



La brecha de género en violencia doméstica en adultos mayores en América Latina: el Estudio IMIAS

Dimitri Taurino Guedes,¹ Carmen Lucía Curcio,² Beatriz Alvarado Llano,³ María Victoria Zunzunegui⁴ y Ricardo Guerra⁵

Forma de citar

Taurino Guedes D, Curcio CL, Alvarado Llano B, Zunzunegui MV, Guerra R. La brecha de género en violencia doméstica en adultos mayores en América Latina: el Estudio IMIAS. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):293–300.

RESUMEN

Objetivo. Describir la prevalencia de violencia doméstica en hombres y mujeres mayores de Natal, Brasil y Manizales, Colombia y explorar si las diferencias de género se deben a diferencias en condiciones sociales y económicas a lo largo de la vida.

Métodos. Estudio transversal con muestra aleatoria de 802 hombres y mujeres del Estudio IMIAS (International Mobility in Aging Study) (65–74 años) desarrollado en Natal y Manizales. La violencia perpetrada, durante los últimos seis meses y alguna vez en la vida, fue evaluada por la escala HITS. La regresión de Poisson fue utilizada para estimar las razones de prevalencia de violencia de las mujeres respecto a los hombres.

Resultados. La experiencia de violencia física ocurrida alguna vez en la vida varió entre 2,2 y 18,3% según la ciudad y el sexo. La violencia psicológica fue más elevada en mujeres, siendo la violencia perpetrada por el compañero de 25,7% en Natal y 19,4% en Manizales; y por la familia de 18,3% en Manizales y 10% en Natal. Casi la mitad de los participantes informaron haber sufrido violencia psicológica alguna vez en la vida. La violencia actual o alguna vez en la vida fue más frecuente en las mujeres, incluso tras ajustes por covariables, presentando razones de prevalencia entre 1,60 y 2,14.

Conclusiones. Las tasas de prevalencia de violencia doméstica en los adultos mayores revelan que las mujeres son más afectadas, por lo cual deben ser consideradas como prioridad en las políticas de prevención de la agenda de salud para Latinoamérica.

Palabras clave

Salud de la mujer; violencia doméstica; maltrato al anciano; violencia contra la mujer; salud del anciano, América Latina.

La violencia contra las mujeres ha pasado de ser una práctica aceptada socialmente a constituir una violación de los

derechos humanos. A pesar de algunos avances en el registro de la violencia doméstica (VD) (1), poco se habla de la violencia en contra de las mujeres mayores, en comparación con lo que se reconoce en personas más jóvenes. La mayoría de las investigaciones sobre VD en adultos mayores han sido realizadas en América del Norte y Europa (2–4), con pocos estudios en América Latina (5, 6).

Los reportes de VD en Brasil y Colombia muestran la gravedad de la situación

en los adultos mayores. El Consejo Nacional de los Adultos Mayores de Brasil afirma que 27,1 % de los casos de violencia son contra adultos mayores (7). Las mujeres adultas mayores representan la tercera franja etaria con mayor número de agresiones. La violencia psicológica (VP) fue la más reportada (55%), seguida de la violencia física (VF) (27%). Los principales autores de las agresiones son los hijos (37%), otros parientes (17%) y el cónyuge (10%) (7). En Colombia, la

¹ Facultad de Ciencias de la Salud de Trairi. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, Brasil.

² Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

³ Salud Pública y Epidemiología. Queen's University, Ontario, Canadá.

⁴ Escuela de Salud Pública, Université de Montreal, Montreal, Canadá.

⁵ Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, Brasil.

agresión contra el anciano corresponde al 1,8% del total y se reportaron con mayor prevalencia VF (60%) y VP (25%). Las personas más afectadas son mujeres y tienen entre 60 y 64 años. Las agresiones provienen de sus familiares, hijos y hermanos (8). Estos datos concuerdan con los de otros países de la región (9).

Las causas que conducen a la violencia contra los adultos mayores son múltiples y complejas (10). Se creía que la edad avanzada o los problemas físicos eran factores comunes en casos de VD contra los adultos mayores. Sin embargo, investigaciones han demostrado que estos factores por sí mismos no explican la violencia, aunque pueden ser coadyuvantes (11). Otros factores como la falta de control social, las normas o expectativas de género, el soporte social, el nivel socioeconómico, pueden explicar la VD (12, 13). Algunos de estos factores podrían explicar la mayor prevalencia en las mujeres. Sin embargo, se necesitan más estudios que exploren las circunstancias que expliquen la mayor prevalencia de violencia en la mujer adulta mayor.

La violencia contra los adultos mayores plantea un desafío para la región dado el envejecimiento acelerado de su población (1), la gran influencia de la familia como apoyo social en la vejez (14) y las consecuencias negativas de la VD en la salud (15).

Este estudio tiene como objetivos describir la prevalencia de violencia en adultos mayores (personas entre 65 y 74 años) en estas ciudades, tanto la violencia alguna vez en la vida como actualmente, describir las diferencias entre el hombre y la mujer en la prevalencia, naturaleza y tiempo, y explorar si las diferencias de género observadas se deben a diferencias en condiciones sociales y económicas de la infancia, a las oportunidades sociales a lo largo de la vida o a diferencias en la autonomía financiera de los adultos mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Contexto

El IMIAS (*International Mobility in Aging Study*) es un estudio longitudinal de base poblacional en adultos mayores que se llevó a cabo en las ciudades de Tirana (Albania), Natal (Brasil), Manizales (Colombia), Kingston (Canadá) y Saint-Hyacinthe (Canadá). Para este

estudio se usaron datos de Natal y Manizales. Natal es una ciudad de 800 000 habitantes situada al Noreste de Brasil y es la capital del estado de Rio Grande do Norte. Manizales es una ciudad de 400 000 habitantes en la zona cafetera de los Andes de Colombia. Estas ciudades representan formas tradicionales de vida de la región y son sociedades con desigualdades de género en salud, en oportunidades sociales y se caracterizan por presentar altos índices de violencia.

