


Perfil y características de la violencia contra los adultos mayores durante la pandemia de COVID-19*

Camila de Morais Ranzani¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1195-4753>

Sara Cirillo Silva^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-5677-844X>


Paula Hino¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1408-196X>

Mônica Taminato¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4075-2496>

Meiry Fernanda Pinto Okuno¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4200-1186>

Hugo Fernandes¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2380-2914>

Puntos destacados: **(1)** Las principales víctimas fueron mujeres entre 60 y 64 años con baja escolaridad. **(2)** Las agresiones físicas y psicológicas fueron las más frecuentes, con golpes y amenazas. **(3)** El agresor era generalmente un familiar, hombre y más joven que la víctima. **(4)** Las agresiones se produjeron más de una vez y fueron motivadas por conflictos generacionales. **(5)** Hubo poca derivación de los adultos mayores a los organismos de protección.

Objetivo: identificar el perfil sociodemográfico y las características de la violencia interpersonal contra los adultos mayores en el primer año de la pandemia de COVID-19 en una ciudad capital de la región sureste de Brasil. **Método:** investigación descriptiva, exploratoria con diseño transversal a partir del análisis de las notificaciones de casos sospechosos o confirmados de violencia contra el adulto mayor, ocurridos entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Se realizó un análisis estadístico univariado y la prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$). **Resultados:** hubo 2681 notificaciones en el período. Las principales víctimas fueron personas entre 60 y 64 años, de sexo femenino, blancas y con baja escolaridad. La mayoría de los casos se registró en el hogar. La violencia física y psicológica fueron las más comunes, con uso de fuerza física/golpes y amenaza, respectivamente. El agresor era generalmente del sexo masculino, más joven que la víctima, hijo o pareja. Las agresiones se produjeron más de una vez y fueron motivadas por conflictos generacionales. Hubo baja derivación a organismos de protección de adultos mayores. **Conclusión:** el perfil sociodemográfico obtenido revela que son víctimas vulnerables, sujetas a múltiples formas de violencia y que la integridad de su salud está en riesgo potencial.





Descriptores: Anciano; Violencia; Abuso de los Ancianos; Notificación Obligatoria; COVID-19; Vigilancia de la Salud Pública.

* Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), proceso nº 123841/2021-6, Brasil.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Como citar este artículo

Ranzani CM, Silva SC, Hino P, Taminato M, Okuno MFP, Fernandes H. Profile and characteristics of violence against older adults during the COVID-19 pandemic. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3825. [Access   ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6220.3825>

Introducción

La aparición de la enfermedad del nuevo coronavirus (COVID-19) en 2019 impulsó la necesidad de adoptar medidas no farmacológicas para prevenirlo y controlarlo a nivel mundial. Entre las medidas se destaca el distanciamiento social, que generó la necesidad de que las personas se quedaran en casa, con sus familias, y tuvieran el menor contacto posible con otras personas, eso generó mayores oportunidades para el surgimiento de conflictos familiares, que no podían ser resueltos a corto plazo, y la posibilidad de que hubiera episodios de violencia⁽¹⁻³⁾.

Los factores ambientales, el estrés y los problemas de relaciones interpersonales se intensificaron, y eso se reflejó en un aumento de los casos de violencia doméstica en varios países⁽⁴⁾. China informó en febrero de 2020 que el número de incidentes de violencia doméstica se triplicó en comparación con el año anterior, y el hashtag #antidomesticviolencewhenepidemic resonó y tuvo un número de búsquedas superior a los 3 millones en las redes sociales. Francia, por su parte, reportó un aumento del 32% al 36% de casos, en América del Norte varió entre el 21% y el 35%⁽⁵⁻⁶⁾. En Argentina y Reino Unido se estima que el aumento de casos fue del 25%⁽⁶⁾. En abril de 2020, India tuvo un aumento del 100% de las denuncias contra este tipo de violencia⁽⁷⁾. Para intentar reducir este fenómeno, Italia y Francia decidieron alquilar hoteles para garantizar la protección de las víctimas, especialmente de los adultos mayores⁽⁶⁾.

En Brasil, la violencia doméstica durante la pandemia de COVID-19 también es una gran preocupación. Las personas más vulnerables, como los adultos mayores, pueden convertirse en víctimas de agresiones físicas, psicológicas, financieras, entre otras, y les corresponde a las autoridades y a los profesionales de la salud estar atentos y encontrar medidas ágiles y eficientes para enfrentar este problema, para minimizar o evitar las agresiones⁽⁸⁻⁹⁾.

La violencia contra los adultos mayores (VCAM) representa un proceso multicausal y complejo, y es considerada un grave problema de salud pública asociado al ámbito individual y colectivo. Se define como el acto o la falta de acción adecuada que causa daño o angustia al adulto mayor, provocada por el uso de la fuerza física, la agresión sexual, psicológica, económica, la negligencia y el abandono⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Además de estos casos, también se destaca como una manifestación frecuente la violencia institucional que sufren las personas mayores que viven en Instituciones de Larga Estancia, tan difícil de identificar y/o prevenir como las mencionadas anteriormente.

Un estudio de cohorte con 897 adultos mayores en Estados Unidos identificó que hubo un aumento del 83,6% en las denuncias de abuso por parte de los adultos

mayores, en comparación con el período anterior a la pandemia. Se estimó que una de cada diez personas mayores en los Estados Unidos fue víctima de violencia antes de que se adoptaran las medidas de distanciamiento social. Ese número se elevó a uno de cada cinco adultos mayores durante la pandemia⁽¹¹⁾. Una revisión de alcance que buscó mapear la evidencia científica disponible sobre la VCAM durante la pandemia de COVID-19 identificó que las publicaciones aún tienen un bajo nivel de evidencia y que las lagunas sobre el tema dificultan el desarrollo de políticas públicas que aborden este fenómeno⁽¹²⁾. Ambos estudios indicaron que es necesario planificar medidas de protección social en situaciones de epidemias y pandemias para acoger a las víctimas y evitar consecuencias para la salud integral de los adultos mayores⁽¹¹⁻¹²⁾.

Por consiguiente, los autores se preguntan: ¿Cuál es el perfil sociodemográfico y cuáles son las características de la violencia interpersonal contra los adultos mayores durante la pandemia de COVID-19? La hipótesis que se plantea es que los adultos mayores más vulnerables (longevos, negros o morenos, con discapacidad y residentes en regiones más pobres) han sido las víctimas más comunes, y sufren frecuentemente agresiones psicológicas y/o morales por parte de sus familiares. Se cree que el conocimiento obtenido puede incentivar la planificación de acciones, programas de prevención y control de la VCAM y políticas públicas para proteger a esta población.

Este estudio tuvo como objetivo identificar el perfil sociodemográfico y las características de la violencia interpersonal contra los adultos mayores en el primer año de la pandemia de COVID-19 en una ciudad capital de la región sureste de Brasil.

Método

Diseño del estudio

Investigación descriptiva, exploratoria, con diseño transversal⁽¹³⁾, guiada por la iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁴⁾.

Lugar y recolección de datos

Los datos fueron recolectados en São Paulo, capital, mediante la información presente en los Formularios de Notificación de Casos Sospechosos o Confirmados de Violencia Interpersonal del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN, disponible en <https://portalsinan.saude.gov.br/>).

La información es almacenada en el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria por los servicios notificantes, como Vigilancia Epidemiológica,

hospitales, servicios ambulatorios y otros servicios públicos. La Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, después de procesar los datos, los pone a disposición a través del programa tabulador denominado TabNet, creado por el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud y los publica en internet con acceso irrestricto.

