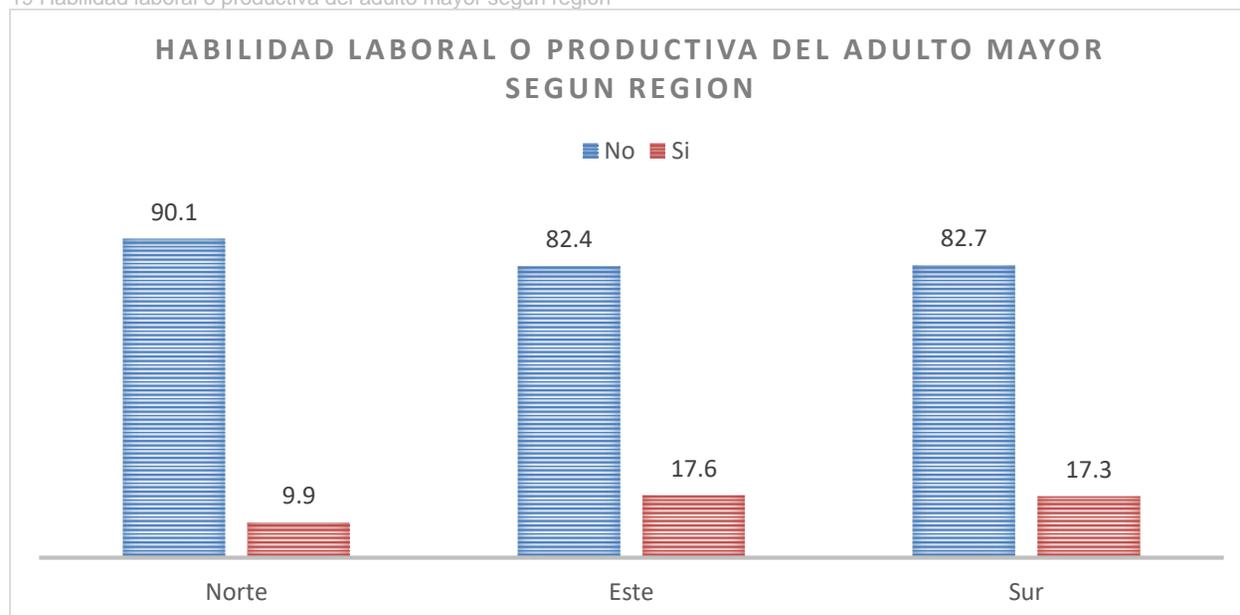
17 Tenencia de productos de políticas sociales según región



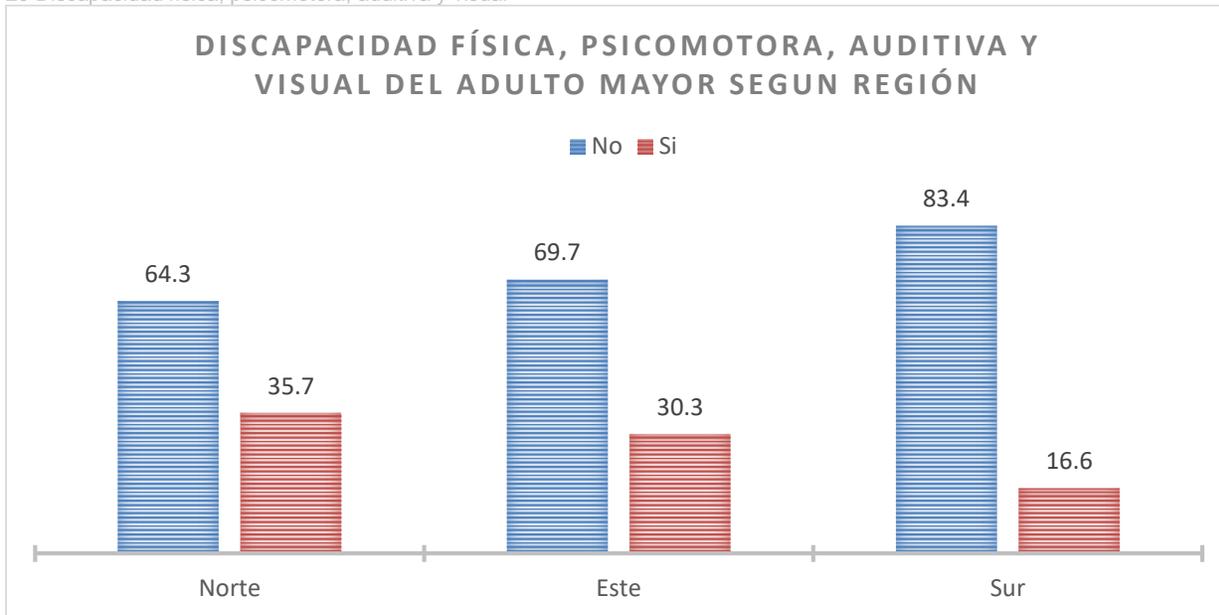
18 Perfil socioeconómicos del adulto mayor

