

Factores asociados con el riesgo de violencia contra mujeres de edad avanzada: un estudio transversal

Rute Costa Régis De Sousa¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2670-2620>

Gleicy Karine Nascimento De Araújo²

 <https://orcid.org/0000-0002-4395-6518>

Rafaella Queiroga Souto³

 <https://orcid.org/0000-0002-7368-8497>

Renata Clemente Dos Santos²

 <https://orcid.org/0000-0003-2916-6832>

Rafael Da Costa Santos⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-8293-340X>

Luana Rodrigues de Almeida³

 <https://orcid.org/0000-0003-1365-8912>

Objetivo: identificar los factores asociados con el riesgo de violencia contra mujeres de edad avanzada. **Método:** se trata de una investigación cuantitativa, analítica y transversal realizada con 122 mujeres de edad avanzada en la ciudad de Recife, estado de Pernambuco, Brasil. La recopilación de datos se llevó a cabo utilizando instrumentos validados y adaptados al Brasil. En el análisis se utilizaron estadísticas descriptivas (frecuencia absoluta y relativa) y estadísticas inferenciales (prueba chi-cuadrado de Pearson, prueba de correlación de Spearman y Regresión Logística Múltiple). **Resultados:** se observó prevalencia de riesgo de abuso contra mujeres mayores de 70 años, alfabetizadas, sin una relación estable, que viven solas, sin ninguna actividad laboral y que tienen un ingreso superior al salario mínimo. Existe una asociación significativa entre el riesgo de violencia entre las mujeres de edad avanzada con un mayor número de condiciones de salud crónicas (24; 77,4%), y aquellas con menos actividad (42; 70,0%). La reducción de la calidad de vida y la insatisfacción con la vida, así como la aparición de síntomas de depresión, aumentan el riesgo de violencia. **Conclusión:** la multimorbilidad, la baja capacidad funcional, los síntomas de depresión, la baja calidad de vida, la insatisfacción con la vida, un elevado número de afecciones crónicas y la dependencia funcional para realizar actividades cotidianas pueden ser factores condicionantes para la aparición del abuso contra personas de edad avanzada.

Descriptores: Enfermagem Forense; Exposição à Violência; Enfermagem Geriátrica; Mulheres; Saúde Pública; Idoso.

Cómo citar este artículo

Sousa RCR, Araújo GKN, Souto RQ, Santos RC, Santos RC, Almeida LR. Factors associated with the risk of violence against older adult women: a cross-sectional study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3394. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4039.3394>. mes día año

URL

Introducción

El aumento en la cantidad de personas mayores dependientes puede estar relacionado con el proceso de envejecimiento, que a menudo viene acompañado de limitaciones físicas, emocionales y cognitivas. Cuando se asocian con una baja condición social, la falta de preparación de la familia para prestar cuidados y un historial recurrente de conflictos intrafamiliares, pueden ser factores que conllevan al abuso contra estos adultos mayores⁽¹⁾.

El abuso contra personas de edad avanzada se define como cualquier tipo de acción u omisión que se produce de forma individual o colectiva, en una sola ocasión o en forma reiterada, dentro de una relación en la que existe confianza o expectativa, causando daños y/o angustia a la persona⁽²⁾. El debate sobre el fenómeno sigue teniendo poca visibilidad en la comunidad académica⁽³⁾; sin embargo, merece atención especial dada la vulnerabilidad y los daños resultantes del mismo para la salud pública y la calidad de vida de la población de edad avanzada⁽⁴⁾.

A pesar de estar enumeradas en la literatura, la presencia de demencia, la edad avanzada, la dependencia para realizar actividades básicas de la vida, las condiciones socioeconómicas desfavorables y el género femenino son factores de riesgo para que estas personas sean víctimas de violencia⁽⁵⁾. La violencia contra personas de edad avanzada (VCPEA) no se produce de manera uniforme y suele encontrarse en más de una modalidad. Por ejemplo, un estudio realizado en Minas Gerais (Brasil) mostró prevalencia de violencia física y psicológica, seguida de abandono, violencia financiera, tortura y violencia sexual⁽⁶⁾. Las mujeres de edad avanzada presentan más probabilidades de ser víctimas de violencia, lo que se perpetra predominantemente en el hogar y en el entorno familiar⁽⁷⁾. Esa evidencia se ha observado con frecuencia en diferentes estudios y contextos^(4,8-9), lo que nos lleva a considerar que las mujeres están más expuestas a experimentar este tipo de situaciones y, por lo tanto, que el género es un factor de riesgo para el fenómeno. Esta condición de vulnerabilidad se explica por las desigualdades de género, por las que las mujeres son subyugadas y oprimidas a todas las edades, y esto se intensifica en la edad adulta, cuando surgen relaciones de poder en las que intervienen otros elementos agresivos que difieren del género.

En una investigación realizada con 7.257 mujeres pertenecientes a diferentes grupos de edad, el 65,1% de las mayores de 65 años declararon haber sufrido violencia física o sexual, en comparación con el 8% de

las mujeres de 16 a 49 años y el 3% de las mujeres de 50 a 65 años⁽¹⁰⁾.

Para afrontar este fenómeno, es necesario trabajar con profesionales capacitados que puedan asistir adecuadamente a las víctimas de violencia de edad avanzada. En Brasil, el área de la Enfermería Forense (EF) se reguló en el año 2011. Es una especialidad que actúa en situaciones de violencia, como la detección y la asistencia a las víctimas⁽¹¹⁾.