Se eligió la capital de São Paulo porque es la ciudad más poblada de Brasil y tiene una gran diversidad social y cultural. Además, los datos de notificación de esta ciudad están disponibles en TabNet para consulta pública de forma más rápida que los del sistema nacional, debido a la diversidad de las dimensiones y características del acceso al Sistema de Información de Enfermedades de Notificación de los estados y municipios brasileños. En el momento de la búsqueda, el sistema nacional tenía datos tabulados hasta el año 2018, mientras que el de la capital paulista ya contaba con datos de 2021.

Variables de estudio

Se analizaron las siguientes variables de las víctimas: franja etaria, sexo, raza/color de piel, escolaridad, coordinador de salud que le corresponde a la residencia de la víctima (los coordinadores de salud son áreas administrativas de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, que pueden diferir de las divisiones geográficas de otros sectores de la gestión pública), mes y año del episodio, lugar, situación conyugal, orientación sexual, identidad de género, presencia de trastorno o discapacidad y su tipo. En lo que respecta al agresor, las variables fueron: número de personas involucradas, vínculo o grado de parentesco con la víctima, sexo, ciclo de vida del probable agresor, motivación, sospecha de consumo de alcohol, medios de agresión y si la violencia fue reiterada. También se recopiló información sobre las derivaciones que realizaron los profesionales que asistieron a las víctimas. Los nombres de las variables siguieron la misma nomenclatura de los campos del formulario de notificación individual de casos sospechosos o confirmados de violencia interpersonal del Ministerio de Salud de Brasil.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión fueron notificaciones de casos sospechosos o confirmados de violencia interpersonal contra personas de 60 años o más, atendidos en unidades de salud públicas o privadas en la ciudad de São Paulo (SP). Se excluyeron las notificaciones duplicadas sobre el mismo episodio y se analizaron los formularios más completos en estos casos. Cabe señalar que no fue posible separar los casos sospechosos de violencia interpersonal de los casos confirmados, ya que el formulario de notificación era el mismo para ambos. Además, el programa TabNet no permite dicha separación.

Periodo

El período elegido fue el de las notificaciones de casos de violencia realizadas entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Los autores optaron por un periodo de recolección de 13 meses debido a que la Organización Mundial de la Salud decretó la pandemia el 11 de marzo de 2020 y el municipio de São Paulo empezó a adoptar las medidas de distanciamiento social días después, alrededor del día 16. El sistema TabNet no permite buscar días específicos, solo meses. Por lo tanto, para no perder los datos de las dos últimas semanas de marzo de 2020, los autores optaron por incluirlo en la delimitación temporal. La recolección de datos se realizó entre diciembre de 2021 y febrero de 2022. Para tabular los datos se utilizó el programa Excel 2007.

Procesamiento y análisis de datos

El análisis estadístico univariado se realizó con el *software* R, versión 4.0.2. Como el conjunto de datos está compuesto por variables categóricas, se realizó un análisis descriptivo de los datos a partir del cálculo de frecuencias simples absolutas y porcentuales. Para verificar las asociaciones entre el tipo de violencia y las demás variables (motivación de la violencia, medio de agresión, si hubo violencia sexual, lugar del episodio, sexo del autor de la agresión, ciclo de vida del agresor, derivación, franja etaria, raza, escolaridad, situación conyugal y discapacidad), se realizó la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Se consideró un nivel de significación del 5% ($\alpha = 0,05$).

Aspectos éticos

Se mantuvieron los principios éticos de la investigación. Dado que el estudio se basó en los datos recolectados de una base de datos de dominio público irrestricto, no fue necesario solicitar la aprobación del Comité de Ética en Investigación, según las normas internacionales y la Resolución N.º 466/12 del Consejo Nacional de Salud.

Resultados

En el período señalado, hubo 2681 denuncias de violencia contra adultos mayores en São Paulo, SP. Hubo asociación entre la mayoría de las variables sociodemográficas y los tipos de violencia registrados. Solo las variables "orientación sexual" ($p=0,681$) e "identidad de género" ($p=0,631$) no presentaron valores estadísticamente significativos, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 - Notificaciones de violencia contra adultos mayores según las características sociodemográficas de las víctimas. São Paulo, SP, Brasil, 2022

Variable	Tipo de violencia							Valor de p*
	Física	Psicológica/ Moral	Tortura	Sexual	Financiera/ Económica	Negligencia/ Abandono	Intervención legal	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Franja etaria (años)								<0,001
60 a 64	526 (39,8)	198 (32,3)	11 (39,3)	29 (46,8)	31 (21,5)	70 (13,8)	3 (42,9)	
65 a 69	317 (24)	125 (20,4)	4 (14,3)	12 (19,4)	21 (14,6)	65 (12,8)	-	
70 a 74	189 (14,3)	105 (17,1)	7 (25)	10 (16,1)	32 (22,2)	87 (17,2)	-	
75 o más	288 (21,8)	185 (30,2)	6 (21,4)	11 (17,7)	60 (41,7)	285 (56,2)	4 (57,1)	
Sexo								<0,001
Masculino	617 (46,7)	116 (18,9)	6 (21,4)	2 (3,2)	29 (20,1)	162 (32)	3 (42,9)	
Femenino	703 (53,3)	497 (81,1)	22 (78,6)	60 (96,8)	115 (79,9)	345 (68)	4 (57,1)	
Raza/Color de piel								0,004
Desconocida/En blanco	103 (7,8)	22 (3,6)	1 (3,6)	3 (4,8)	5 (3,5)	38 (7,5)	0 (0)	
Blanca	617 (46,7)	327 (53,3)	19 (67,9)	28 (45,2)	83 (57,6)	273 (53,8)	4 (57,1)	
Negra	154 (11,7)	71 (11,6)	1 (3,6)	7 (11,3)	18 (12,5)	66 (13)	0 (0)	
Amarilla	12 (0,9)	9 (1,5)	1 (3,6)	0 (0)	2 (1,4)	6 (1,2)	0 (0)	
Morena	430 (32,6)	182 (29,7)	6 (21,4)	23 (37,1)	35 (24,3)	124 (24,5)	3 (42,9)	
Indígena	4 (0,3)	2 (0,3)	0 (0)	1 (1,6)	1 (0,7)	0 (0)	0 (0)	
Escolaridad								<0,001
Desconocida/En blanco	590 (44,7)	185 (30,2)	12 (42,9)	19 (30,6)	62 (43,1)	253 (49,9)	3 (42,9)	
Analfabeto	37 (2,8)	24 (3,9)	1 (3,6)	5 (8,1)	11 (7,6)	29 (5,7)	0 (0)	
1° a 4° grado incompleto de la escuela primaria	210 (15,9)	130 (21,2)	7 (25)	10 (16,1)	30 (20,8)	105 (20,7)	0 (0)	
4° grado completo de la escuela primaria	96 (7,3)	39 (6,4)	2 (7,1)	5 (8,1)	10 (6,9)	37 (7,3)	2 (28,6)	
5° a 8° grado incompleto de la escuela primaria	102 (7,7)	69 (11,3)	2 (7,1)	11 (17,7)	4 (2,8)	22 (4,3)	1 (14,3)	
Escuela primaria completa	94 (7,1)	35 (5,7)	2 (7,1)	1 (1,6)	6 (4,2)	21 (4,1)	0 (0)	
Escuela secundaria incompleta	39 (3)	24 (3,9)	1 (3,6)	3 (4,8)	2 (1,4)	9 (1,8)	0 (0)	
Escuela secundaria completa	105 (8)	67 (10,9)	1 (3,6)	7 (11,3)	13 (9)	18 (3,6)	1 (14,3)	
Educación superior incompleta	12 (0,9)	12 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,4)	0 (0)	
Educación superior completa	35 (2,7)	28 (4,6)	0 (0)	1 (1,6)	6 (4,2)	11 (2,2)	0 (0)	

(continúa en la página siguiente...)