| Variabes   | Alternativas   | Distribución |
|--|--|--------------|
| Promedio de ingreso por remesas                        | No   | 95.4         |
|  | Si   | 4.6          |
|  | Media de ingreso por remesas                         | 3,177.32     |
| Fuentes de las remesas a partir del parentesco         | Pariente directo                                     | 81.86        |
|  | No pariente  | 12.70        |
|  | Pariente indirecto                                   | 5.44         |
| Proporción de individuos que recibe pensión del Estado | No   | 98.0         |
|  | Si   | 2.0          |
|  | Media pensión del Estado                             | 3,947.27     |
| Ingreso mensual  | No   | 94.4         |
|  | Si   | 5.6          |
|  | Media de ingreso mensual por oficio, trabajos, otros | 5,449.91     |

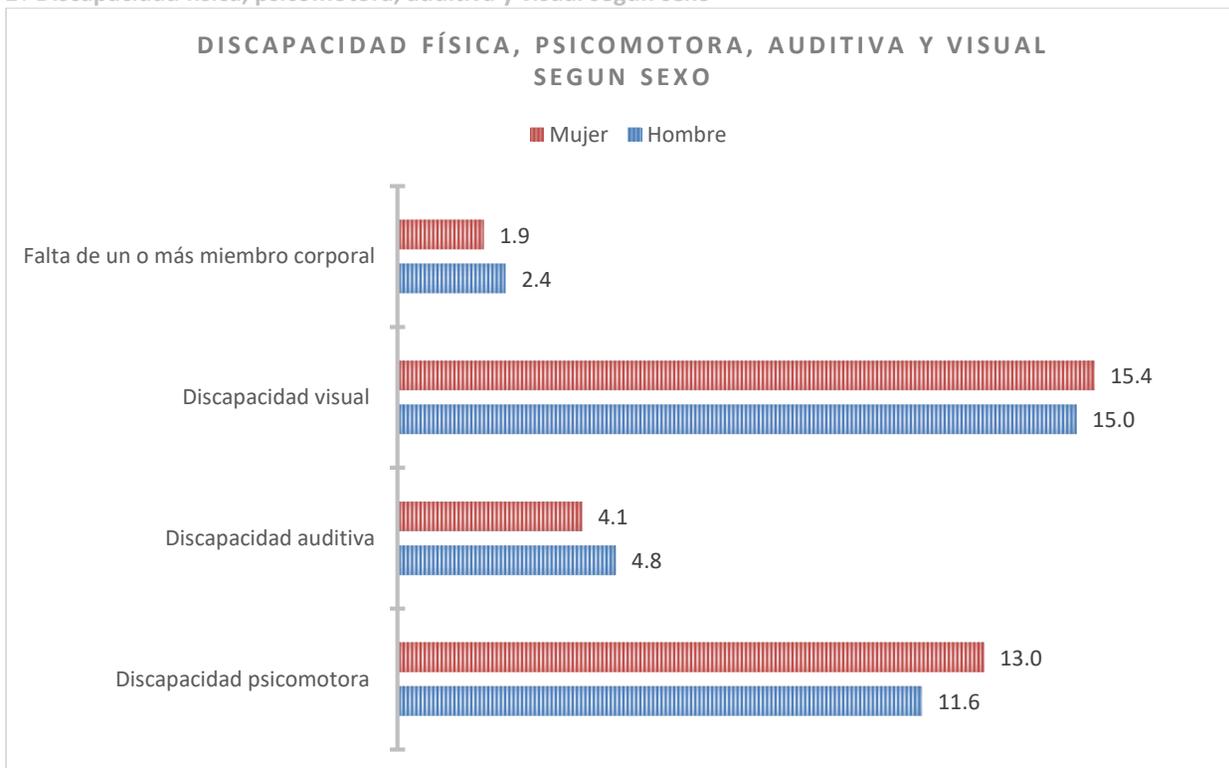
19 Habilidad laboral o productiva del adulto mayor según región