Un estudio metodológico, desarrollado con el objetivo de determinar las habilidades destinadas a la EF para atender a personas mayores en situaciones de violencia, señala en sus resultados que existen 47 habilidades generales para tal finalidad, que incluyen la identificación de casos confirmados y/o sospechosos de abuso contra personas de edad avanzada, la denuncia de casos de violencia y la implementación de planes de intervención sobre las víctimas, los agresores y/o sus familias⁽¹²⁾.

El alcance de la EF en el ámbito del abuso, abuso sexual, traumas y otras formas de violencia se centra en el establecimiento de respuestas humanas en todos los contextos y ciclos de la vida, incluidas las personas de edad avanzada, así como en el desarrollo, la promoción, el monitoreo y la implementación de respuestas a los daños producidos como resultado de la violencia mediante la aplicación de prácticas de atención⁽¹¹⁾. A fin de fortalecer las medidas de prevención contra la violencia, identificar los factores que constituyen casos de violencia es esencial para planificar una acción eficaz y resolutive⁽¹³⁾.

Teniendo en cuenta el problema planteado, se justifica el desarrollo de estudios que comprendan los factores asociados y el abuso contra las personas de edad avanzada entre las personas que viven en la comunidad, a fin de darle mayor visibilidad a este fenómeno y desarrollar una visión de la EF sobre la práctica entre las enfermeras registradas, que permita proponer posibles intervenciones y medidas a fin de prevenir el abuso contra estas personas.

En cuanto al tema que se está tratando, se puede plantear la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores que influyen en el riesgo de abuso contra las mujeres de edad avanzada? Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo identificar los factores asociados con el riesgo de violencia contra mujeres de edad avanzada.

Método

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal guiado por la herramienta STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), que se desarrolló para

evaluar la calidad de estudios observacionales (de caso y control, cohorte y transversales)⁽¹⁴⁾, realizados entre 2016 y 2017 en la ciudad de Recife, estado de Pernambuco, Brasil.

El estudio incluyó a todas las mujeres de edad avanzada inscritas en el área cubierta por tres equipos de salud familiar de la Unidad de Salud Familiar, ubicada en la Microzona III del Distrito IV de Salud, Recife, Pernambuco. La población de participantes estuvo conformada por 1.209 personas.

La muestra se calculó según la fórmula de población finita para estudios epidemiológicos. Con este cálculo, la muestra resultante consistió en 159 personas de edad avanzada. Para la evaluación solo se utilizaron datos relativos a las participantes mujeres, ya que se trata de una población más vulnerable a la violencia, como se señala en la literatura⁽⁵⁾, que incluyó 122 personas.

Se utilizó muestreo aleatorio sistemático, y la cantidad de participantes se determinó proporcionalmente entre los tres equipos de la unidad de salud. De cada cinco personas mayores de la lista de cada equipo, se eligió una y se la invitó a participar en la investigación.

En el estudio se incluyó a personas de 60 años o más, y se excluyó a las que presentaban problemas graves de audición (baja agudeza auditiva o sordera) o de visión (baja agudeza visual o ceguera). Los respectivos criterios de exclusión fueron detectados por el investigador mediante la observación o la información de los responsables de las mismas. Se excluyó del estudio a un total de 17 personas debido a estos criterios.

El lugar de recopilación de los datos fueron los hogares de estas personas, en función de los objetivos de la investigación y de la confidencialidad de los datos. Posteriormente, la persona que estaba disponible y tenía interés en participar firmó el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI). Los participantes no recibieron ningún incentivo financiero para participar en la investigación.

El entrevistador fue acompañado por el Agente de Salud Comunitaria al domicilio del participante para proporcionarle la máxima seguridad, ya que este es miembro del equipo de salud y conoce la comunidad.

A fin de que el nivel de escolaridad de los participantes no les impidiera leer y responder a las preguntas, el investigador leyó en voz alta todas las preguntas de los cuestionarios. Además, el entrevistador solicitó que la investigación se realizara solo con el entrevistado, en un espacio privado, creando así un entorno más favorable para que la persona se sintiera segura al responder preguntas relacionadas principalmente con la violencia.

La recopilación de datos duró aproximadamente 40 minutos. No se observaron inconvenientes en el

desarrollo de la investigación, ya que el investigador aclaraba que la recopilación podía interrumpirse y reanudarse en otro momento.

Para recopilar los datos se utilizaron los siguientes instrumentos validados y adaptados al Brasil: Cronograma de Vejez de Brasil (*Brazil Old Age Schedule, BOAS*)⁽¹⁵⁾; Prueba de Detección de Abuso de Ancianos de Hwalek-Sengstock (*Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test, H-S/EAST*)⁽¹⁶⁾; cuestionario de Patologías Crónicas Autodeclaradas⁽¹⁷⁾; Mini Examen del Estado Mental (*Mini Mental State Examination, MMSE*)⁽¹⁸⁾; Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (*Advanced Activities of Daily Living, AADL*)⁽¹⁹⁾; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (*Instrumental Activities of Daily Living, IADL*)⁽²⁰⁾; Actividades Básicas de la Vida Diaria (*Basic Activities of Daily Living, BADL*)⁽²¹⁾; y el módulo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-OLD*)⁽²²⁾.