Variable	Tipo de violencia							Valor de p*
	Física	Psicológica/ Moral	Tortura	Sexual	Financiera/ Económica	Negligencia/ Abandono	Intervención legal	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Coordinación de Salud (residencia)								<0,001
Oeste	72 (5,5)	24 (3,9)	0 (0)	0 (0)	2 (1,4)	10 (2)	0 (0)	
Este	242 (18,3)	240 (39,2)	12 (42,9)	17 (27,4)	52 (36,1)	145 (28,6)	3 (42,9)	
Norte	218 (16,5)	78 (12,7)	3 (10,7)	12 (19,4)	17 (11,8)	87 (17,2)	1 (14,3)	
Sudeste	221 (16,7)	73 (11,9)	2 (7,1)	5 (8,1)	18 (12,5)	60 (11,8)	0 (0)	
Sur	385 (29,2)	125 (20,4)	3 (10,7)	13 (21)	41 (28,5)	153 (30,2)	2 (28,6)	
Centro	50 (3,8)	29 (4,7)	4 (14,3)	2 (3,2)	5 (3,5)	30 (5,9)	1 (14,3)	
En blanco	132 (10)	44 (7,2)	4 (14,3)	13 (21)	9 (6,3)	22 (4,3)	0 (0)	
Situación conyugal								<0,001
En blanco/ Desconocida/ No aplica	390 (29,5)	128 (20,9)	9 (32,1)	16 (25,8)	21 (14,6)	121 (23,9)	2 (28,6)	
Soltero	195 (14,8)	79 (12,9)	4 (14,3)	9 (14,5)	28 (19,4)	95 (18,7)	0 (0)	
Casado/Unión Consensual	386 (29,2)	172 (28,1)	7 (25)	18 (29)	24 (16,7)	78 (15,4)	0 (0)	
Viudo	217 (16,4)	158 (25,8)	5 (17,9)	10 (16,1)	52 (36,1)	162 (32)	5 (71,4)	
Separado	132 (10)	76 (12,4)	3 (10,7)	9 (14,5)	19 (13,2)	51 (10,1)	0 (0)	
Orientación sexual								0,681
Heterosexual	857 (64,9)	399 (65,1)	15 (53,6)	42 (67,7)	92 (63,9)	309 (60,9)	5 (71,4)	
Homosexual	13 (1)	6 (1)	1 (3,6)	0 (0)	1 (0,7)	4 (0,8)	0 (0)	
Bisexual	2 (0,2)	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
No aplica	86 (6,5)	51 (8,3)	3 (10,7)	4 (6,5)	11 (7,6)	53 (10,5)	1 (14,3)	
Desconocida	362 (27,4)	156 (25,4)	9 (32,1)	16 (25,8)	40 (27,8)	141 (27,8)	1 (14,3)	
Identidad de género								0,631
Travesti	4 (0,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)	0 (0)	
Mujer transexual	10 (0,8)	4 (0,7)	0 (0)	1 (1,6)	1 (0,7)	4 (0,8)	0 (0)	
Hombre transexual	1 (0,1)	2 (0,3)	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	0 (0)	0 (0)	
No aplica	829 (62,8)	410 (66,9)	18 (64,3)	41 (66,1)	99 (68,8)	342 (67,5)	4 (57,1)	
Desconocida	476 (36,1)	197 (32,1)	10 (35,7)	20 (32,3)	43 (29,9)	160 (31,6)	3 (42,9)	
Tiene discapacidad								<0,001
En blanco/ Desconocido	244 (18,5)	116 (18,9)	2 (7,1)	13 (21)	22 (15,3)	75 (14,8)	2 (28,6)	
Sí	347 (26,3)	95 (15,5)	5 (17,9)	11 (17,7)	41 (28,5)	193 (38,1)	1 (14,3)	
No	729 (55,2)	402 (65,6)	21 (75)	38 (61,3)	81 (56,3)	239 (47,1)	4 (57,1)	

(continúa en la página siguiente...)

Variable	Tipo de violencia							Valor de p*
	Física	Psicológica/ Moral	Tortura	Sexual	Financiera/ Económica	Negligencia/ Abandono	Intervención legal	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
	Tipo de discapacidad/trastorno							<0,001
Discapacidad física	42 (3,2)	30 (4,9)	1 (3,6)	3 (4,8)	12 (8,3)	79 (15,6)	0 (0)	
Discapacidad Intelectual	22 (1,7)	8 (1,3)	0 (0)	1 (1,6)	2 (1,4)	34 (6,7)	0 (0)	
Discapacidad visual	15 (1,1)	15 (2,4)	1 (3,6)	0 (0)	5 (3,5)	41 (8,1)	1 (14,3)	
Discapacidad auditiva	12 (0,9)	10 (1,6)	0 (0)	0 (0)	7 (4,9)	26 (5,1)	0 (0)	
Trastorno mental	76 (5,8)	27 (4,4)	3 (10,7)	6 (9,7)	13 (9)	34 (6,7)	0 (0)	
Trastorno del comportamiento	20 (1,5)	10 (1,6)	2 (7,1)	0 (0)	3 (2,1)	25 (4,9)	0 (0)	
Sin información	1133 (85,8)	513 (83,7)	21 (75)	52 (83,9)	102 (70,8)	268 (52,9)	6 (85,7)	

*Prueba exacta de Fisher

Se observa que la violencia física fue la más frecuente (49,2%; n=1320), seguida de la psicológica o moral (22,8%; n=613). Las personas de 60 a 64 años fueron las principales víctimas de los diferentes tipos de violencia, a excepción de las situaciones de negligencia o abandono en las personas de 75 años o más (56,2%; n=285) y de la violencia financiera o económica en la misma franja etaria (41,7%; n=60). El sexo que sufrió más agresiones fue el femenino en todas las tipificaciones, hubo mayores discrepancias entre los sexos en las situaciones de violencia sexual (96,8%; n=60) y violencia psicológica o moral (81,1%; n=497). En cuanto a la raza o el color de la piel, todas las manifestaciones de violencia fueron más frecuentes en los blancos.

Un dato que llama la atención es el nivel de escolaridad de las víctimas. En la distribución de frecuencias, hay un alto número de casos de escolaridad calificada como desconocida o en blanco (41,9%; n=1124). Mientras que el segundo dato más notorio es el número de adultos mayores que no había completado el nivel educativo de 1° a 4° grado de la Escuela Primaria en casi todas las variables de violencia (18,3%; n=492), a excepción de la violencia sexual, en la que el 17,7% (n=11) de los adultos mayores no había completado el nivel de 5° a 8° grado de la Escuela Primaria.

En cuanto al coordinador de salud, se observa que la violencia física y la negligencia o el abandono fueron más comunes en la región sur de la metrópolis (20%; n=538), mientras que las demás manifestaciones de violencia ocurrió con mayor frecuencia en la región este (12 %; n=324). El principal lugar de los episodios en todas las tipificaciones fue la residencia, y la mayor frecuencia relativa corresponde a la violencia financiera/económica (91%; n=131).