Población de estudio

La población está compuesta por personas de 65 a 74 años que viven en la comunidad. La muestra fue estratificada para tener igual número de mujeres que de hombres en cada sitio (400 personas en cada ciudad). Los datos se recogieron entre enero y junio de 2012. Los participantes fueron seleccionados a través de una muestra aleatoria de la lista de personas afiliadas a centros de salud en las dos ciudades. En ambas ciudades, casi la totalidad de las personas invitadas aceptaron participar.

Criterios de exclusión

Los participantes fueron excluidos del estudio si tenían cuatro o más errores en la escala de orientación de la prueba cognitiva de Leganés (14), administrada al inicio de la entrevista.

Recolección de datos

Los participantes fueron entrevistados en su domicilio. Los entrevistadores de cada lugar recibieron entrenamiento en el uso de los mismos protocolos e instrumentos y fueron instruidos para hacer las entrevistas con el adulto mayor a solas. Después de la recolección de datos, los entrevistadores elaboraron un diario de campo donde informaban posibles incidentes. En pocas situaciones hubo otras personas presentes durante la entrevista, pero los entrevistadores no informaron incidentes que sugirieran una posible coerción u otra actitud violenta contra el mayor.

Medición de violencia doméstica

En este estudio se define la violencia doméstica (VD) como aquella perpetrada por la pareja o la familia que ocurre en el contexto de una relación íntima

y que causa daño psicológico o físico. Aunque en Brasil y Colombia sea posible la unión civil para personas del mismo sexo, en este estudio se consideró la violencia perpetrada por cónyuges del sexo opuesto. En IMIAS se utilizó el HITS (*Hurt-Insult-Threaten-Scream, Golpear-Insultar-Amenazar-Gritar*) (15, 16), compuesto por cuatro preguntas de tamizaje: con qué frecuencia 1) su pareja le grita, 2) le insulta o humilla, 3) le ha amenazado con hacerle daño y 4) le hace daño físicamente. Los participantes respondían a cada uno de los ítems usando una escala de cinco puntos (nunca = 1 hasta frecuentemente = 5). La escala fue utilizada en cuatro condiciones: 1) violencia actual (últimos seis meses) referida a la pareja, 2) violencia actual referida a los miembros de la familia, 3) violencia alguna vez en la vida (violencia previa) referida a la pareja y 4) violencia previa referida a los miembros de la familia. Las alfa de Cronbach para las cuatro secciones varió entre 0,65–0,90. Se crearon tres indicadores de violencia. En primer lugar, se consideró el uso del punto de corte de la escala de HITS, que clasifica correctamente 91% de las no-víctimas y 96% de las víctimas (15). Además, se consideró el uso separado de la escala para definir violencia física (VF) y psicológica (VP) mediante la creación de dos indicadores: 0 si no se refería violencia y 1 si se refería violencia (cualquier frecuencia).

Covariables

Las condiciones de vida de la infancia, educación, ocupación, ingresos, el tipo de convivencia y la autonomía fueron seleccionadas como los principales factores para explorar las diferencias entre hombres y mujeres. Estudios demuestran que estos factores son determinantes importantes de la VD (17–19). Las condiciones de vida en los primeros 15 años se clasificaron en dos tipos: sociales (abuso de alcohol en los padres, haber presenciado violencia física en casa y haber sufrido violencia física) y económicas (nivel socioeconómico bajo, haber sufrido hambre o padres estuvieron desempleados) (20). La suma de la presencia de cada una de las experiencias sociales o económicas fue calculada y usada en el análisis (rango de 0 a 3). La educación fue autorreportada como el número de años de educación formal. La ocupación se definió de acuerdo con el trabajo rea-

lizado por más tiempo a lo largo de la vida y categorizada como manual y no manual. Los ingresos se definieron según el nivel de suficiencia para satisfacer las necesidades básicas: muy suficientes, suficientes e insuficientes. Este indicador ha demostrado ser confiable en los estudios de adultos mayores en América Latina, y está relacionado con indicadores de salud y discapacidad (21). La convivencia se categorizó de acuerdo a si la persona vivía sola, con la pareja, con la pareja y los hijos, o con hijos y otros familiares u otras personas no relacionadas. La autonomía financiera se definió según tres preguntas dicotómicas utilizadas en las encuestas de demografía y salud: 1) ¿Usted cuenta con dinero sobre el cual puede decidir cómo usarlo?, 2) ¿Usted tiene una cuenta en el banco a su nombre o con alguien más? 3) ¿Usted maneja su cuenta, firma cheques, hace consignaciones y retiros por su cuenta? Se obtuvo un puntaje entre 0 y 3 según el número de respuestas positivas.

Consideraciones éticas

Los comités de ética de la Universidad de Caldas (Colombia) y de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (Brasil) aprobaron el estudio y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.

