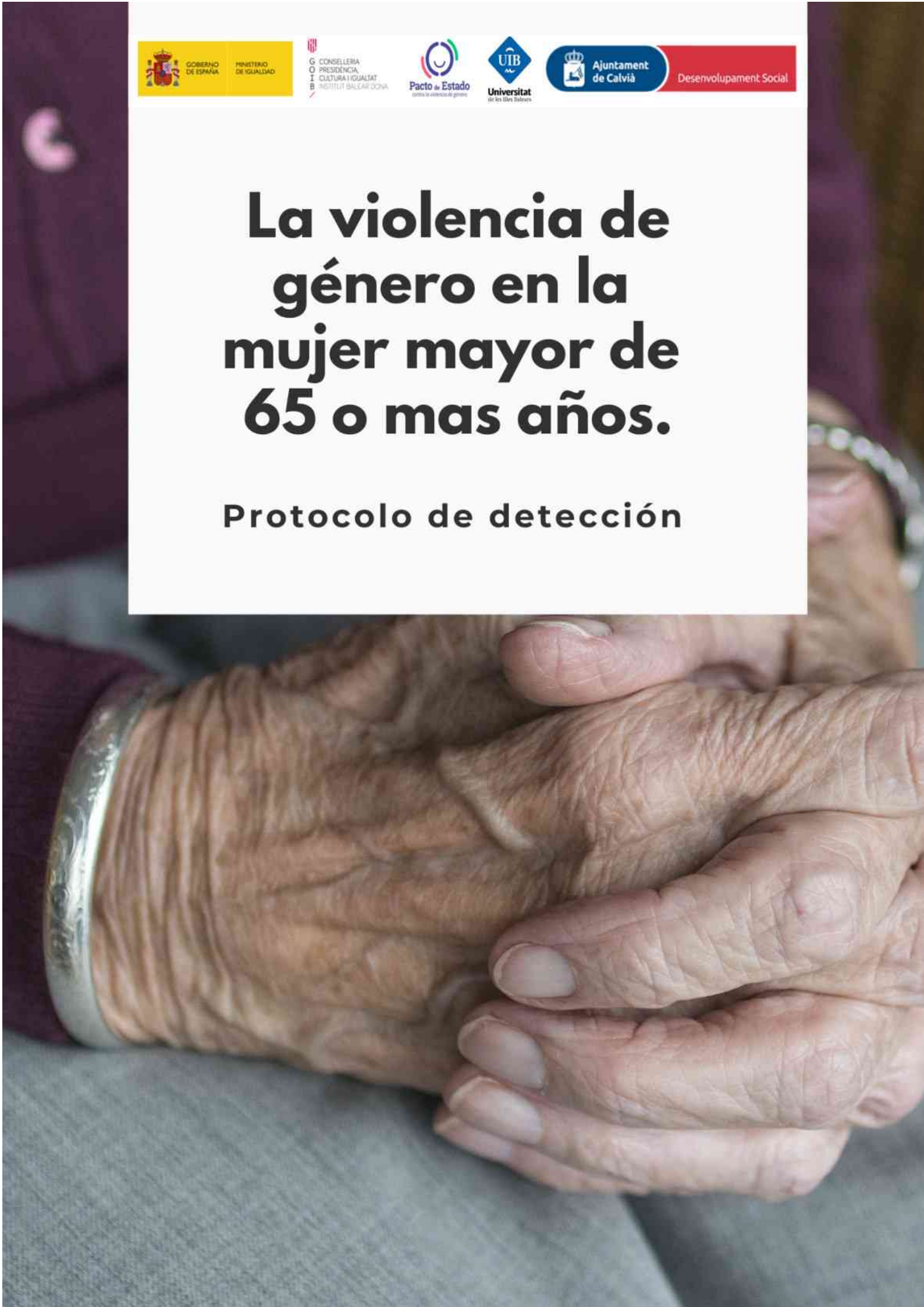


# **La violencia de género en la mujer mayor de 65 o mas años.**

**Protocolo de detección**



## **Instituciones que han desarrollado el estudio**

Ajuntament de Calvià

Universitat de les Illes Balears. Fundació Universitat-Empresa de les Illes Balears

## **Financiación**

Institut Balear de la Dona. Fondos del Pacto de Estado contra la Violencia de género (Ministerio de Igualdad)

## **Edición**

Dra. Carmen Orte Socias. Catedrática de Universidad. Universitat de les Illes Balears.