Los adultos mayores casados o en unión libre presentaron mayor prevalencia de violencia psicológica o moral (28,1%; n=172) y de violencia sexual (29%; n=18). Por otro lado, las situaciones de violencia financiera o económica se ejercieron con mayor frecuencia sobre las personas viudas (36,1%; n=52), al igual que las situaciones de negligencia o abandono (32%; n=162).

Se comprobó que la mayoría de los adultos mayores (56,4%; n=1514) no tenía discapacidades o trastornos. Cuando se detectó trastorno mental se asoció con la violencia física (5,8%; n=76), mientras que la discapacidad física se asoció con la negligencia y/o el abandono (15,6%; n=79).

Las características de los agresores según la tipología del hecho se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2 - Notificaciones de violencia contra adultos mayores según las características del agresor. São Paulo, SP, Brasil, 2022

Variable	Tipo de Violencia							Valor de p*
	Física	Psicológica/Moral	Tortura	Sexual	Financiera/Económica	Negligencia/Abandono	Intervención legal	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo del probable autor de violencia								<0,001
Masculino	831 (65,2)	383 (62,5)	21 (75)	57 (91,9)	65 (45,1)	157 (31)	4 (57,1)	
Femenino	283 (18,7)	157 (25,6)	4 (14,3)	2 (3,2)	51 (35,4)	144 (28,4)	0 (0)	
Ambos	51 (4)	59 (9,6)	1 (3,6)	1 (1,6)	25 (17,4)	135 (26,6)	3 (42,9)	
Desconocido	155 (12,2)	14 (2,3)	2 (7,1)	2 (3,2)	3 (2,1)	71 (14)	0 (0)	
Ciclo de vida del probable autor de violencia								<0,001
Niño (0-9 años)	9 (0,7)	6 (1)	0 (0)	1 (1,6)	1 (0,7)	1 (0,2)	0 (0)	
Adolescente (10-19 años)	33 (2,5)	11 (1,8)	1 (3,6)	1 (1,6)	2 (1,4)	1 (0,2)	0 (0)	
Joven (20-24 años)	90 (6,8)	28 (4,6)	2 (7,1)	1 (1,6)	8 (5,6)	15 (3)	1 (14,3)	
Adulto (25-59 años)	695 (52,7)	402 (65,6)	20 (71,4)	33 (53,2)	94 (65,3)	293 (57,8)	4 (57,1)	
Adulto mayor (60 años o más)	204 (15,5)	124 (20,2)	2 (7,1)	12 (19,4)	22 (15,3)	89 (17,6)	0 (0)	
Desconocido	289 (21,9)	42 (6,9)	3 (10,7)	14 (22,6)	17 (11,8)	108 (21,3)	2 (28,6)	
Sospecha de consumo de alcohol								<0,001
Sí	407 (30,8)	196 (32)	18 (64,3)	20 (32,3)	45 (31,3)	67 (13,2)	3 (42,9)	
No	462 (35)	325 (53)	5 (17,9)	23 (37,1)	59 (41)	278 (54,8)	3 (42,9)	
Desconocido	447 (33,9)	89 (14,5)	5 (17,9)	19 (30,6)	40 (27,8)	160 (31,6)	1 (14,3)	
En blanco	4 (0,3)	3 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,4)	0 (0)	
Vínculo/Grado de parentesco								<0,001
Padre	8 (0,6)	6 (0,9)	1 (3,3)	2 (3,2)	1 (0,6)	1 (0,2)	0 (0)	
Madre	7 (0,5)	14 (2,1)	0 (0)	0 (0)	2 (1,2)	5 (0,9)	0 (0)	
Padraastro	2 (0,2)	2 (0,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)	0 (0)	
Madrasta	2 (0,2)	1 (0,2)	1 (3,3)	0 (0)	1 (0,6)	0 (0)	0 (0)	
Cónyuge	165 (12,8)	117 (17,6)	4 (13,3)	14 (22,2)	11 (0,6)	24 (4,2)	0 (0)	
Excónyuge	40 (3,1)	23 (3,5)	0 (0)	8 (12,7)	7 (4,2)	9 (1,6)	0 (0)	
Novio(a)	5 (0,4)	2 (0,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)	0 (0)	
Exnovio(a)	3 (0,2)	4 (0,6)	0 (0)	1 (1,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Hijo(a)	402 (31,2)	293 (44,1)	15 (50)	6 (9,5)	86 (51,5)	305 (53)	4 (50)	
Hermano(a)	42 (3,3)	24 (3,6)	0 (0)	1 (1,6)	8 (4,8)	44 (7,6)	0 (0)	
Amigo(a)/Conocido(a)	144 (11,2)	40 (6)	2 (6,7)	12 (19)	10 (6)	23 (4)	0 (0)	
Desconocido(a)	215 (16,7)	20 (3)	2 (6,7)	14 (22,2)	5 (3)	5 (0,9)	0 (0)	

(continúa en la página siguiente...)

Variable	Tipo de Violencia							Valor de p*
	Física	Psicológica/Moral	Tortura	Sexual	Financiera/Económica	Negligencia/Abandono	Intervención legal	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Cuidador(a)	10 (0,8)	9 (1,4)	1 (3,3)	0 (0)	3 (1,8)	37 (6,4)	1 (12,5)	
Patrón/Jefe	2 (0,2)	1 (0,2)	0 (0)	1 (1,6)	1 (0,6)	2 (0,3)	0 (0)	
Persona con relación institucional	11 (0,9)	5 (0,8)	0 (0)	1 (1,6)	1 (0,6)	5 (0,9)	0 (0)	
Policía/Agente de la ley	5 (0,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)	2 (25)	
La misma persona	57 (4,4)	11 (1,7)	1 (3,3)	1 (1,6)	2 (1,2)	24 (4,2)	1 (12,5)	
Otros	169 (13,1)	92 (13,9)	3 (10)	2 (3,2)	29 (17,4)	89 (15,5)	0 (0)	
Número de agresores involucrados								<0,001
Uno	933 (70,7)	440 (71,8)	20 (71,4)	52 (83,9)	86 (59,7)	221 (43,6)	2 (28,6)	
Dos o más	253 (19,2)	163 (26,6)	8 (28,6)	8 (12,9)	53 (36,8)	229 (45,2)	5 (71,4)	
Desconocido	127 (9,6)	7 (1,1)	0 (0)	2 (3,2)	5 (3,5)	54 (10,7)	0 (0)	
En blanco	7 (0,5)	3 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0,6)	0 (0)	

*Prueba exacta de Fisher

Se observa que, en la mayoría de los casos de violencia, el número de involucrados incluye un solo agresor (57,1%; n=1531), a excepción de los casos de negligencia o abandono donde hubo dos o más (45,2%; n= 229). El agresor fue en general el hijo de la víctima, principalmente en los casos de negligencia y/o abandono (53%; n=305) y violencia física (31,2%; n=402). En todas las categorías, el sexo masculino (56,7%; n=1518) con edad entre 25 y 59 años (57,4%; n=1541) fue citado como

probable agresor de violencia. No se encontró asociación directa entre la variable sospecha de consumo de alcohol del agresor de violencia y las formas de violencia.