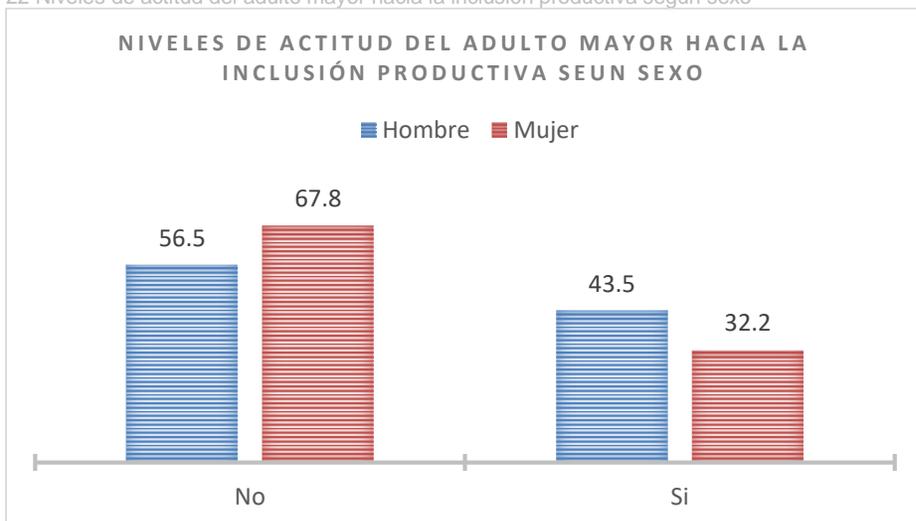
20 Discapacidad física, psicomotora, auditiva y visual



21 Discapacidad física, psicomotora, auditiva y visual según sexo



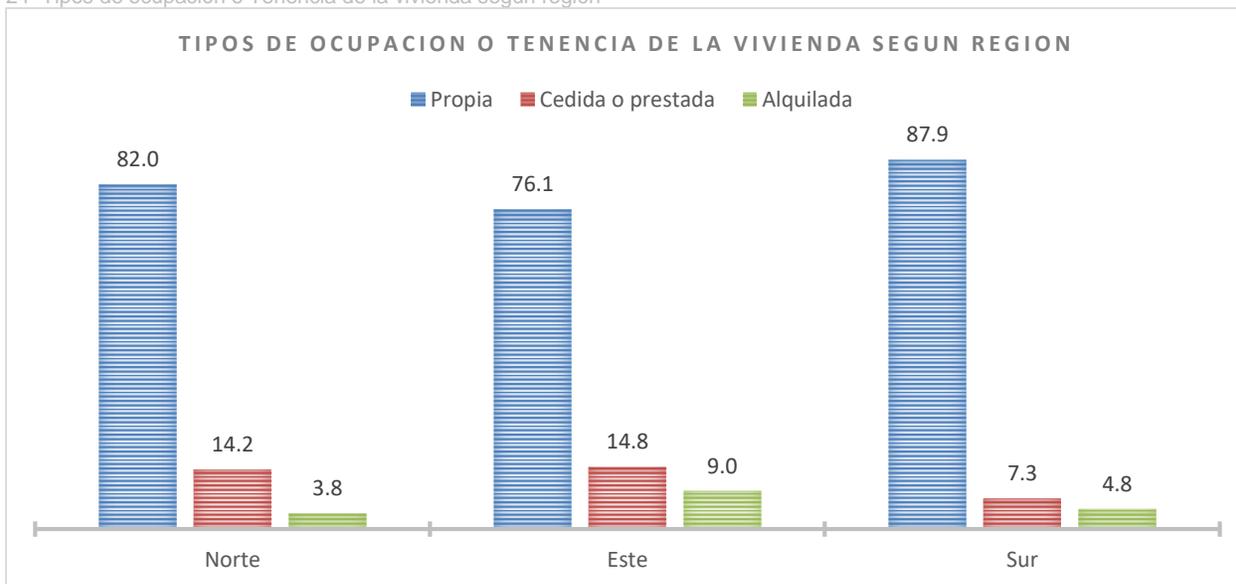
22 Niveles de actitud del adulto mayor hacia la inclusión productiva según sexo