La caracterización sociodemográfica de la población evaluada se realizó utilizando el instrumento BOAS, que se divide en secciones que incluyen información general, salud física y utilización de servicios médicos, odontológicos y de salud mental⁽¹⁵⁾. Se extrajeron de este instrumento preguntas relativas a la edad, al estado civil, a la alfabetización, al estado civil, a la profesión y a los ingresos (6 preguntas).

El H-S/EAST es un instrumento norteamericano que consiste en 15 preguntas que analizan el riesgo de abuso contra personas de edad avanzada. Se otorga un punto por cada respuesta afirmativa, excepto en los puntos 1, 6, 12 y 14, donde se otorga un punto por cada respuesta negativa. Un puntaje de tres o más indica un mayor riesgo de que se presente algún tipo de violencia⁽¹⁶⁾.

El cuestionario de patologías crónicas autodeclaradas evalúa en 7 preguntas la presencia de patologías crónicas, a saber: angina o infarto, accidente cerebrovascular (ACV), cáncer, artritis o reumatismo, enfermedad pulmonar, depresión y osteoporosis⁽¹⁷⁾. El MMSE se aplicó para evaluar el deterioro cognitivo entre las personas de edad avanzada por medio de 30 preguntas. El puntaje de este instrumento puede variar entre 0 y 30 puntos, donde el límite puede oscilar según la escolaridad del entrevistado, siendo 13 puntos en caso de analfabetismo, 18 para personas con un nivel de escolaridad bajo o medio, y 26 para las que tienen un nivel de escolaridad alto⁽¹⁸⁾.

La capacidad funcional de los participantes se evaluó de acuerdo con las AADL, IADL y BADL. Las AADL son 12 preguntas adaptadas que se refieren a la participación de las personas de edad avanzada en actividades más complejas como las educativas, cívicas, religiosas y de ocio, ofreciendo tres posibles respuestas:

nunca la realizó, dejó de realizarlas y todavía las realiza. Las personas que realizan solo tres o menos actividades se clasifican como menos activos⁽¹⁹⁾. Las IADL contemplan 7 preguntas sobre actividades de mediana complejidad como utilizar el teléfono, usar medios de transporte, realizar compras y administrar el dinero⁽²⁰⁾, mientras que las BADL se basaron en el índice de Katz, verificando funciones como el desplazamiento, la higiene, la alimentación y el control de los esfínteres en 6 preguntas. Todas las escalas clasificaron a estas personas como independientes o dependientes en base a la necesidad de ayuda o a la incapacidad de realizar alguna de las actividades evaluadas⁽²¹⁾.

El módulo WHOQOL-OLD evalúa la calidad de vida. Consta de 24 preguntas y las respuestas se indican en una escala de Likert (de 1 a 5) atribuida a seis elementos, a saber: funcionamiento sensorial; autonomía; actividades pasadas, presentes y futuras; participación social; muerte y agonía; e intimidad⁽²²⁾.

El riesgo de violencia fue la variable dependiente. Las variables independientes fueron las siguientes: edad, estado civil, alfabetización, trabajo remunerado, ingresos, condiciones de vida, patologías crónicas, actividades de la vida diaria, calidad de vida y deterioro cognitivo.

Los datos recopilados fueron insertados en la modalidad de doble entrada por digitadores independientes en el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 21.0, y los desacuerdos fueron revisados y corregidos por el coordinador de la recopilación de datos.

Posteriormente, se realizó el análisis de los datos utilizando estadísticas descriptivas (frecuencia absoluta y relativa) e inferenciales (chi-cuadrado de Pearson, prueba de correlación de Spearman y Regresión Logística Múltiple). Se estableció la prueba no paramétrica porque, según el resultado de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, las variables no presentaban distribución normal. Se adoptó un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$) para todos los análisis.

El criterio de entrada de las variables en el modelo de regresión logística se fijó en $p < 0,02$ en función del resultado de la prueba de asociación. Al final, se consideró significativo un valor de 0,05 o menor.

Esta investigación fue sometida a la consideración del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Federal de Pernambuco y fue aprobada bajo el N° de dictamen 1413599/16. Se han respetado y seguido todas las recomendaciones y principios éticos previstos en las investigaciones en las que participan seres humanos, de conformidad con la Resolución 466/12, establecida por el Consejo de Salud de Brasil.

Resultados

En la muestra predominaron mujeres con una edad máxima de 70 años (72; 59,0%); alfabetizadas (85; 69,7%); solteras (92; 75,4%); que vivían con otra(s) persona(s) (106; 86,9%); que no trabajaban (103; 88,0%); y con ingresos de hasta 1 salario mínimo (94; 77,0%). El riesgo de violencia se hizo presente en el 59,0% ($n=72$) de las personas entrevistadas.

En la Tabla 1 se muestran los datos relativos a la asociación entre estas características y el riesgo de violencia. No se observó ninguna asociación estadísticamente significativa entre las variables; sin embargo, hubo prevalencia del riesgo de violencia en las mujeres mayores de 70 años, las alfabetizadas, las que no tenían una relación estable, las que vivían solas, las que no tenían actividad laboral y las que tenían ingresos superiores a un salario mínimo.