La variable "mes del episodio" (p=0,497) no presentó valor estadísticamente significativo. Las principales derivaciones realizadas por los profesionales que atendían a las víctimas según el tipo de violencia fueron a los servicios de la Red de Salud, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3 - Notificaciones de violencia contra el adulto mayor según las características de la violencia y derivaciones realizadas. São Paulo, SP, Brasil, 2022

Variable	Tipo de Violencia Notificaciones de violencia contra el adulto mayor según las características de la violencia y derivaciones realizadas							Valor de p*
	Física	Psicológica/Moral	Tortura	Sexual	Financiera/Económica	Negligencia/Abandono	Intervención legal	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Mes del episodio								0,497
Marzo 2020	109 (8,3)	40 (6,5)	1 (3,6)	8 (12,9)	9 (6,3)	38 (7,5)	0 (0)	
Abril 2020	65 (4,9)	23 (3,8)	0 (0)	2 (3,2)	4 (2,8)	16 (3,2)	0 (0)	
Mayo 2020	82 (6,2)	35 (5,7)	2 (7,1)	2 (3,2)	8 (5,6)	45 (8,9)	0 (0)	
Junio 2020	79 (6)	42 (6,9)	1 (3,6)	4 (6,5)	12 (8,3)	37 (7,3)	0 (0)	
Julio 2020	115 (8,7)	59 (9,6)	3 (10,7)	4 (6,5)	17 (11,8)	49 (9,7)	0 (0)	

Tipo de Violencia Notificaciones de violencia contra el adulto mayor según las características de la violencia y derivaciones realizadas								
	Física	Psicológica/ Moral	Tortura	Sexual	Financiera/ Económica	Negligencia/ Abandono	Intervención legal	Valor de p*
Variable	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Agosto 2020	127 (9,6)	58 (9,5)	4 (14,3)	2 (3,2)	8 (5,6)	46 (9,1)	1 (14,3)	
Septiembre 2020	100 (7,6)	58 (9,5)	4 (14,3)	4 (6,5)	15 (10,4)	46 (9,1)	0 (0)	
Octubre 2020	117 (8,9)	46 (7,5)	2 (7,1)	2 (3,2)	12 (8,3)	35 (6,9)	1 (14,3)	
Noviembre 2020	99 (7,5)	50 (8,2)	4 (14,3)	7 (11,3)	9 (6,3)	41 (8,1)	2 (28,6)	
Diciembre 2020	116 (8,8)	54 (8,8)	5 (17,9)	7 (11,3)	18 (12,5)	44 (8,7)	0 (0)	
Enero 2021	99 (7,5)	43 (7)	1 (3,6)	11 (17,7)	8 (5,6)	26 (5,1)	1 (14,3)	
Febrero 2021	115 (8,7)	56 (9,1)	1 (3,6)	4 (6,5)	10 (6,9)	50 (9,9)	2 (28,6)	
Marzo 2021	97 (7,3)	49 (8)	0 (0)	5 (8,1)	14 (9,7)	34 (6,7)	0 (0)	
Lugar del episodio								<0,001
Residencia	875 (66,3)	557 (90,9)	24 (85,7)	48 (77,4)	131 (91)	454 (89,5)	5 (71,4)	
Vivienda colectiva	15 (1,1)	4 (0,7)	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	16 (3,2)	0 (0)	
Lugar de práctica deportiva	3 (0,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Bar o Similar	16 (1,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	1 (0,2)	0 (0)	
Vía pública	185 (14)	15 (2,4)	2 (7,1)	4 (6,5)	0 (0)	5 (1)	1 (14,3)	
Comercio/Servicios	17 (1,3)	5 (0,8)	0 (0)	1 (1,6)	1 (0,7)	3 (0,6)	1 (14,3)	
Industrias/ Construcción	2 (0,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
En blanco/ Desconocido	176 (13,3)	15 (2,4)	2 (7,1)	4 (6,5)	5 (3,5)	17 (3,4)	0 (0)	
Otros	31 (2,3)	17 (2,8)	0 (0)	5 (8,1)	5 (3,5)	11 (2,2)	0 (0)	
Medio de agresión								<0,001
Fuerza corporal/ Golpe	1032 (63,5)	167 (30,2)	19 (33,9)	30 (42,9)	43 (32,1)	36 (14,3)	4 (57,1)	
Estrangulamiento	48 (3)	20 (3,6)	6 (10,7)	3 (4,3)	6 (4,5)	2 (0,8)	0 (0)	
Objeto contundente	111 (6,8)	25 (4,5)	8 (14,3)	3 (4,3)	5 (3,7)	3 (1,2)	0 (0)	
Objeto punzocortante	97 (6)	19 (3,4)	5 (8,9)	1 (1,4)	6 (4,5)	2 (0,8)	0 (0)	
Sustancia/ Objeto caliente	9 (0,6)	2 (0,4)	3 (5,4)	1 (1,4)	1 (0,7)	0 (0)	0 (0)	
Envenenamiento/ Intoxicación	25 (1,5)	10 (1,8)	1 (1,8)	1 (1,4)	3 (35,1)	3 (1,2)	0 (0)	
Arma de fuego	12 (0,7)	6 (1,1)	2 (3,6)	1 (1,4)	1 (0,7)	0 (0)	0 (0)	
Amenaza	216 (13,2)	212 (38,2)	12 (19,6)	26 (35,7)	47 (35,1)	43 (17,1)	2 (28,6)	
Otro medio	75 (4,7)	92 (16,8)	1 (1,8)	5 (7,1)	22 (16,4)	163 (64,7)	1 (14,3)	
Sucedió otras veces								<0,001
En blanco	4 (0,3)	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0,6)	0 (0)	

(continúa en la página siguiente...)

Tipo de Violencia Notificaciones de violencia contra el adulto mayor según las características de la violencia y derivaciones realizadas								
	Física	Psicológica/ Moral	Tortura	Sexual	Financiera/ Económica	Negligencia/ Abandono	Intervención legal	Valor de p*
Variable	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sí	562 (42,6)	481 (78,5)	22 (78,6)	32 (51,6)	114 (79,2)	301 (59,4)	5 (71,4)	
No	428 (32,4)	79 (12,9)	4 (14,3)	20 (32,3)	15 (10,4)	62 (12,2)	0 (0)	
Desconocido	326 (24,7)	52 (8,5)	2 (7,1)	10 (16,1)	15 (10,4)	141 (27,8)	2 (28,6)	
Motivación de la violencia								<0,001
Sexismo	64 (4,8)	42 (6,9)	2 (7,1)	22 (35,5)	8 (5,6)	6 (1,2)	0 (0)	
Homofobia/Bifobia/ Transfobia	3 (0,2)	2 (0,3)	0 (0)	0 (0)	2 (1,4)	3 (0,6)	0 (0)	
Racismo	1 (0,1)	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Intolerancia religiosa	0 (0)	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)	0 (0)	
Xenofobia	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Conflicto generacional	270 (20,5)	166 (27,1)	6 (21,4)	1 (1,6)	46 (31,9)	105 (20,7)	2 (28,6)	
Situación de calle	30 (2,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Discapacidad	10 (0,8)	13 (2,1)	1 (3,6)	0 (0)	4 (2,8)	16 (3,2)	0 (0)	
Otros	337 (25,5)	122 (19,9)	3 (10,7)	11 (17,7)	30 (20,8)	148 (29,2)	3 (42,9)	
No aplica	145 (11)	143 (23,3)	4 (14,3)	10 (16,1)	14 (9,7)	70 (13,8)	1 (14,3)	
Desconocida	460 (34,8)	123 (20,1)	12 (42,9)	18 (29)	40 (27,8)	158 (31,2)	1 (14,3)	
Derivaciones								<0,001
Red de Salud (Unidad Básica de Salud, hospital)	917 (49,7)	418 (42,4)	19 (43,2)	39 (41,9)	106 (42,7)	406 (46,7)	4 (28,6)	
Red de Asistencia Social	181 (9,8)	190 (19,3)	7 (15,9)	17 (18,3)	65 (26,2)	256 (29,4)	2 (14,3)	
Red de Educación	2 (0,1)	3 (0,3)	0 (0)	0 (0)	1 (0,4)	3 (0,3)	0 (0)	
Red de Atención a la Mujer	91 (4,9)	128 (13)	2 (4,5)	23 (24,7)	7 (2,8)	2 (0,2)	1 (7,1)	
Consejo Tutelar	9 (0,5)	11 (1,1)	0 (0)	1 (1,1)	1 (0,4)	2 (0,2)	0 (0)	
Consejo del Adulto Mayor	153 (8,3)	83 (8,4)	4 (9,1)	2 (2,2)	23 (9,3)	126 (14,5)	1 (7,1)	
Oficina de Atención a la Tercera Edad	103 (5,6)	48 (4,9)	3 (6,8)	1 (1,1)	18 (7,3)	39 (4,5)	0 (0)	
Centro de Referencia de Derechos Humanos	8 (0,4)	1 (0,1)	0 (0)	0 (0)	1 (0,4)	4 (0,5)	0 (0)	
Ministerio Público	17 (0,9)	10 (1)	1 (2,3)	0 (0)	9 (3,6)	18 (2,1)	1 (7,1)	
Oficina de Atención a la Mujer	89 (4,7)	45 (4,6)	3 (6,8)	8 (8,6)	7 (2,8)	3 (0,3)	2 (14,3)	
Otros organismos	263 (14,3)	42 (4,3)	5 (11,4)	2 (2,2)	6 (2,4)	8 (0,9)	3 (21,4)	
Defensoría Pública	11 (0,5)	8 (0,8)	0 (0)	0 (0)	4 (1,6)	3 (0,3)	0 (0)	