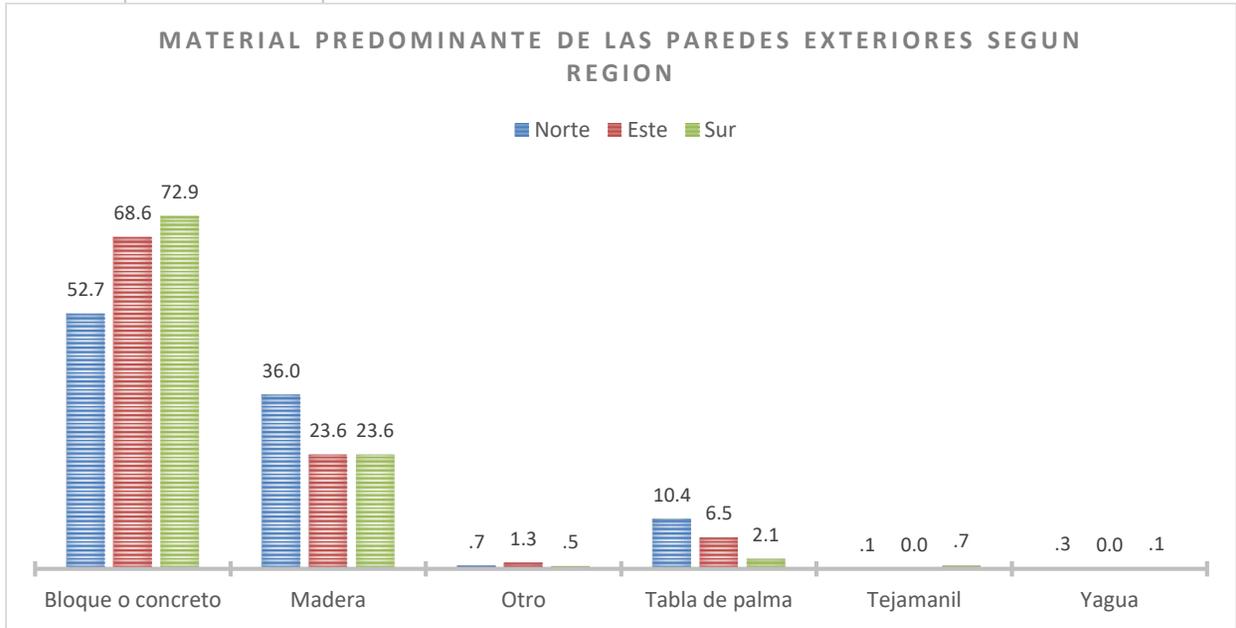
23 Perfil educativo del adulto mayor

| Variables                              | Alternativas  | Distribución |
|--|---------------|--------------|
| Nivel académico                        | Ninguno       | 29.7         |
|  | Primario      | 64.0         |
|  | Secundario    | 5.7          |
|  | Universitario | 0.6          |
| Alfabetismo funcional.-lecto-escritura | Si            | 14.2         |
|  | No            | 85.8         |

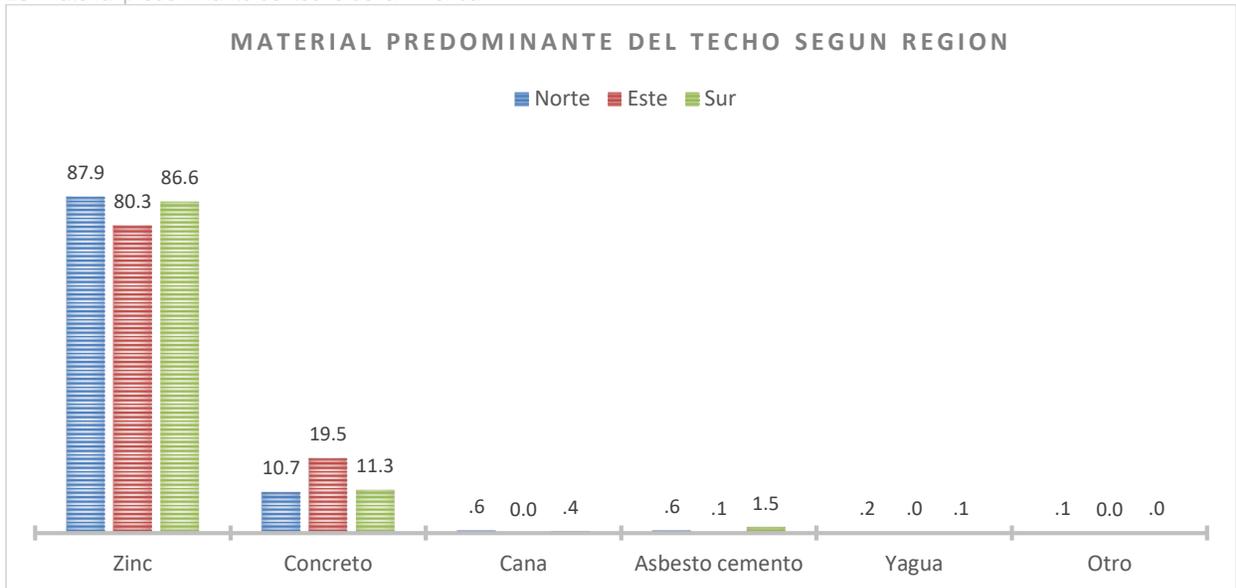
24 Tipos de ocupación o Tenencia de la vivienda según región