Análisis estadísticos

Se realizaron análisis descriptivos de violencia y de las covariables para ilustrar las diferencias en prevalencia de violencia y de condiciones de vida en hombres y mujeres. Las diferencias en la prevalencia de violencia hombre-mujer se compararon con la prueba de chi cuadrado. Se utilizaron los modelos lineales generalizados con función de vínculo de Poisson y corrección robusta de la varianza para estimar las razones de prevalencia (RP) de violencia de mujeres:hombres en cada lugar (22). Como primer paso a la inclusión de variables de ajuste, se retuvieron las variables asociadas con la violencia con un $P < 0,20$ en los modelos bivariados. Con el fin de estimar si las diferencias entre mujeres y hombres se podían explicar por las covariables consideradas, las RP comparando mujeres con hombres se ajustaron en una serie de modelos en los que se incluían de manera secuencial la edad y el sitio de estudio (modelo

1), posteriormente las condiciones de vida de la infancia (modelo 2), luego la educación, ocupación, ingresos (modelo 3), la variable de convivencia (modelo 4) y, finalmente, la autonomía financiera (modelo 5). Cada uno de los modelos multivariados fue comparado usando el criterio de información de Akaike (AIC), que se considera el más apropiado cuando se usan modelos lineales generalizados (23). Por último, para evaluar si la ciudad como contexto social modificaba las RP se probaron las interacciones multiplicativas sexo \times ciudad y todas las covariables \times ciudad en cada modelo, probando estas interacciones de una en una. Finalmente, solo una interacción fue significativa y por tanto se presentan los resultados de modelos multivariados de ambas ciudades de forma conjunta ajustando por la ciudad.

RESULTADOS

En el cuadro 1 se muestra la distribución de las características sociales y económicas de la muestra. Se encontraron diferencias hombre-mujer con las mujeres en desventaja, que presentaron niveles más elevados de adversidades sociales y económicas en la infancia; y niveles menores de educación y autonomía financiera. La comparación entre ciudades para cada sexo mostró que Natal presenta más problemas que Manizales en cuanto a adversidad económica y social; mayor número de personas sin pareja actual; más participantes que conviven con hijos u otros familiares; menos educación y menos ocupación no manual. La autonomía financiera en Natal fue más alta que en Manizales.

En las figuras 1A y 1B se observa que la VD fue más frecuente en mujeres que en hombres. Estas diferencias fueron significativas para amenazas en Manizales, insultos y gritos en Natal por la pareja actual (figura 1A) y para todo tipo de violencia por parte de la pareja alguna vez en la vida (figura 1B). El tipo de violencia más frecuente fueron los gritos. En la violencia de la familia, los gritos también fueron la forma de violencia más frecuente y las diferencias fueron mínimas (figuras 1C y 1D).

En el cuadro 2 se muestran las prevalencias de VF, VP y violencia por el criterio de HITS. La prevalencia de VF fue muy baja, con menos del 1% (hombres y mujeres) de las dos ciudades. Las prevalencias de VP actual fueron

altas, pero aún más en mujeres. Tanto en Natal (25,7%) como en Manizales (19,4%), las mujeres reportaron VP perpetrada por la pareja. La violencia alguna vez en la vida por la pareja alcanzó su máxima prevalencia en las mujeres de Natal (40,3%), seguida de las mujeres de Manizales (36,7%). Por parte de la familia, la máxima prevalencia de violencia se presenta en hombres en Manizales (52,8%), seguida por las mujeres en esta misma ciudad (47,1%). La prevalencia más elevada para HITS se observa en la violencia alguna vez en la vida por la pareja para mujeres.

Las prevalencias de violencia en mujeres fueron significativamente más altas que en hombres para: 1) VP actual por la pareja (Natal), 2) VP actual por la familia (Manizales), 3) VF y VP alguna vez en la vida por la pareja (ambas ciudades), 4) VP alguna vez en la vida por la familia (Natal), 5) positividad del HITS para alguna vez en la vida por la pareja (ambas ciudades), y 6) positividad del HITS para alguna vez en la vida por la familia (Manizales). En Manizales se reporta mayor prevalencia de violencia familiar que en Natal (cuadro 2).

Dada las bajas prevalencias de violencia física y de la positividad del HITS, los análisis multivariados se realizaron solo para la VP (cuadro 3). Los resultados de los modelos 1 al 5 son similares, indicando que la diferencia entre mujeres y hombres no depende de las covariables consideradas. Las RP mujer:hombre en el modelo final fueron: 2,09 (actual-pareja); 1,53 (alguna vez en la vida-pareja) y 1,61 (actual-familia). La prueba de interacción multiplicativa para probar el efecto modificador de la ciudad en la relación entre la violencia y el sexo fue significativa solo para la violencia familiar a lo largo de la vida. En Natal, la RP mujer:hombre fue de 1,49 (IC95% = 1,09;2,03). En Manizales, esta asociación no fue significativa con RP 0,89 (IC95% = 0,73;1,09). El mejor ajuste de los modelos 1 a 5 se encontró de acuerdo al criterio de AIC para el modelo 2 en el caso de la violencia por la pareja, y los modelos 4 y 5 para la violencia por la familia.