*Prueba exacta de Fisher

La fuerza corporal o los golpes fueron el medio de agresión más común en la violencia física (63,5%; n=1032). En la violencia psicológica/moral, la amenaza fue el medio de agresión más frecuente (38,2%; n=212). Se constató que todas las manifestaciones de violencia contra el adulto mayor ocurrieron más de una vez (56,5%; n=1517). En general, se encontró que el conflicto generacional es la motivación para la agresión. Sin embargo, es notorio el alto número de respuestas marcadas como "otros" y "no aplica" en todas las categorías.

Cabe destacar que en el formulario de notificación de casos sospechosos o confirmados de violencia interpersonal existe la posibilidad de indicar más de una derivación para cada caso. La Red de Salud, que incluye Unidades Básicas de Salud (UBS), hospitales generales y especializados, servicios ambulatorios, entre otros, fue el principal destino de derivación, seguida de la Red de Asistencia Social. Las direcciones al Consejo Municipal del Adulto Mayor fueron bajas en comparación con otros organismos ($p < 0,001$).

Discusión

Desafortunadamente, no son raras las tipificaciones de violencia física y psíquica/moral contra los adultos mayores. Sin embargo, estudios realizados en Perú y España indican que se incrementaron las manifestaciones en el primer año de la pandemia, cuando no existían vacunas ni tratamientos y las recomendaciones de prevención no farmacológica incluían la reducción de la circulación de las personas y algún tipo de confinamiento domiciliario⁽¹⁻²⁾. Esto hizo que las tensiones, que antes eran menores, se intensificaran y generaran agresiones físicas y ofensas, que tuvieron un gran impacto en los derechos humanos y la calidad de vida de los adultos mayores⁽⁴⁾.

La VCAM no suele tener un rango etario específico. De hecho, dependiendo de la motivación, está más asociada a las condiciones de fragilidad y dependencia que a la edad. Sin embargo, un estudio norteamericano menciona que cuanto mayor es la edad, mayor es la dificultad del adulto mayor para notificar el evento, acceder a los servicios y buscar redes de apoyo⁽¹⁵⁾. Es común que, como en este estudio, los adultos mayores más jóvenes sean los que denuncian con mayor frecuencia los malos tratos recibidos, pero esto no significa necesariamente que sean los más victimizados. Estudios nacionales e internacionales⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ mencionan que los casos de negligencia o abandono y de violencia económica tienden a ser más frecuentes en los adultos mayores longevos porque suelen ser denunciados por otros, como vecinos, familiares no cuidadores o amigos. Además, los adultos mayores jóvenes pueden sentir vergüenza de mencionar durante las consultas o

la atención que han sido víctimas de violencia económica o detallar situaciones que consideran poco graves, en comparación con la violencia física y psicológica. Un hecho similar también puede ocurrir con respecto a la raza/color de la piel, donde las personas de raza morena y negra tienden a naturalizar las situaciones ofensivas porque ya las han experimentado anteriormente, lo que genera un subregistro^(11,16).

En este estudio se constató que los adultos mayores con baja escolaridad padecen con mayor frecuencia todo tipo de violencia. Esta evidencia es corroborada por otros estudios⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, que señalan que eso ocurre también en otros países del mundo. Un estudio brasileño, sin embargo, indica que una mayor escolaridad no es necesariamente un factor protector contra la violencia⁽¹⁹⁾. En algunos casos, las personas con mayor nivel educativo y también aquellas con mayores ingresos sienten vergüenza de denunciar lo sucedido, o no acuden a los servicios de protección en situaciones de agresión⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Sin embargo, el hallazgo indica que las personas mayores con escolaridad primaria incompleta requieren una mayor atención ante el riesgo potencial de violencia. Otro hallazgo relevante fue el alto número de notificaciones cuya escolaridad fue marcada como "desconocida" o "en blanco". Esto se considera una falla en la cumplimentación del formulario de notificación obligatoria de casos sospechosos o confirmados de violencia, ya que impacta significativamente en la caracterización precisa del perfil de las víctimas y en la adopción criteriosa de medidas de protección y enfrentamiento⁽²¹⁾.

São Paulo es la ciudad más grande de América Latina y, por lo tanto, las características de los fenómenos epidemiológicos pueden ser diferentes según sus regiones, especialmente cuando el objeto de estudio está fuertemente influenciado por factores socioambientales. Cabe destacar que las regiones este y sur fueron las que presentaron mayor número de episodios de violencia contra los adultos mayores en el período señalado. Estas regiones concentran grandes puntos de vulnerabilidad social en la metrópolis, cuentan con alta densidad demográfica y gran población dependiente de planes asistenciales⁽²²⁾. Dichos aspectos potencian significativamente los factores de riesgo para el surgimiento de actitudes violentas y la perpetuación de agresiones⁽²²⁻²⁴⁾. Otra evidencia relevante fue el hecho de que las agresiones se han producido generalmente en los domicilios de las víctimas durante la pandemia y por familiares cercanos, fundamentalmente los hijos, y más de una vez. Por ende, los académicos brasileños señalan que es importante que los profesionales de la salud estén disponibles para ayudar no solo a las víctimas, sino también a sus agresores, dado que las acciones dirigidas solo a las víctimas pueden no ser suficientes para interrumpir el ciclo de la violencia⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Es interesante señalar que los adultos mayores casados o en unión estable no estuvieron libres de agresiones durante la pandemia de COVID-19⁽²⁷⁾. Los investigadores europeos mencionaron que la violencia psicológica y/o moral fue frecuente en los adultos mayores⁽²⁸⁻²⁹⁾, e incluye abuso verbal, chantaje, exposición a situaciones vergonzosas, desprecio y otras actitudes que degradan a la persona agredida, y genera un daño psicosocial progresivo. Por lo general, el agresor provoca este tipo de acciones porque conoce en profundidad las debilidades de la víctima. Por eso son los cónyuges quienes terminan siendo los que guardan más información capaz de causarle sufrimiento psíquico o moral a la víctima. Lo mismo ocurre con respecto a la violencia sexual, donde el agresor suele ser la pareja del adulto mayor⁽²⁷⁾.