Tabla 1 - Riesgo de violencia en función de las características sociodemográficas de las mujeres de edad avanzada que participaron en la investigación. Recife, PE, Brasil, 2016-2017, N=122

Variables	Riesgo de violencia		valor-p*
	Con riesgo	Sin riesgo	
Edad	n (%)	n (%)	
≤70 años	42 (58,3)	30 (41,7)	0,85
>70 años	30 (60,0)	20 (40,0)	
Alfabetización			
Sí	51 (60,0)	34 (40,0)	0,73
No	21 (56,8)	16 (43,2)	
Estado civil			
Casada/En convivencia	17 (56,7)	13 (43,3)	0,76
Viuda/Separada/Nunca se casó	55 (59,8)	37 (40,2)	
Estado civil			
Vive sola	10 (62,5)	6 (37,5)	0,76
Vive con otra(s) persona(s)	62 (58,5)	44 (41,5)	
¿Está trabajando?			
Sí	6 (42,9)	8 (57,1)	0,19
No	63 (61,2)	40 (38,8)	
Ingreso mensual			
Hasta 1 salario mínimo	54 (57,4)	40 (42,6)	0,51
Más de 1 salario mínimo	18 (64,3)	10 (35,7)	

*Prueba chi-cuadrado de Pearson

En la Tabla 2 se presenta el riesgo de violencia en función de ciertos factores como la cantidad de afecciones crónicas autodeclaradas y las actividades avanzadas, instrumentales y básicas de la vida diaria. Existe una asociación significativa entre el riesgo de violencia contra las mujeres de edad avanzada y el

mayor número de afecciones crónicas (24; 77,4%) y la menor actividad (42; 70,0%), según la escala de las AADL. El cruce del riesgo de violencia con las escalas de las AADL y las BADL no fue significativo; sin embargo, la dependencia fue predominante entre las mujeres de edad avanzada con riesgo de violencia.

Tabla 2 - Asociación entre el riesgo de violencia y los factores evaluados entre las participantes de la investigación. Recife, PE, Brasil, 2016-2017, N=122

Variables	Riesgo de violencia		valor-p [†]
	Con riesgo	Sin riesgo	
	n (%)	n (%)	
Cantidad de patologías crónicas autodeclaradas			
0 a 3	48 (52,7)	43 (47,3)	0,01
4 a 7	24 (77,4)	7 (22,6)	
AADLs [†]			
Más actividad	30 (48,4)	32 (51,6)	0,01
Menos actividad	42 (70,0)	18 (30,0)	
IADLs [‡]			
Independiente	30 (53,6)	26 (46,4)	0,21
Dependiente	42 (64,6)	23 (35,4)	
BADLs [§]			
Independiente	55 (57,3)	41 (42,7)	0,33
Dependiente	17 (68,0)	8 (32,0)	

[†]Prueba chi-cuadrado de Pearson; [‡]AADL = Actividades avanzadas de la vida diaria; [§]IADL = Actividades instrumentales de la vida diaria; [¶]BADL = Actividades básicas de la vida diaria

La Tabla 3 muestra el modelo de regresión logística múltiple correspondiente al riesgo de violencia. En el modelo solo se incluyeron las variables con $p < 0,02$ en los análisis bivariados. Los datos nos permiten inferir que las mujeres en edad avanzada con 4 a 7 patologías crónicas que son menos activas tienen 2,69 y 2,22 veces más probabilidades de presentar algún riesgo de violencia, respectivamente.

Tabla 3 - Variables asociadas con el riesgo de violencia por medio de regresión logística ajustada. Recife, PE, Brasil, 2016-2017, N=122

Variables	OR [†]	IC [‡]	valor-p [†]
Cantidad de patologías autodeclaradas			
0 a 3	1,00	-	-
4 a 7	2,69	[1,03-7,01]	0,04
Actividades avanzadas de la vida diaria			
Más actividad	1,00	-	-
Menos actividad	2,22	[1,03-4,75]	0,04

R² ajustado: 0,111; Exactitud de la prueba: 0,336; [†]OR = Odds ratio; [‡]IC = Intervalo de confianza; [§]Significancia de la prueba

La Tabla 4 muestra el resultado del análisis de correlación entre los puntajes totales de los instrumentos H-S/EAST, MMSE y WHOQOL. A través de la correlación

negativa, se puede observar que, a medida que la calidad de vida disminuye, los adultos de edad avanzada presentan mayor riesgo de violencia.

Tabla 4 - Correlación entre el puntaje total del H-S/EAST y los puntajes totales del MEEM y del WHOQOL. Recife, PE, Brasil, 2016-2017, N=122

Variables	Puntaje total de H-S/EAST [†]	
	Coefficiente de correlación	valor-p [†]
Puntaje total de MMSE [‡]	0,008	0,934
Puntaje total de WHOQOL [§]	-0,253	0,007

[†]H-S/EAST = Prueba de detección de abuso contra personas mayores de Hwalek-Sengstock; [‡]Prueba de correlación de Spearman; [§]MMSE = Mini Examen de Estado Mental; [¶]WHOQOL = Módulo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud

Discusión

Considerar los factores de predicción como guía para la práctica le permite al profesional orientar la atención a las necesidades reales de la población en estudio. Al referirse a la violencia contra personas de edad avanzada, la Enfermería Forense pretende mejorar la asistencia a los casos considerados forenses presentando habilidades específicas para enfrentar este fenómeno⁽²³⁾. Los datos de caracterización de la muestra indican situaciones de predominio del riesgo de violencia entre personas de edad avanzada que requieren una visión de la enfermería desde la perspectiva forense.