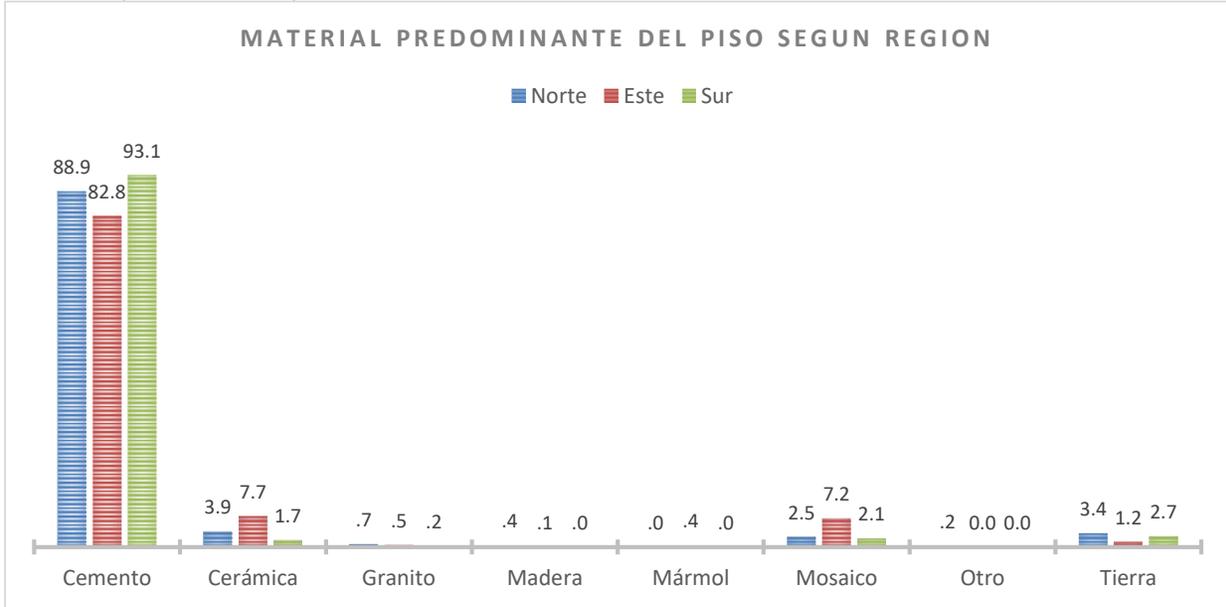
25 Material predominante de las paredes exteriores



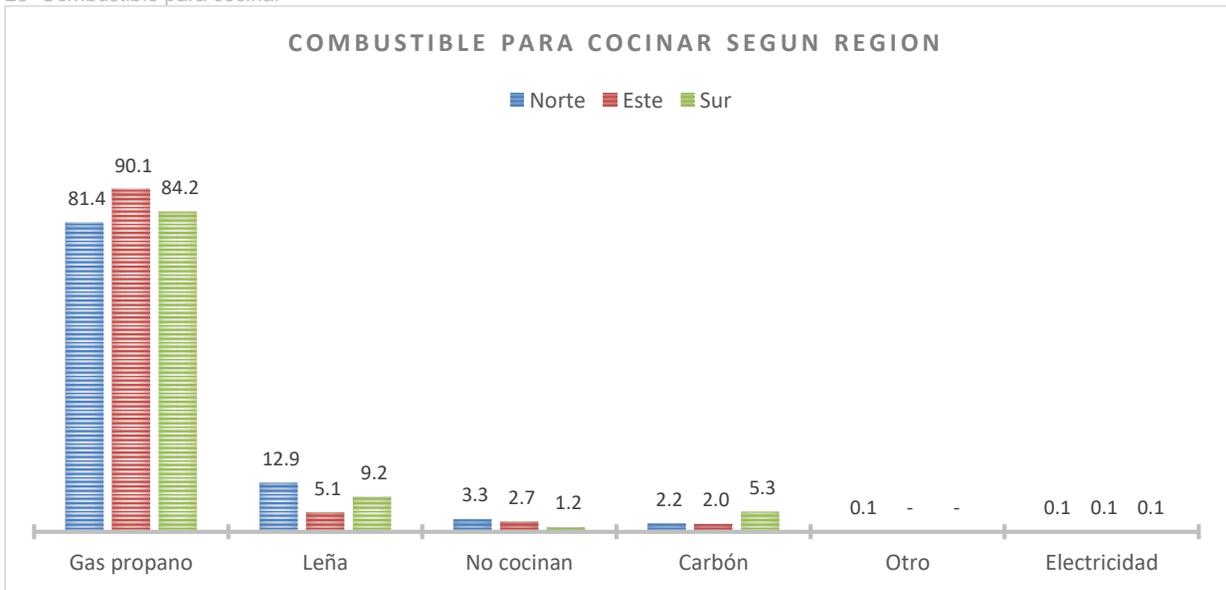
26 Material predominante del techo de la vivienda