Sin embargo, los adultos mayores viudos experimentan más violencia financiera o económica y situaciones de negligencia o abandono. La ausencia de un compañero puede hacer que la persona mayor sea explotada económicamente por miembros más jóvenes de la familia y, aun así, reciba poca o ninguna ayuda de ellos. Un estudio realizado con especialistas en salud mental de 23 países europeos cita que estas formas de violencia son aún más complejas que las demás porque la persona mayor tiende a naturalizar la situación cuando se encuentra en el lugar de proveedor de recursos económicos, especialmente en las familias con muy bajos ingresos y en las que hay personas desempleadas⁽³⁰⁾. Además, la muerte de un cónyuge expone al adulto mayor a la negligencia de los miembros de la familia porque muchas veces las familias no habían planeado cuidar de esa persona y ahora se ven obligadas a hacerlo. Cabe destacar que, en este estudio, la negligencia y/o el abandono también fueron más frecuentes en adultos mayores con trastornos mentales, demostrando que esas enfermedades pueden provocar el rechazo de los familiares, y eso los lleva a descuidarlos.

El confinamiento impuesto durante la pandemia de COVID-19 expuso al adulto mayor a una convivencia familiar intensiva. Este aspecto puede ser uno de los factores de estrés familiar y el causante de los impulsos de violencia física en los más jóvenes, como se puede ver en los resultados que arrojó el presente estudio. Por ende, los conflictos generacionales fueron las principales motivaciones de agresión contra los adultos mayores. Estos conflictos a menudo son causados por diferencias permanentes en los valores sociales, culturales e incluso económicos entre personas de diferentes grupos etarios^(21,28-30).

Al igual que en otros estudios^(19,27), los hombres fueron los que perpetraron más agresiones físicas, principalmente con uso de fuerza física y/o golpes contra las víctimas. Se destaca que el agresor de la franja etaria

de 25 a 59 años tiene mayor fuerza muscular que el adulto mayor, lo que aumenta potencialmente el riesgo de lesiones corporales graves e incluso la posibilidad de secuelas o complicaciones. Las lesiones físicas de los adultos mayores conducen a complicaciones potenciales en órganos y tejidos, aumentan las posibilidades de complicaciones sistémicas y también pueden provocar daños psicosociales asociados al miedo, la vergüenza y la ira que les provocan las agresiones⁽¹⁹⁾. Además, una información relevante que surgió en el análisis de los datos es que el consumo de alcohol no se asoció mayormente con la agresión, esto no coincide con los resultados de los estudios realizados en otras poblaciones⁽¹⁹⁻²³⁾.

Por último, durante la atención, los profesionales notificantes derivaron a los adultos mayores a los servicios que forman parte de la Red de Salud y/o Asistencia Social, en función de las necesidades que detectaron. Sin embargo, la derivación de casos al Consejo Municipal del Adulto Mayor fue muy baja. El artículo 19 del Estatuto del Adulto mayor establece que los casos sospechosos o confirmados de violencia contra el adulto mayor estarán sujetos a notificación obligatoria por parte de los servicios de salud, y deberán ser derivados a los organismos de seguridad pública⁽³¹⁾. Además, desde 2015, la ciudad de São Paulo cuenta con una línea de atención integral para personas en situación de violencia que recomienda encarecidamente que se deriven los casos de VCam al Gran Consejo Municipal del Adulto Mayor, y cuenta con flujos de derivación para otros grupos poblacionales vulnerables⁽³²⁾. El bajo número de derivaciones a este organismo de protección puede comprometer la evaluación y el seguimiento de indicadores importantes de esta línea de atención. Es importante que los profesionales se comuniquen adecuadamente con los organismos de protección de los adultos mayores para garantizar los derechos humanos y mantener la justicia.

La principal limitación del estudio es la posible pérdida de información, por la inclusión tardía de las notificaciones de los casos de violencia que aún se encontraban en investigación epidemiológica durante el período de recolección, pero ese hecho no invalida los hallazgos, dado que los resultados del presente estudio brindan información importante sobre las características de las agresiones que sufrieron las personas mayores durante la pandemia de COVID-19, que todavía es escasa en la literatura.

Esta investigación aporta potenciales contribuciones a la enfermería y otras ciencias de la salud, dado que los datos epidemiológicos pueden colaborar para que se elaboren políticas de salud para las víctimas de forma más objetiva. También, permite reflexionar sobre las medidas de prevención y control de la violencia, dado que determina el perfil del agresor y las características

de los tipos de violencia más comunes. Por otro lado, los hallazgos posibilitan la planificación de prácticas asistenciales de enfermería acordes al perfil de los adultos mayores víctimas de agresión, y contribuyen al desarrollo de proyectos sociales de extensión universitaria dirigidos a promover la cultura de la paz, a partir de la realidad presentada.

Conclusión

El estudio identificó el perfil sociodemográfico de los adultos mayores víctimas de violencia en los primeros meses de la pandemia de COVID-19: mujeres con baja escolaridad, blancas y con edades entre 60 y 64 años y casadas en casos de violencia física, psicológica o moral, tortura y sexual. Las personas de 75 años o más han sufrido mayormente violencia financiera o económica y negligencia o abandono. Hubo más episodios de violencia en los domicilios y en los residentes de las regiones este y sur de la metrópolis de São Paulo. Por lo tanto, hubo algunas divergencias con respecto a las hipótesis planteadas inicialmente, que demuestran las particularidades de la violencia contra los adultos mayores en el contexto de la pandemia.

En cuanto al agresor, prevaleció el género masculino, de una franja etaria menor a la de la víctima (entre 25 y 59 años), generalmente con parentesco cercano (hijo o cónyuge). El uso de la fuerza física o los golpes fueron la forma de violencia física más utilizada. La violencia psicológica fue reconocida por situaciones de amenazas. Las personas mayores con trastornos mentales sufrieron más violencia física, mientras que las personas con discapacidad física sufrieron más abandono o negligencia. Las agresiones se produjeron más de una vez y fueron motivadas por conflictos generacionales. Las derivaciones fueron predominantemente a la red de atención de salud y asistencia social. Sin embargo, las derivaciones a organismos de seguridad y protección, como el consejo municipal de adultos mayores, fue baja.

Cabe destacar lo importante que fue la notificación obligatoria de la violencia interpersonal contra los adultos mayores durante la pandemia de COVID-19, dado que permitió reconocer quienes son los más vulnerables, y facilitó la implementación de políticas de salud. Los autores enfatizan que es importante completar correctamente todos los campos del formulario de notificación, especialmente la escolaridad de las víctimas.