DISCUSIÓN

Los principales resultados de este estudio son los siguientes:

- la VF actual contra los adultos mayores en las ds ciudades es poco

CUADRO 1. Características sociodemográficas de la muestra. Datos presentados por sexo y por ciudad (Manizales, Colombia y Natal, Brasil) del estudio IMIAS (*International Mobility in Aging Study*), 2012

Variable	Manizales			Natal			Manizales y Natal	
	Hombres (No. = 198)	Mujeres (No. = 202)	Hombres y mujeres (Valor <i>P</i>)	Hombres (No. = 192)	Mujeres (No. = 210)	Hombres y mujeres (Valor <i>P</i>)	Diferencia entre hombres (Valor <i>P</i>)	Diferencia entre mujeres (Valor <i>P</i>)
Edad, años [media (DE)]	69,2 (3,00)	69,3 (3,00)	0,757	69,2 (2,77)	69,2 (2,66)	0,756	0,929	0,861
Adversidad económica en la infancia, %			0,056			0,82	< 0,001	< 0,001
Baja	53,0	63,4		36,5	33,8			
Media	33,8	23,3		28,1	28,1			
Alta	13,1	13,4		35,4	38,1			
Puntuación media (DE)	1,6 (0,76)	1,4 (0,78)		1,9 (0,89)	2,0 (0,88)			
Adversidad social en la infancia, %			0,972			0,008	0,322	< 0,001
Baja	73,2	73,8		72,4	57,6			
Media	9,6	8,9		6,2	9,5			
Alta	17,2	17,3		21,4	32,9			
Puntuación media (DE)	0,5 (0,69)	0,6 (0,80)	0,025	0,5 (0,71)	0,7 (0,82)	0,031		
Estado civil, %			< 0,001			< 0,001	< 0,001	< 0,001
Sin pareja	10,1	16,3		4,7	9,0			
Con pareja actual	70,7	33,2		87,0	50,0			
Tuvo pareja	19,2	50,5		8,3	41,0			
Convivencia, %			0,04			0,014	0,008	0,121
Solo	14,6	13,9		5,2	7,6			
Con pareja	22,7	13,4		25,0	13,8			
Pareja-hijos-otros	62,6	72,8		69,8	78,6			
Educación, %			< 0,001			0,034	0,002	0,164
Terciaria	17,2	5,0		6,8	2,4			
Secundario o menos	82,8	95,0		93,2	97,6			
Media de años (DE)	6,3 (5,16)	4,9 (3,36)	0,051	5,3 (4,42)	4,1 (3,32)	0,013	0,109	0,013
Principal ocupación, %			0,043			0,984		
Manual	80,8	88,1		89,6	89,5		0,015	0,651
No manual	19,2	11,9		10,4	10,5			
Suficiencia de dinero, %			0,684			0,246	0,927	0,522
Muy suficiente	5,6	4,0		4,7	3,3			
Suficiente	24,7	23,3		25,0	19,0			
Insuficiente	69,7	72,8		70,3	77,6			
Autonomía			0,011			< 0,001	< 0,001	< 0,001
Puntuación media (DE)	1,37 (1,24)	1,06 (1,16)		2,09 (1,02)	1,51 (1,02)			

frecuente comparada con la VP actual por la pareja y familia. La mayor prevalencia de VP que VF en los adultos mayores puede asociarse con menor necesidad de imponer las cosas por la fuerza, dada la desventaja y fragilidad (24)

- las mujeres son víctimas de VF y VP con mayor frecuencia que los hombres
- estas diferencias entre hombres y mujeres no se explican por las oportunidades sociales diferentes a lo largo de la vida, ni por la convivencia, ni por la autonomía financiera
- los resultados anteriores se aplican para ambas ciudades con pocas diferencias.

La VD en los adultos mayores se relaciona con factores individuales, re-

laciones sociales y con el ambiente o la sociedad donde se vive (25). Para explicar las diferencias hombre-mujer en VD, este estudio se enfoca en factores individuales y se realiza en dos sociedades. El estudio confirma que la VD es más frecuente en mujeres que en hombres y que esto ocurre en ambas ciudades con muy pocas diferencias entre las dos. Aunque los factores estudiados no explican completamente las diferencias entre las cifras para hombres y mujeres, ni incluyen todas las posibles relaciones con la VD, los resultados apuntan en la dirección de lo que se conoce en poblaciones de adultos mayores de otros países.

La violencia contra las mujeres es más frecuente que la violencia hacia los hombres entre los adultos mayores. En todo el mundo, los hombres de menor edad tienen mayores probabilidades que las

mujeres de sufrir violencia en el contexto de conflictos armados y actividades delictivas, mientras que las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres de sufrir violencia y tener lesiones provocadas por personas cercanas, como sus compañeros íntimos y su familia (26). Esta asimetría de género parece ocurrir como resultado de la expresión de una historia de violencia, o como respuesta a un conflicto que ha estado presente en la relación a lo largo de la vida, pero que se agudiza cuando ocurre algo que altera el equilibrio, como ocurre con la jubilación (27). Los estudios de violencia intergeneracional muestran que las personas que crecen dentro de una familia violenta aprenden las formas de relacionarse, los roles de género que se esperan para ambos sexos y la manera de actuar en cada ámbito social (18, 28,

FIGURA 1A. Prevalencia de tipo de violencia en los últimos seis meses perpetrado por la pareja

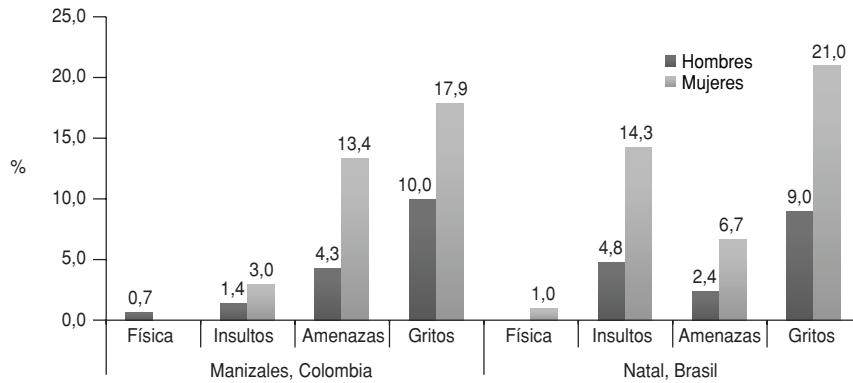


FIGURA 1B. Prevalencia de tipo de violencia alguna vez en la vida perpetrado por la pareja