Las participantes que alcanzaron el puntaje de riesgo de abuso eran predominantemente mayores de 70 años; estos datos corroboran los encontrados en algunos estudios de la literatura⁽²⁴⁻²⁵⁾, como uno realizado en Irán en el que el abuso se hace presente en el 93% (n=57) de las mujeres mayores de 72 años⁽²⁶⁾. Las mujeres de este grupo de edad pueden correr mayor riesgo de sufrir violencia debido a la mayor vulnerabilidad que acompaña a la edad avanzada⁽²⁴⁾.

Los resultados demostraron que la alfabetización se caracterizaba por ser un factor de riesgo de violencia en las mujeres de edad avanzada, lo que difiere de la literatura, que afirma que las personas de edad avanzada con bajos niveles de escolaridad presentan más probabilidades de sufrir abusos⁽²⁷⁾. Sin embargo, en otro estudio se afirmó que el riesgo de violencia sexual o física aumentaba en personas con mayor grado de escolaridad⁽²⁸⁾. La prevalencia del riesgo entre las personas mayores puede justificarse por la mejor percepción de la violencia entre las personas que tienen un mayor nivel de escolaridad.

A pesar de no ser estadísticamente significativo, el estado civil es también un factor de riesgo en lo que respecta a la violencia. En un examen sistemático se registró que el hecho de no estar en una relación estable es un factor asociado a la violencia en personas de edad

avanzada⁽²⁹⁾, y otro estudio registró este mismo perfil marital en las mujeres con mayor prevalencia de violencia física y sexual⁽³⁰⁾.

Es posible verificar que el riesgo era más frecuente entre quienes recibían más de un salario mínimo. En otro estudio realizado con mujeres chinas de edad avanzada que viven en los Estados Unidos se obtuvieron resultados similares, es decir, que el abuso es más frecuente entre personas con niveles de ingresos más altos⁽³¹⁾. Estos resultados parecen contradictorios, ya que las mujeres de edad avanzada que padecen dificultades financieras tienen 2,5 veces más probabilidades de sufrir un tipo de abuso más grave⁽³²⁾. No obstante, teniendo en cuenta que muchas personas mayores contribuyen significativamente a los ingresos familiares, esto hace que las mujeres de edad avanzada con mayor poder económico corran un mayor riesgo de sufrir abusos, que pueden ser perpetrados por los propios miembros de la familia mediante la apropiación del dinero o de los bienes de la mujer⁽³³⁾.

Se encontró una asociación ($p=0,01$) entre la cantidad de afecciones autodeclaradas y el riesgo de violencia y, en la regresión logística, las mujeres de edad avanzada que declararon un mayor número de afecciones, es decir, la mayor multimorbilidad, presentaron 2,69 veces más probabilidades de estar en riesgo de abuso (IC=95%, 1,03-7,01). La mayor expectativa de vida de las mujeres en comparación con la de los hombres en Brasil⁽³⁴⁾ y en todo el mundo⁽³⁵⁾ ha dado lugar a una feminización de la vejez⁽³⁶⁾, sin que ello se traduzca automáticamente en un envejecimiento saludable, dando lugar a una alta prevalencia de multimorbilidad en mujeres de edad avanzada y en personas mayores en general⁽³⁷⁻³⁹⁾.

La multimorbilidad es la aparición de dos o más afecciones crónicas en un mismo individuo⁽⁴⁰⁾, y se asocia con elementos como la pérdida de capacidad funcional^(39,41), la disminución de la fuerza de agarre⁽⁴⁰⁾, la fragilidad⁽⁴²⁾ y el deterioro cognitivo⁽⁴³⁾, las cuales también se asocian con el abuso contra personas de edad avanzada. Además, la literatura indica que las personas mayores con un alto número de comorbilidades presentan más probabilidades de sufrir violencia⁽⁴⁴⁾. Reforzando este análisis, un estudio desarrollado en Dakahlia (Egipto) con 272 personas de edad avanzada concluyó, basándose en el análisis de regresión, que el hecho de no tener comorbilidades crónicas es un factor de protección para las mujeres de este rango de edad⁽⁴⁵⁾.

La disminución de la capacidad funcional potencialmente inducida por la presencia de morbilidades asociadas al riesgo de violencia es un hecho muy evidente cuando analizamos la Tabla 2, donde se observa que las mujeres de edad avanzada que son menos activas en las AADL presentan mayor prevalencia (70,0%, $n=42$) de riesgo de violencia ($p=0,01$); y cuando observamos

la Tabla 3, que indica que las mujeres de edad avanzada que son menos activas en las AADL presentan 2,22 veces más probabilidades de estar en riesgo de abuso (IC=95%, 1,03-4,75).

La EF se encarga de actuar en la prevención de casos de violencia contra personas de edad avanzada, así como de planificar acciones que eviten o minimicen el declive funcional, lo que se reconoce como una medida que puede reducir el riesgo de violencia entre esta población⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾. La literatura indica que la dependencia funcional de las personas mayores puede aumentar 2,20 veces la exposición a la violencia, ya que aumenta la relación de dependencia entre las víctimas y el probable agresor⁽⁴⁸⁾.