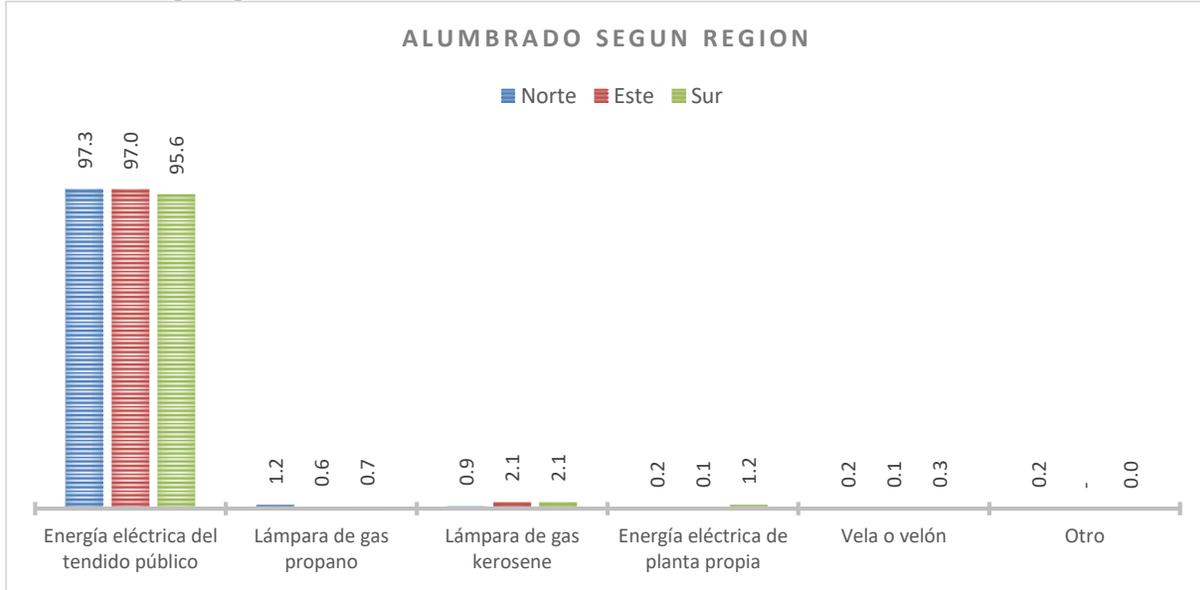
27 Material predominante del piso de la vivienda