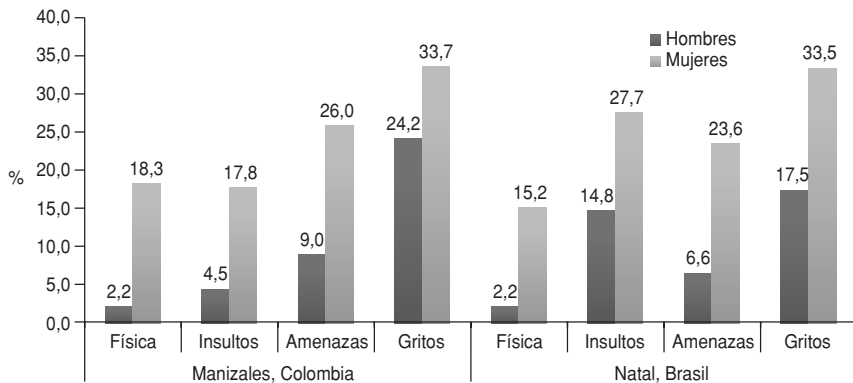


FIGURA 1C. Prevalencia de tipo de violencia en los últimos seis meses perpetrado por la familia

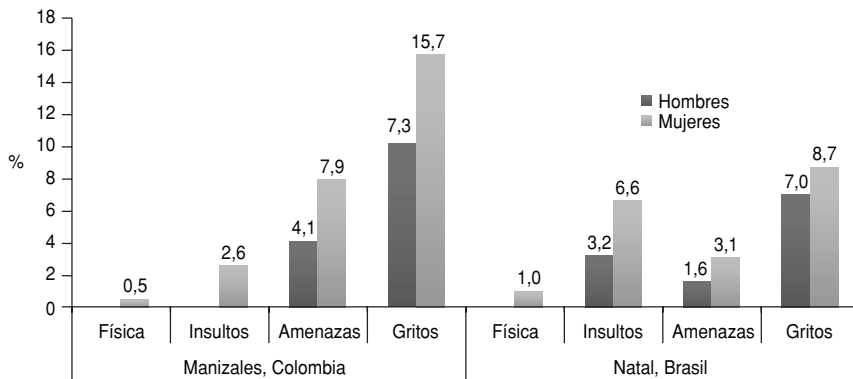
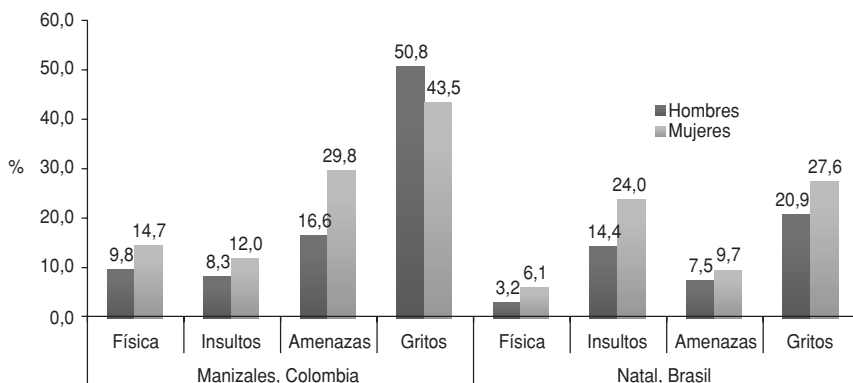


FIGURA 1D. Prevalencia de tipo de violencia alguna vez en la vida perpetrado por la familia



29). La exposición a la violencia en la niñez aumenta el riesgo de otras formas de violencia en etapas posteriores de la vida y tiene importantes efectos intergeneracionales negativos (26). Una alta proporción de participantes en IMIAS reportaron experiencias personales de VF o de haber presenciado violencia en los padres, una alta proporción de hombres reportó experiencias de violencia familiar, y finalmente, hay una relación importante entre la experiencia de violencia en la infancia y la experiencia de violencia actual. Estudios de parejas en ámbitos de violencia podrán permitir aclarar más el rol del hombre adulto mayor como agresor más frecuente en la vejez (28). Se ha demostrado una asociación significativa entre la violencia actual y los antecedentes familiares, lo que da lugar al fenómeno de reproducción intergeneracional de la violencia (30).

Se discute si la educación y los ingresos, así como la autonomía financiera, constituyen elementos importantes para entender la violencia de género como un imbalance de poderes. Los estudios en mujeres adultas en Colombia muestran que niveles altos de educación e ingresos se relacionan con menos violencia de la pareja (31). La prevalencia y las probabilidades de VD no siempre son más altas entre las mujeres menos ricas o menos instruidas (26). Las informaciones en términos de autonomía económica y su efecto en la VD en la mujer no son concluyentes (32). En este estudio, la educación y los ingresos explican poco las diferencias de las cifras entre hombres y mujeres; igualmente la autonomía financiera disminuye la experiencia de violencia familiar, aunque no explica de manera concluyente la diferencia entre mujeres y hombres. Es importante considerar que las mujeres mayores de hoy crecieron en sociedades con roles de género marcados y aprendieron a ser subordinadas (33). Así, la mujer mayor tolera más y está menos preparada para dejar las relaciones abusivas (27).