En un estudio de investigación desarrollado en Río de Janeiro con personas de edad avanzada dependientes se trató de enumerar los factores asociados a la violencia y, en los resultados de dicha asociación, se observó mayor prevalencia de casos de violencia entre las personas mayores que presentaban cierto grado de deterioro cognitivo⁽⁴⁹⁾. Existen pocas notas en la literatura que muestren la correlación entre el riesgo de violencia y el deterioro cognitivo que se observó en los resultados del presente estudio, por lo que no es posible determinar la relación entre causa y efecto para ambos resultados. Un déficit cognitivo elevado puede aumentar el riesgo de violencia, así como este riesgo puede empeorar la función cognitiva de las mujeres de edad avanzada⁽⁵⁰⁾.

Otra variable que también se correlacionó con el riesgo de abuso fue el puntaje total del WHOQOL: el coeficiente de correlación fue negativo, lo que indica una relación inversamente proporcional entre las dos variables, es decir, cuanto más alto sea el puntaje del WHOQOL (mayor calidad de vida), más bajo será el del HS-EAST (menor riesgo de abuso), o viceversa.

En un estudio realizado con personas de edad avanzada en China se comprobó que la autonegligencia es un factor de riesgo para una calidad de vida deficiente⁽⁵¹⁾, y que otros factores que también se asocian con la calidad de vida⁽⁵²⁾ son los años de estudio, la salud autocalificada, la cantidad de afecciones crónicas y la actividad física⁽⁵³⁾.

La calidad de vida también se asocia con el prejuicio que las personas de edad avanzada tienen sobre sí mismas y sobre el envejecimiento, por lo que la EF se encarga de promover actitudes positivas hacia la vejez y la autopercepción de las mujeres a esta edad, lo que conduce a una mejora de la calidad de vida y, en consecuencia, a una menor probabilidad de abuso⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

Los resultados apoyan el enfoque del desempeño de la EF para la población del estudio, señalando que la capacidad funcional, el deterioro cognitivo y la calidad de vida son factores que aumentan el riesgo de violencia entre estas personas, por lo que cualquier intervención

en estos aspectos puede ser satisfactoria para prevenir la violencia. Además, esos factores deben atraer la atención de las enfermeras forenses al examinar a las personas de edad avanzada que son víctimas de violencia⁽¹³⁾.

Las limitaciones del estudio incluyen la ausencia de instrumentos validados en el panorama brasileño que identifiquen todos los tipos de violencia, factor que restringe la profundización de la discusión sobre este fenómeno. Además, se carece de estudios que relacionen a la EF y su ejercicio en el contexto de la violencia contra personas de edad avanzada, impidiendo así una clara comprensión de la comunidad científica de enfermería sobre este campo de acción.

Conclusión

Se puede concluir que factores como la multimorbilidad, la baja capacidad funcional, los síntomas de depresión, la baja calidad de vida, la insatisfacción con la vida y la dependencia funcional para las actividades cotidianas, están asociados con el riesgo de violencia contra las mujeres de edad avanzada.

El estudio contribuye al ámbito académico y a la práctica de la enfermería, ya que proporciona sustentos para tomar decisiones basadas en pruebas comprobadas, demostrando los factores predictivos de la violencia contra las mujeres de edad avanzada. Además, refuerza el campo de trabajo de la EF, así como la realización de nuevos estudios de investigación sobre el diagnóstico situacional y la propuesta de intervenciones para combatir el fenómeno de la violencia.

Referencias

1. Belisário MS, Dias FA, Pegorari MS, Paiva MM, Ferreira PCS, Corradini FA, et al. Cross-sectional study on the association between frailty and violence against community-dwelling elderly people in Brazil. *São Paulo Med J*. [Internet]. 2017 Dec [cited Mar 10, 2019];136(1):10-9. Available from: 10.1590/1516-3180.2017.0203290817
2. World Health Organization. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva: WHO; 2002.
3. Santana IO, Vasconcelos DC, Lima Coutinho MP. Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica. *Arq Bras Psicol*. [Internet]. 2016 [Acesso 10 mar 2019];68(1):126-39. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000100011
4. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [cited Mar 11,

2019];71(suppl 2):777-85. Available from: <http://dx.doi.org/0.1590/0034-7167-2017-0139>

5. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggress Violent Behav*. 2020 Jan;50:101339. doi: 10.1016/j.avb.2019.101339
6. Oliveira GF, Cunha BRR, Souza ADC, Giorgiani M, Batista JRR, Alves PMR, et al. Epidemiological Profile of Violence against the Elderly in the State of Minas Gerais, Brazil. *SciMedicine J*. 2019 Jun;1(2):38-47. doi: 10.28991/SciMedJ-2019-0102-1
7. Silva GCN, Almeida VL, Brito TRP, Godinho MLC, Nogueira DA, Chini LT. Violência contra idosos em um município do sul de Minas Gerais: uma análise documental. *Aquichan*. 2018 Dec;18(4):449-60. doi: 10.5294/aqui.2018.18.4.7
8. Alencar Junior FO, Moraes JR. Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018 May;27(2). doi: 10.5123/s1679-49742018000200009
9. Dantas RB, Oliveira GL, Silveira AM. Psychometric properties of the Vulnerability to Abuse Screening Scale for screening abuse of older adults. *Rev Saude Publica*. 2017;51. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006839
10. Knight L, Hester M. Domestic violence and mental health in older adults. *Int Rev Psychiatry*. 2016 Sep;28(5):464-74. doi: 10.1080/09540261.2016.1215294
11. Associação Brasileira de Enfermagem Forense. Regulamento das competências técnicas da enfermagem forense. [Internet]. Aracaju: ABENFORENSE; 2015 [Acesso 12 abr 2019]. Disponível em: <http://www.abeforense.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Competências-Técnicas-da-Enfermagem-Forense.pdf>
12. Du Mont J, Kosa D, Macdonald S, Elliot S, Yaffe M. Development of skills-based competencies for forensic nurse examiners providing elder abuse care. *BMJ Open*. 2016;6(2):1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009690
13. Du Mont J, Kosa D, Yang R, Solomon S, Macdonald S. Determining the effectiveness of an Elder Abuse Nurse Examiner Curriculum: A pilot study. *Nurse Educ Today*. [Internet]. 2017 Aug [cited Apr 23, 2020];55:71-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.002>
14. Cheng A, Kessler D, Mackinnon R, Chang TP, Nadkarni VM, Hunt EA, et al. Reporting Guidelines for Health Care Simulation Research. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc*. 2016 Aug;11(4):238-48. doi: 10.1097/SIH.000000000000150
15. Veras RP, Souza CAM, Cardoso RF, Milioli R, Silva SD. Pesquisando populações idosas - A importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. *Rev Saude Publica*. 1988 Dez;22(6):513-8. doi: 10.1590/S0034-89101988000600008

16. Reichenheim ME, Paixão Jr CM, Moraes CL. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. *Cad Saude Publica*. 2008 Aug;24(8):1801-13. doi: 10.1590/S0102-311X2008000800009
17. Domingues PC, Neri AL. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. *Rev Bras Ativ Física Saúde*. 2009;14(3):164-73. doi: 10.12820/rbafs.v.14n3p164-173
18. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saude Publica*. 2006 Aug;40(4):712-9. doi: 10.1590/S0034-89102006000500023
19. Oliveira EM, Silva HS, Lopes A, Cachioni M, Falcão DVS, Batistoni SST, et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico-USF*. 2015 Apr;20(1):109-20. doi: 10.1590/1413-82712015200110
20. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2008;290-6. doi: 10.5020/18061230.2008.p290
21. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 Jun;41(2):317-25. doi: 10.1590/S0080-62342007000200021
22. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica*. 2006 Oct;40(5):785-91. doi: 10.1590/S0034-89102006000600007
23. Paiva MHP, Lages LP, Medeiros ZC. Studies on forensic nursing in Brazil: a systematic review of the literature. *Int Nurs Rev*. [Internet]. 2017 Jun [cited Jun 29, 2020];64(2):286-95. doi: 10.1111/inr.12328
24. Guimarães APS, Górios C, Rodrigues CL, Armond JE. Notification of intrafamily violence against elderly women in the city of São Paulo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018 Feb;21(1):88-94. doi: 10.1590/1981-22562018021.160213
25. Hernández RR, Esquivel-Santoveña EE. Prevalencia y factores asociados con la violencia de pareja en las adultas mayores mexicanas. *Salud Colect*. 2020 May;16:e2600. doi: 10.18294/sc.2020.2600
26. Sadrollahi A, Khalili Z, Ghorbani M, Mahmoodi M. The Prevalence of Various Abuse Types and Their Associated Factors in the Elderly. *J Res Heal*. 2020 Jan;59-66. doi: 10.32598/JRH.10.1.59
27. Bows H. Sexual Violence Against Older People: A Review of the Empirical Literature. *Trauma Violence Abuse*. 2018 Dec;19(5):567-83. doi: 10.1177/1524838016683455
28. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, Horta BL, Leite IC. Violência urbana e fatores de risco relacionados ao feminicídio em contexto amazônico brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2019;35(8). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00230418>
29. Warmling D, Lindner SR, Coelho EBS. Prevalência de violência por parceiro íntimo em idosos e fatores associados: revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2017 Sep [Acesso 23 abr 2020];22(9):3111-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12312017>
30. Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2017 [cited Apr 23, 2020];51. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006815>
31. Dong X, Chen R, Simon MA. Elder Mistreatment in U.S. Community-Dwelling Chinese Older Women. *Violence Against Women*. 2016 Aug 27;22(9):1097-112. doi: 10.1177/1077801215618804
32. Donder L, Lang G, Ferreira-Alves J, Penhale B, Tamutiene I, Luoma ML. Risk factors of severity of abuse against older women in the home setting: a multinational European study. *J Women Aging*. 2016 Nov;28(6):540-54. doi: 10.1080/08952841.2016.1223933
33. Alarcon MFS, Paes VP, Damaceno DG, Sponchiado VBY, Marin MJS. Financial abuse: circumstances of occurrences against older adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(6). doi: 10.1590/1981-22562019022.190182
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2018. [Internet]. 2018 [Acesso 5 jun 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101629>
35. Kontis V, Bennett JE, Mathers CD, Li G, Foreman K, Ezzati M. Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *Lancet*. 2017;389(10076):1323-35. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32381-9
36. Carney GM. Toward a gender politics of aging. *J Women Aging*. 2018 May;30(3):242-58. doi: 10.1080/08952841.2017.1301163
37. Bell SP, Saraf AA. Epidemiology of Multimorbidity in Older Adults with Cardiovascular Disease. *Clin Geriatr Med*. 2016 May;32(2):215-26. doi: 10.1016/j.cger.2016.01.013
38. Lin H, Li Q, Hu Y, Zhu C, Ma H, Gao J, et al. The prevalence of multiple non-communicable diseases among middle-aged and elderly people: the Shanghai Changfeng Study. *Eur J Epidemiol*. 2017 Feb;32(2):159-63. doi: 10.1007/s10654-016-0219-6
39. Rillamas-Sun E, LaCroix AZ, Bell CL, Ryckman K, Ockene JK, Wallace RB. The Impact of Multimorbidity and Coronary Disease Comorbidity on Physical Function