Referencias

1. Porter C, Favara M, Sánchez A, Scott D. The impact of COVID-19 lockdowns on physical domestic violence: evidence from a list randomization experiment. *SSM Popul*

Health. 2021 Jul 22;14:e100792. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100792>

2. Gómez MAH, Sánchez NJS, Domínguez MJF. Analysis of ageism during the pandemic, a global elder abuse. *Aten Primaria*. 2022 Jun 22;54(6):e:102320. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102320>

3. Benbow SM, Bhattacharyya S, Kingston P, Peisah C. Invisible and at risk: older adults during the COVID-19 pandemic. *J Elder Abuse Negl*. 2022 Feb 02;34(1):70-6. <https://doi.org/10.1080/08946566.2021.2016535>

4. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. The increase in domestic violence during the social isolation: what does it reveals? *Rev Bras Epidemiol*. 2020 Sep 21;22:e200033. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200033>

5. Gelder NV, Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shas N, et al. COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *E Clin Med*. 2020 Sep 21;21(2020):e100348. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100348>

6. Boserup B, McKennedy M, Elkbuli A. Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med*. 2020 Sep 21;38(12):2753-5. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.077>

7. Vora M, Malathesh BC, Das S, Chatterjee SS. COVID-19 and domestic violence against women. *Asian J Psychiatr*. 2020 Oct 20;53:e102227. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102227>

8. Marcolino EC, Santos RC, Clementino FS, Leal CQAM, Soares MCS, Miranda FAN, et al. Social distancing in times of COVID-19: an analysis of its effects on domestic violence. *Interface (Botucatu)*. 2021 Oct 20;25(sup1):e200363. <https://doi.org/10.1590/Interface.200363>

9. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020 Mar 22;5:e256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)

10. Sousa RC, 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 Oct 21;29:e3394. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4039.3394>

11. Chang ES, Levy BR. High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021 Jul 22;29(11):1152-9. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.01.007>

12. Santos AMR, Sá GGM, Brito AAO, Nolêto JS, Oliveira RKC. Elder abuse during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Acta Paul Enferm*. 2021 Feb 21;34:eAPE000336. <https://doi.org/10.37689/actaape/2021AR00336>

13. Villeneuve PJ, Goldberg MS. Methodological considerations for epidemiological studies of air pollution

- and SARS and COVID-19 coronavirus outbreaks. *Environ Health Perspect.* 2020 Oct 21;128(9):e095001. <https://doi.org/10.1289/EHP7411>
14. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth.* 2019 Sep 20;13(1):31-4. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18
15. Drotning KJ, Doan L, Sayer LC, Fish JN, Rinderknecht RG. Not all homes are safe: Family violence following the onset of the COVID-19 pandemic. *J Fam Violence.* 2022 Feb 22;2022:e00372. <https://doi.org/10.1007/s10896-022-00372-y>
16. Alves RM, Costa VCGSF, Oliveira TM, Araújo MO, Araújo MPD. Violence against the elderly population during the COVID-19 pandemic. *Saúde Coletiva (Barueri).* 2020 Sep 21;10(59):4314-25. <https://doi.org/10.36489/saud ecoletiva.2020v10i59p4314-4325>
17. Elman A, Breckman R, Clark S, Gottesman E, Rachmuth L, Reiff M, et al. Effects of the COVID-19 Outbreak on Elder Mistreatment and Response in New York City: Initial Lessons. *J Appl Gerontol.* 2020 Mar 21;39(7):690-9. <https://doi.org/10.1177/0733464820924853>
18. Han SD, Mosqueda L. Elder Abuse in the COVID-19 Era. *J Am Geriatr Soc.* 2020 Mar 21;68(7):1386-7. <https://doi.org/10.1111/jgs.16496>
19. Silva ER, Hino P, Fernandes H. Sociodemographic characteristics of interpersonal violence associated with alcohol consumption. *Cogitare Enferm.* 2022 Mar 22;27:e77876. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.77876>
20. Plante W, Tufford L, Shute T. Interventions with survivors of interpersonal trauma: addressing the role of shame. *Clin Social Work J.* 2022 Mar 22;2022:e00832. <https://doi.org/10.1007/s10615-021-00832-w>
21. Rocha RC, Côrtes MCJW, Dias EC, Gontijo ED. Veiled and revealed violence against the elderly in Minas Gerais – Brazil: analysis of complaints and notifications. *Saúde Debate.* 2018 Mar 21;42(s4):81-94. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S406>
22. Nakada LYK, Urban RC. COVID-19 pandemic: environmental and social factors influencing the spread of SARS-CoV-2 in São Paulo, Brazil. *Environ Sci Pollut Res.* 2021 Mar 22;28:40322-28. <https://doi.org/10.1007/s11356-020-10930-w>
23. Araújo-Júnior FB, Machado ITJ, Orlandi AAS, Marconato AMP, Pavarini SCI, Zazzetta MS. Frailty, profile and cognition of elderly residents in a highly socially vulnerability area. *Cienc Saúde Coletiva.* 2019 Apr 22;28(8):3047-55. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.26412017>
24. Carvalho AR, Souza LR, Gonçalves SL, Almeida ERF. Vulnerabilidade social y crisis sanitária em Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2021 Apr 21;37(9):e00071721. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00071721>
25. Ferreira MN, Hino P, Taminato M, Fernandes H. Care of perpetrators of repeat Family violence: an integrative literature review. *Acta Paul Enferm.* 2019 Mar 21;32(3):334-40. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900046>
26. Fernandes H, Brandão MB, Castilho-Júnior RA, Hino P, Ohara CVS. The care for the persistent family aggressor in the perception of nursing students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020 Feb 22; 28:e3287. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3991.3287>
27. Jetelina KK, Kmeil G, Molsberry RJ. Changes in intimate partner violence during stages of COVID-19 pandemic in the USA. *Inj Prev.* 2021 Mar 22;27:93-7. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2020-043831>
28. Radwan E, Radwan A, Radwan W. Challenges facing older adults during the COVID-19 outbreak. *Eur J Environ Public Health.* 2021 Mar 22;5(1):em0059. <https://doi.org/10.29333/ejeph/8457>
29. Thome J, Deloyer J, Coogan NA, Bailey-Rodrigues D, Cruz e Silva OAB, Faltraco F, et al. The impact of the early phase of the COVID-19 pandemic on mental-health services in Europe. *The World J Biological Psychiatry* 2021 Oct 21;22(7):515-25. <https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1844290>
30. Cruz MHS, Santos VN. Violence in the experience of elderly women in social assistance reference centers. *Interthesis.* 2021 Feb 22;18(1):1-21. <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2021.e76457>
31. Souza e Souza M, Machado CV. Governance, intersectoriality and social participation in public policy: the nacional council on the rights of the elderly. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018 Feb 22;23(10):3189-200. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.14112018>
32. Marinho KRE Neto, Girianelli VR. Notification of violence against women in te city of São Paulo, 2008-2015. *Cad Saúde Coletiva.* 2020 Feb 22;28(4):488-99. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040404>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Camila de Morais Ranzani, Sara Cirillo Silva, Paula Hino, Mônica Taminato, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Hugo Fernandes.

Obtención de datos: Camila de Morais Ranzani, Sara Cirillo Silva, Mônica Taminato, Hugo Fernandes.

Análisis e interpretación de los datos: Camila de Morais Ranzani, Sara Cirillo Silva, Paula Hino, Mônica Taminato, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Hugo Fernandes.

Análisis estadístico: Camila de Morais Ranzani, Sara Cirillo Silva, Paula Hino, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Hugo Fernandes.

Obtención de financiación: Sara Cirillo Silva, Mônica Taminato, Hugo Fernandes. **Redacción del manuscrito:**

Camila de Morais Ranzani, Sara Cirillo Silva, Paula Hino, Mônica Taminato, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Hugo Fernandes. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Camila de Morais Ranzani, Sara Cirillo Silva, Paula Hino, Mônica Taminato, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Hugo Fernandes.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.


Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 09.05.2022
Aceptado: 24.08.2022

Editora Asociada:
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2023 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:
Hugo Fernandes
E-mail: hugoenf@yahoo.com.br
 <https://orcid.org/0000-0003-2380-2914>