En Manizales, la violencia actual generada por la familia es más alta que en Natal, siendo las diferencias entre mujeres y hombres también más importantes, aunque desaparecen en el análisis multivariado en Manizales cuando se tienen en cuenta las condiciones socioeconómicas. Estos resultados concuerdan con datos en Colombia, donde se reportan mayores agresiones en los adultos mayores por parte de la familia, especial-

CUADRO 2. Prevalencia de violencia en adultos mayores, por naturaleza, perpetrador y momento de ocurrencia. Datos presentados por sexo y por ciudad (Manizales, Colombia y Natal, Brasil) del estudio IMIAS (International Mobility in Aging Study), 2012

Variable	Manizales				Natal			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Violencia actual	(No. 140)		(No. 67)		(No. 167)		(No. 105)	
Pareja								
Física	0,7	0,0–2,1	N/D	N/D	N/D	N/D	1	0,0–2,8
Psicológica	10,7	5,5–15,9	19,4	9,7–29,1	10,8 ^a	6,0–15,5	25,7 ^a	17,2–34,2
HITS positivo	0,7	0,0–2,1	1,5	0,0–4,5	1,2	0,0–2,9	5,7	1,2–10,2
Familia	(No. 193)		(No. 191)		(No. 187)		(No. 196)	
Física	N/D	N/D	0,5	0,0–1,6	N/D	N/D	1	0,0–2,4
Psicológica	8,3 ^a	4,4–12,2	18,3 ^{a,b}	12,8–23,9	6,9	3,3–10,6	10,7 ^b	6,3–15,1
HITS positivo	N/D	N/D	2,1	0,0–4,1	N/D	N/D	1	0,0–2,4
Violencia alguna vez en la vida	(No. 178)		(No. 169)		(No. 183)		(No. 191)	
Pareja								
Física	2,2 ^a	0,0–4,4	18,3 ^a	12,4–24,2	2,2 ^a	0,0–4,3	15,2 ^a	10,0–20,3
Psicológica	24,7 ^a	18,3–31,1	36,7 ^a	29,3–44,0	23,5 ^a	17,3–29,7	40,3 ^a	33,3–47,3
HITS positivo	2,2 ^a	0,0–4,4	15,4 ^a	9,9–20,9	3,3 ^a	0,7–5,9	15,2 ^a	10,0–20,3
Familia	(No. 193)		(No. 191)		(No. 187)		(No. 196)	
Física	9,8 ^b	5,6–14,1	14,7 ^b	9,6–19,7	3,2 ^b	0,7–5,8	6,1 ^b	2,7–9,5
Psicológica	52,8 ^b	45,7–60,0	47,1 ^b	40,0–54,3	24,6 ^{a,b}	18,4–30,8	36,7 ^{a,b}	29,9–43,5
HITS positivo	4,1 ^a	1,3–7,0	9,4 ^a	5,2–13,6	2,1	0,0–4,2	4,6	1,6–7,5

^aDiferencias entre hombres y mujeres en las ciudades Manizales y Natal ($P < 0,05$).

^bDiferencias entre las ciudades Manizales y Natal (hombres/hombres y mujeres/mujeres) ($P < 0,05$).

CUADRO 3. Razones de prevalencia de género (las mujeres en comparación con los hombres) para la violencia psicológica contra los adultos mayores por parte de la pareja y la familia en dos ciudades: Colombia, Manizales y Brasil, Natal, Estudio IMIAS (International Mobility in Aging Study), 2012

	Pareja						Familia					
	Violencia actual			Violencia alguna vez en la vida			Violencia actual			Violencia alguna vez en la vida		
	RP	M/H	IC95%	AIC	RP	M/H	IC95%	AIC	RP	M/H	IC95%	AIC
Modelo 1 ^a	2,14	1,41–3,26	415,16	1,60	1,28–2,00	971,47	1,91	1,25–2,92	540,09	1,08	0,91–1,28	1171,52
Modelo 2 ^b	2,04	1,33–3,13	414,48	1,52	1,11–1,90	962,97	1,79	1,64–2,76	535,13	1,04	0,88–1,23	1163,31
Modelo 3 ^c	2,06	1,33–3,17	420,06	1,53	1,22–1,92	967,79	1,68	1,08–2,60	535,40	1,03	0,87–1,22	1166,31
Modelo 4 ^d	2,07	1,34–3,19	421,93	1,53	1,22–1,92	969,78	1,59	1,03–2,46	531,16	1,02	0,86–1,22	1168,23
Modelo 5 ^e	2,09	1,31–3,32	423,90	1,53	1,21–1,92	971,76	1,61	1,03–2,51	532,97	1,04	0,88–1,24	1168,11

RP, razones de prevalencia; M/H, mujer/hombre; AIC: criterio de información de Akaike.

Modelos ajustados por: ^aedad y ciudad; ^bedad, ciudad y adversidades económicas y sociales; ^cedad, ciudad, adversidades económicas y sociales, educación e ingresos; ^dedad, ciudad, adversidades económicas y sociales, educación, ingresos y arreglos de vida; ^eedad, ciudad, adversidades económicas y sociales, educación, ingresos, arreglos de vida y autonomía.

mente los hijos (9). Algunos estudios señalan la calidad de la relación adulto mayor/adulto hijo como un factor importante para entender los factores de riesgo de VF en adultos mayores (34, 35). La percepción que tiene el adulto mayor respecto de la calidad de relación con su hijo adulto es un factor importante que influencia la ocurrencia de maltrato físico. Esto cobra mayor fuerza si el hijo adulto sufre trastornos emocionales, psicológicos o abuso de sustancias. Futuros estudios sobre las redes de soporte en Manizales y Natal podrían aportar más datos sobre estas asociaciones y explicar

las diferencias en violencia familiar entre las dos ciudades.