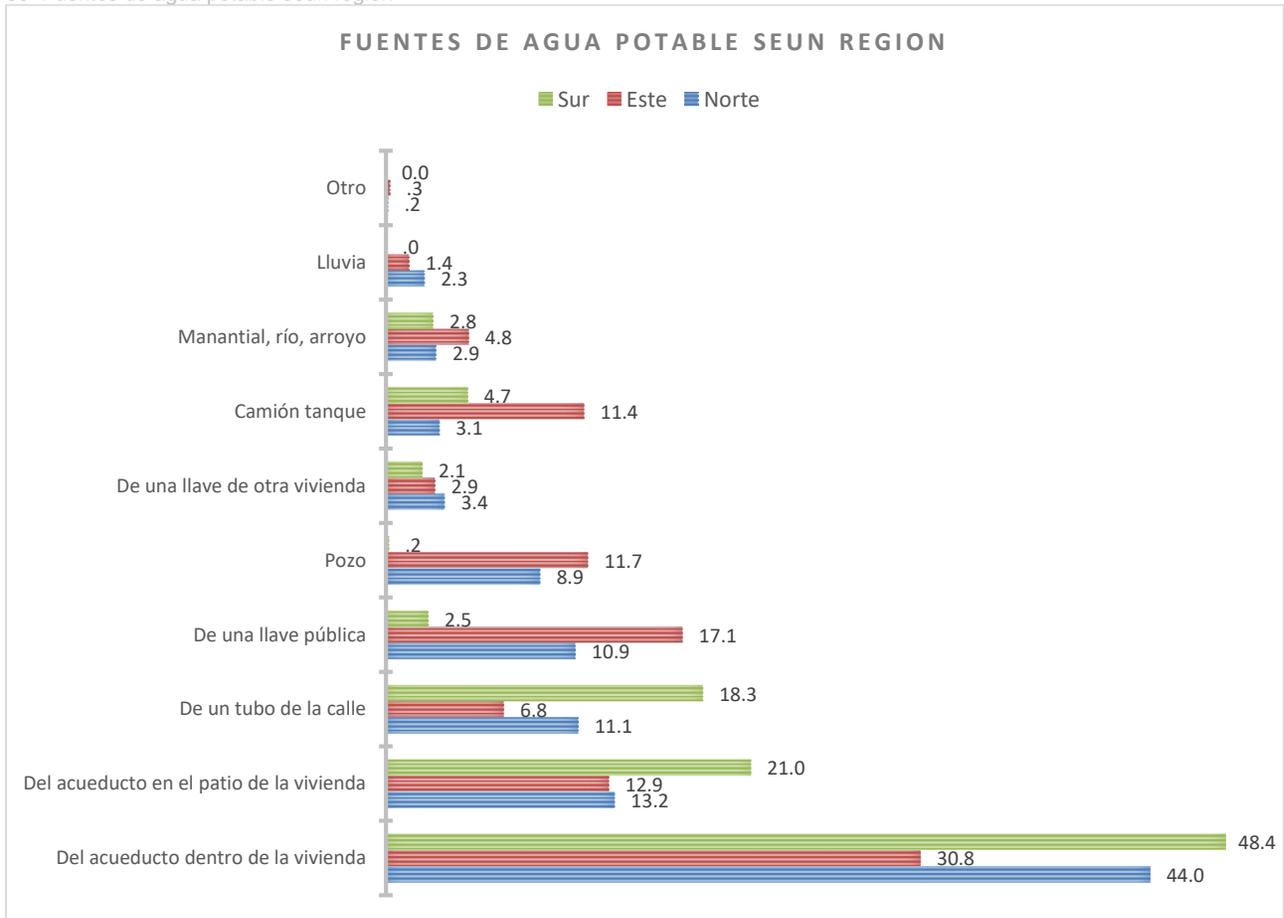
28 Combustible para cocinar

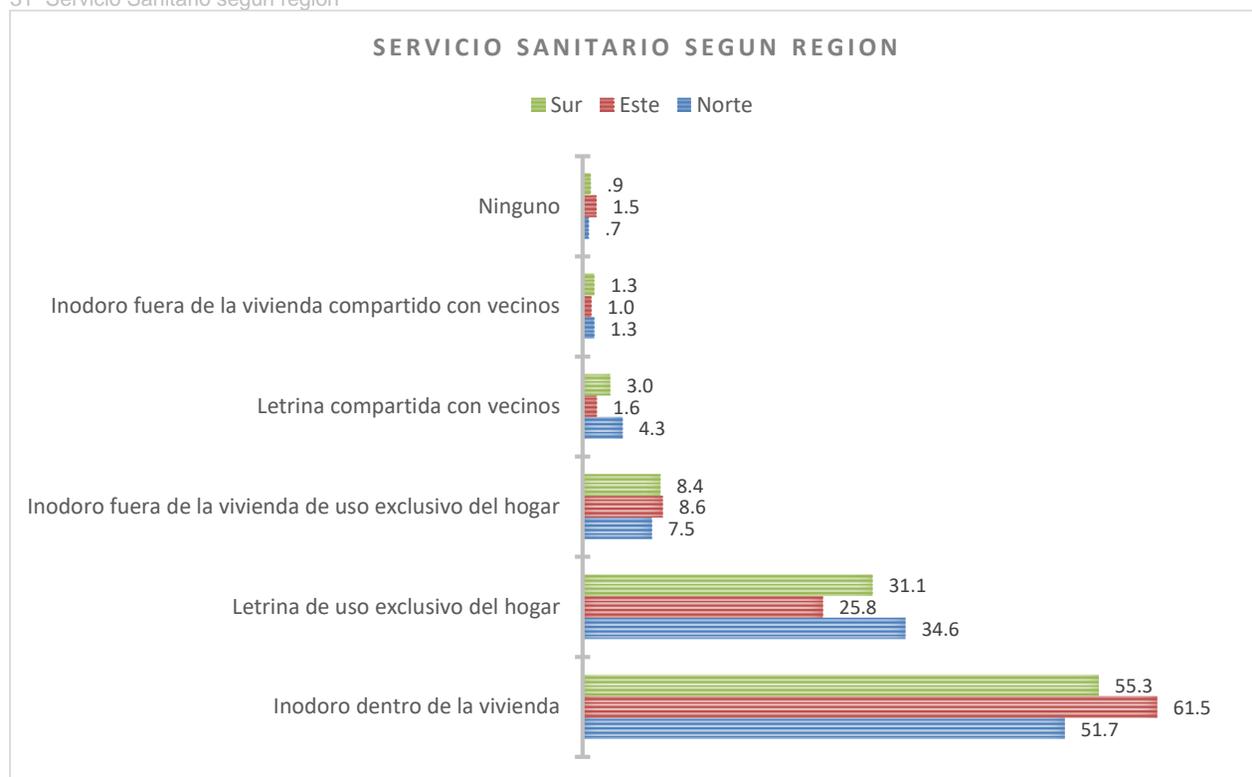


29 Alumbrado según región



30 Fuentes de agua potable seun region





## 32 Acceso a la atención especializada en salud

| Variabes   | Alternativas                                | Distribución |
|--|---|--------------|
| Conocimiento de la existencia de centros geriátricos       | No  | 89.3         |
|  | Si  | 10.7         |
| Participación de los servicios de SECARE                   | No  | 89.3         |
|  | Si  | 10.7         |
| Recepción del servicios de SECARE                          | No  | 91.5         |
|  | Si  | 8.5          |
| Medio por el cual conoció sobre SECARE                     | Visita domiciliaria de un técnico de CONAPE | 76.6         |
|  | Amigos/vecinos/familiares                   | 10.5         |
|  | Líderes comunitarios                        | 6.1          |
|  | Centro de salud                             | 4.6          |
|  | Iglesia                                     | 0.9          |
|  | Otro  | 0.7          |
|  | Promotor de salud                           | 0.6          |
| Opinión sobre la instalación de un micro centro geriátrico | No  | 7.0          |
|  | Si  | 93.0         |

33 Violencia en el adulto mayor

| VARIABLES                         | ALTERNATIVAS              | DISTRIBUCIÓN |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------|
| Violencia física                  | 3.-Hijo/a                 | 25.0         |
|                                   | 13.-No pariente           | 18.8         |
|                                   | 2.-Esposo/a o compañero/a | 16.7         |
|                                   | 6.-Nieto/a                | 16.7         |
|                                   | 1.-Cabeza de familia      | 10.4         |
|                                   | 9.-Hermano/a              | 6.3          |
|                                   | 11.-Otro pariente         | 4.2          |
|                                   | 5.-Padre o madre          | 2.1          |
| Violencia psicológica             | 13.-No pariente           | 27.5         |
|                                   | 3.-Hijo/a                 | 23.7         |
|                                   | 11.-Otro pariente         | 14.5         |