- in Women Aged 80 Years and Older: The Women's Health Initiative. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2016 Mar;71(Suppl 1):S54-61. doi: 10.1093/gerona/glv059
40. Volaklis KA, Halle M, Thorand B, Peters A, Ladwig KH, Schulz H, et al. Handgrip strength is inversely and independently associated with multimorbidity among older women: Results from the KORA-Age study. *Eur J Intern Med*. 2016 Jun;31:35-40. doi: 10.1016/j.ejim.2016.04.001
41. Costa Filho AM, Mambrini JVM, Malta DC, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Contribution of chronic diseases to the prevalence of disability in basic and instrumental activities of daily living in elderly Brazilians: the National Health Survey (2013). *Cad Saude Publica*. 2018 Feb 5;34(1). doi: 10.1590/0102-311x00204016
42. Villacampa-Fernández P, Navarro-Pardo E, Tarín JJ, Cano A. Frailty and multimorbidity: Two related yet different concepts. *Maturitas*. 2017 Jan;95:31-5. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.10.008
43. Loprinzi PD. Multimorbidity, cognitive function, and physical activity. *Age (Omaha)*. 2016 Feb;38(1):8. doi: 10.1007/s11357-016-9874-5
44. Bolsoni CC, Lindner SR, D'Orsi E, Salema Coelho EB. Dimensions of Violence against the Elderly and Health Conditions: a Population-based Study in Southern Brazil. *Res Ageing Soc Policy*. 2019 Jul;7(2):426. doi: 10.17583/rasp.2019.4425
45. El-Khawaga G, Eladawi N, Abdel-Wahab F. Abuse of Rural Elders in Mansoura Districts, Dakahlia, Egypt: Prevalence, Types, Risk Factors, and Lifestyle. *J Interpers Violence*. 2018 Apr;1-15. doi: 10.1177/0886260518767900
46. Kong J, Jeon H. Functional Decline and Emotional Elder Abuse: a Population-Based Study of Older Korean Adults. *J Fam Violence*. 2018 Jan;33(1):17-26. doi: 10.1007/s10896-017-9941-4
47. Santos AA, Silva JF, Ferreira MB, Conceição VLS, Alves DMC. Estado da arte da Enfermagem Forense no cenário atual da saúde. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2019 Jul;(27):e1015. doi: 10.25248/reas.e1015.2019
48. Sathya T, Premkumar R. Association of functional limitations and disability with elder abuse in India: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2020 Dec;20(1):220. doi: 10.1186/s12877-020-01619-3
49. Lino VTS, Rodrigues NCP, Lima IS, Athie S, Souza ER. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2019 Jan [Acesso 23 abr 2020];24(1):87-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>
50. Faustino AM, Moura LBA, Gandolfi L. Relação entre violência e função cognitiva em idosos. *J Nurs UFPE On Line*. [Internet]. 2016 [Acesso 23 abr 2020];10(5):1717-23. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i5a13547p1717-1723-2016>
51. Zhao Y, Hu C, Feng F, Gong F, Lu S, Qian Z, et al. Associations of self-neglect with quality of life in older people in rural China: a cross-sectional study. *Int Psychogeriatrics*. [Internet]. 2017 Jun [cited Jun 15, 2019];29(6):1015-26. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1041610217000229>
52. Sánchez-García S, García-Peña C, Salvà-Casanovas A, Sánchez-Arenas R, Granados-García V, Cuadros-Moreno J, et al. Frailty in community-dwelling older adults: association with adverse outcomes. *Clin Interv Aging*. [Internet]. 2017 Jun [cited Jun 16, 2019];Volume 12:1003-11. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S139860>
53. Fonte E, Feitosa P, Oliveira Neto L, Araújo C, Figueiroa J, Alves J. Effects of a physical activity program on the quality of life among elderly people in Brazil. *J Fam Med Prim Care*. [Internet]. 2016 [cited Jun 18, 2019];5(1):139. Available from: <https://doi.org/10.4103/2249-4863.184639>
54. Top M, Dikmetaş E. Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. *Heal Expect*. [Internet]. 2015 Apr [cited Jun 20, 2019];18(2):288-300. Available from: <https://doi.org/10.1111/hex.12032>
55. Yamada Y, Merz L, Kisvetrova H. Quality of life and comorbidity among older home care clients: role of positive attitudes toward aging. *Qual Life Res*. [Internet]. 2015 Jul [cited Jun 20, 2019];24(7):1661-7. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0899-x>

Recibido: 03.12.2019

Aceptado: 15.07.2020

Editora Asociada:
Andrea Bernardes

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Rafaella Queiroga Souto
E-mail: rafaellaqueiroga7@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-7368-8497>