Limitaciones del estudio

La generalización de los resultados es cuestionable, dado que solo se incluyeron dos ciudades de dos países con gran diversidad cultural al interior de cada uno de ellos y las particularidades de cada ciudad que no son representativas del contexto nacional. Sin embargo, la gran similitud de resultados en los análisis de ambas ciudades sugiere que el fenómeno de la VD en adultos mayores

comparte varias características. Además, nuestras observaciones fueron registradas por autorreporte con una prueba de tamizaje que no mide la intencionalidad ni la gravedad de la VD, lo cual impide estimar de manera más precisa las diferencias de género en la experiencia y perpetuación de la VD. Tercero, el limitado tamaño de la muestra limita la posibilidad de explorar mayor número de factores de riesgo en los modelos. Estudios futuros deberán incluir una muestra más grande de adultos mayores, estudiar contextos con diferentes estructuras de género y normas sociales asociadas al

género con la misma metodología y la misma definición de violencia.

La comparación de estos resultados con encuestas de otros países se dificulta por diferencias en las definiciones y en los rangos de edad. Los datos de prevalencia también pueden variar si consideramos que el reporte está influenciado por la manera en la que se informa o se denuncia la violencia en los estudios de investigación (36). En el contexto actual en América Latina, en donde existen desigualdades en oportunidades para las mujeres en comparación con los hombres, y los roles de género son aún marcados, es probable que se genere un subregistro. La prevalencia de VP en mujeres de la muestra de este estudio podría ser mucho mayor que la experimentada por mujeres mayores en América del Norte en quienes este reporte es menor del 10% (19, 37). Por último, este es un estudio transversal y cuantitativo sobre la VD. Futuros estudios sobre el tema deberán incluir un abordaje cualitativo, así como metodologías que puedan establecer relaciones de causalidad.

Implicaciones de este estudio

La VD en adultos mayores debe ser prioritaria para la agenda de salud de la mujer anciana en América Latina. Este estudio revela que el hogar es un lugar de riesgo para los adultos mayores, especialmente las mujeres, y sus parejas y otros familiares, los principales perpetradores. Desde una perspectiva social, la consecuencia más grave de la violencia será el aislamiento, la disminución de autoestima y la presencia de sentimientos de inseguridad, que favorecerán la creación de estereotipos negativos de la vejez. Desde la perspectiva de salud pública, la VD hacia los adultos mayores puede tener consecuencias graves; el adulto mayor aislado y sin apoyo social es más vulnerable y tendrá mayor morbilidad y discapacidad. Estos resultados deberán animar el debate sobre los patrones de relación existentes en las familias latinoamericanas y sobre el rol de la mujer en ellas, y pensar en los medios necesarios para transformar las dinámicas familiares violentas en hogares con adultos mayores.

Agradecimientos. Nuestro reconocimiento a Kevin M. Sherin por su permiso para usar la escala HITS.

Financiamiento. Este manuscrito fue preparado por el grupo de investigación del *International Mobility in Aging Study* (IMIAS) que estudia la declinación de la movilidad en las poblaciones ancianas de cuatro países (Canadá, Colombia, Albania y Brasil). IMIAS tiene apoyo financiero de The Canadian Institutes of Health Research (CIHR), y colaboración de las universidades: Université de Montreal, Quebec, Canada; Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil; Queens University, Kingston, Canadá; Universidad de Caldas-Manizales, Colombia y Instituti i Shendetit Publik, Tirana, Albania. El primer autor fue apoyado también por el CNPq (Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, Brasil).

Conflicto de intereses. Ninguno referido por los autores.

REFERENCIAS

1. Frías L, Hurtado V. Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe. Santiago, Chile: Naciones Unidas; 2010. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/38978/Serie99.pdf>
2. Cisler JM, Amstadter AB, Begle AM, Hernandez M, Acierno R. Elder Mistreatment and Physical Health among Older Adults: The South Carolina Elder Mistreatment Study. *J Trauma Stress.* 2010;23(4):9.
3. Guček NK, Švab I, Selič P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005–2009). *Croat Med J.* 2011;52:7.
4. Montero I, Martín-Baena D, Escrivà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Vives-Cases C, Talavera M. Intimate Partner Violence in Older Women in Spain: Prevalence, Health Consequences, and Service Utilization. *Journal of Women & Aging.* 2013;25(4):14.
5. Júnior PCA. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Cienc. saude coletiva.* 2010;15(6):13.
6. Duque AM, Leal MCC, Marques APdO, Eskinazi FMV, Duque AM. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Cienc. saude coletiva.* 2012;17(8):10.
7. Ministério da Saúde, Brasil. Temático prevenção de violência e cultura de paz. Brasília: Departamento de monitoramento e avaliação da gestão do SUS, 2008.
8. Velasco V, Lozano N. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Colombia: Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2012.
9. Lorena FG. La violencia en América Latina. *An Fac Med.* 2011;72(4):8.
10. Haan Wd. Violence as an Essentially Contested Concept. En: SophieBody-Gendrot, Spierenburg P, editors. *Violence in Europe: Historical and Contemporary Perspectives.* 1 ed. New York: Springer; 2008:252.
11. Huenchuan S. El maltrato de las personas mayores: conceptos, normas y experiencias de políticas en el ámbito internacional. En: *Maltrato a personas mayores en Chile: haciendo visible lo invisible.* Santiago de Chile: Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2014:19–34.
12. Weeks LE, LeBlanc K. An Ecological Synthesis of Research on Older Women's Experiences of Intimate Partner Violence. *Journal of Women & Aging.* 2011;23(4):22.
13. Johannesen M, Logiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing.* 2013;42:7.
14. Yébenes MJG, Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Sánchez-Sánchez F, Ser TD. Validation of a short cognitive tool for the screening of dementia in elderly people with low educational level. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 2003; 18:12.
15. Sherin KM, Sinacore JM, Li X-Q, Zitter RE, Shakil A. HITS: A Short Domestic Violence Screening Tool for Use in a Family Practice Setting. *Fam Med.* 1998;30(7):5.
16. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate Partner Violence Screening Tools: A Systematic Review. *Am J Prev Med.* 2009;36(5):11.
17. Lauritsen JL, Schaum RJ. The Social Ecology of Violence Against Women. *Criminology.* 2004;42(2):35.
18. Usta J, Farver JAM, Pashayan N. Domestic violence: The Lebanese experience. *Public Health.* 2007;121:12.
19. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health.* 2010;100(2):6.
20. Sousa ACP, Guerra RO, Tu MT, Phillips SP, Guralnik JM, Zunzunegui MV. Lifecourse Adversity and Physical Performance across Countries among Men and Women Aged 65–74. *PLoS ONE.* 2014;9(8):10.
21. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Béland F, Bamvita JM. Life Course Social and Health Conditions Linked to Frailty in Latin Ameri-