|                                   | 9.-Hermano/a              | 10.7         |
|                                   | 6.-Nieto/a                | 9.9          |
|                                   | 4.-Hijo/a de crianza      | 6.9          |
|                                   | 2.-Esposo/a o compañero/a | 5.3          |
|                                   | 12.-Yerno o nuera         | 0.8          |
|                                   | 5.-Padre o madre          | 0.8          |
| Violencia económica o patrimonial | 3.-Hijo/a                 | 35.1         |
|                                   | 11.-Otro pariente         | 23.4         |
|                                   | 13.-No pariente           | 16.0         |
|                                   | 2.-Esposo/a o compañero/a | 7.4          |
|                                   | 6.-Nieto/a                | 7.4          |
|                                   | 9.-Hermano/a              | 6.4          |
|                                   | 4.-Hijo/a de crianza      | 3.2          |
|                                   | 1.-Cabeza de familia      | 1.1          |
| Negligencia, abandono o dejadez   | 3.-Hijo/a                 | 46.4         |
|                                   | 13.-No pariente           | 17.9         |
|                                   | 2.-Esposo/a o compañero/a | 12.5         |
|                                   | 9.-Hermano/a              | 8.9          |
|                                   | 6.-Nieto/a                | 7.1          |
|                                   | 4.-Hijo/a de crianza      | 3.6          |
|                                   | 1.-Cabeza de familia      | 1.8          |
|                                   | 11.-Otro pariente         | 1.8          |

34 Entorno familiar directo del adulto mayor

| VARIABLES                | ALTERNATIVAS                                   | DISTRIBUCIÓN |
|--------------------------|--|--------------|
| Entorno familiar directo | Media de hijos nacidos vivos que tuvo          | 5.1          |
|                          | Media de hijos actualmente vivos               | 4.3          |
|                          | Media de hijos que viven junto al adulto mayor | .85          |