- can Older Men and Women. *Journal of Gerontology: Med Sci.* 2008;63A(12):8.
22. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology.* 2003;3:13.
 23. Mazerolle MJ. Appendix 1: Making sense out of Akaike's Information Criterion (AIC): its use and interpretation in model selection and inference from ecological data Montreal: Université Laval; 2004. Disponible en: <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/21842/apa.html> Acceso en enero de 2015.
 24. Llave TV. Violencia familiar en las personas adultas mayores en el Perú: aportes desde la casuística de los centros de emergencia Mujer. Lima, Perú: MIMDES; 2005.
 25. World Health Organization. World report on violence and health: summary. Geneva: WHO, 2002.
 26. Salud OPdL. Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC: OPS, 2013.
 27. Zegers B. El maltrato de las mujeres adultas mayores. En: Maltrato a personas mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible. Santiago de Chile: Ediciones del Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2014:137-54.
 28. Kwong MJ, Bartholomew K, Henderson AJZ, Trinke SJ. The Intergenerational Transmission of Relationship Violence. *J Fam Psychol.* 2003;17(3):14.
 29. Flood M, Pease B. Factors Influencing Attitudes to Violence Against Women. *Trauma Violence Abuse.* 2009;10(2):18.
 30. Alméras D, Bravo R, Milosavljevic V, Montaña S, Rico MN. Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y evolución 2002. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/violencia-contra-la-mujer-en-relacion-de-pareja-america-latina-y-el-caribe-una> Acceso en enero de 2015
 31. Friedemann-Sánchez G, Lovatón R. Intimate Partner Violence in Colombia: Who Is at Risk? *Social Forces.* 2012;26.
 32. Farmer A, Tiefenthaler J. An Economic Analysis of Domestic Violence. *Rev Soc Econ.* 2006;55(3):22.
 33. Papalia D, Sterns H, Feldman R, Camp C. Desarrollo del adulto y vejez. 3ª ed. Distrito Federal, México: McGraw Hill; 2009.
 34. Staggs SL, Long SM, Mason GE, Krishnan S, Riger S. Intimate Partner Violence, Social Support, and Employment in the Post-Welfare Reform Era. *Journal of Interpersonal Violence.* 2007;22(3):23.
 35. Dong X, Beck T, Simon MA. Loneliness and Mistreatment of Older Chinese Women: Does Social Support Matter? *Journal of Women & Aging.* 2009;21(4):10.
 36. Nelson HD, Bougatso C, Blazina I. Screening Women for Intimate Partner Violence and Elderly and Vulnerable Adults for Abuse: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012.
 37. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder Mistreatment in the United States: Prevalence Estimates From a Nationally Representative Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2008;63(4):13.

Manuscrito recibido el 15 de agosto de 2014. Aceptado para publicación, tras revisión, el 29 de enero de 2015.

ABSTRACT

The gender gap in domestic violence in older adults in Latin America: the IMIAS Study

Objective. Describe the prevalence of domestic violence in older men and women in Natal, Brazil, and Manizales, Colombia and explore whether the differences by gender are due to lifetime differences in social and financial status.

Methods. Cross-sectional study with a random sampling of 802 men and women in the IMIAS Study (*International Mobility in Aging Study*) (65–74 years old) conducted in Natal (Brazil) and Manizales (Colombia). Incidents that occurred in the last six months and any time during their lives were evaluated using the HITS scale. Poisson regression was used to estimate the reasons for the prevalence of violence against women by men.

Results. Experience of physical violence occurring any time in life ranged from 2.2% to 18.3%, depending on the city and the sex. Psychological violence was higher in women: violence perpetrated by partners affected 25.7% of women in Natal and 19.4% in Manizales; and by the family, 18.3% in Manizales and 10% in Natal. Almost half of the participants reported suffering psychological violence at some time during their life. Experience of current violence or at some time during life was most frequent in women, even after adjustment for co-variables, with prevalence ratios of 1.60 to 2.14.

Conclusions. The rates of prevalence of domestic violence in older adults show that women are more affected, which means that they should be considered a priority in the prevention policies on Latin America's health agenda.

Key words

Women's health; domestic violence; elder abuse; violence against women; health of the elderly; Latin America.