Dra. Lidia Sánchez-Prieto. Doctora en Ciencias de la Educación. Universitat de les Illes Balears.

Sra. Empar Santacreu Oliver. Diplomada en Trabajo Social. Ajuntament de Calvià

## **Colaboración en el estudio**

Sra. Cristina Gamundí Massagué

Sra. Ana Ronda Cañaveras

Sra. Maria del Mar Verger Oliver

Sra. Soraya El Boutaybi Mohamed

Sra. Emmanuelle Gelabert Mayol

Sra. Soledad Fernández Trapero

Sr. Toni Mascaraque Rojas

Sra. Catalina Ramis Alemany

## Colaboración de Administraciones Públicas y organismos

Han participado en diversas etapas del estudio o en la revisión del protocolo profesionales de las siguientes Administraciones Públicas y organismos autónomos, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, entidades del tercer sector y empresas del ámbito social:

- Ibdona
- Ajuntament de Calvià. En concreto, los siguientes departamentos:
  - Departamento de Desarrollo Social, Infancia y Personas Mayores: Servicio de Intervención Social y Personas mayores, Servicio de Bienestar Social
  - Servicio de Igualdad
  - Servicio de Juventud y Participación Ciudadana
  - Institut Municipal de Educació i Biblioteques (IMEB)
  - Llar de Calvià
  - Policia Local. Divisió Viogen
- Govern Balear. Direcció General de Dependència
- Institut Mallorquí d'Afers Socials. (IMAS). Consell de Mallorca.
- Guardia Civil
- Ib-salut
- Cruz Roja
- Cáritas
- Empresa Servei d'Ajuda a la Comunitat de Calvià
- Empresa Estudi 6

Agradecemos al equipo de profesionales de distintos ámbitos y entidades su participación y dedicación a este estudio, sin su colaboración no hubiera sido posible llevarlo a cabo y definir la propuesta de Protocolo de Detección de Violencia de Género en la mujer de 65 o más años.

## Índice

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Preámbulo</b>                                                                         | 5  |
| <b>Introducción</b>                                                                      | 6  |
| Los datos: reflejo de una realidad                                                       | 6  |
| Factores disparadores/ predisponentes y consecuencias                                    | 8  |
| Obstáculos ante la denuncia                                                              | 9  |
| Intervenciones destinadas a víctimas de 65 o más años                                    | 10 |
| <b>Objetivo</b>                                                                          | 11 |
| <b>Revisión sistemática sobre la temática</b>                                            | 12 |
| 1. Metodología                                                                           | 13 |
| 1.1. Criterios de inclusión y de exclusión                                               | 13 |
| 1.2. Estrategia de búsqueda                                                              | 14 |
| 1.3. Procedimiento analítico                                                             | 15 |
| 2. Resultados                                                                            | 17 |
| 2.1. Objetivos, diseño metodológico y análisis estadístico de los estudios identificados | 17 |
| 2.2. Prevalencia de la VG en mujeres mayores                                             | 29 |
| 2.3. Factores de riesgo                                                                  | 31 |
| 2.4. Repercusiones en la salud física y mental                                           | 32 |
| 3. Discusión                                                                             | 34 |
| <b>Grupos focales de atención directa en violencia de género o en personas mayores</b>   | 40 |
| 1. Procedimiento                                                                         | 40 |
| 2. Muestras                                                                              | 40 |
| 3. Resultados principales de los grupos focales                                          | 41 |
| <b>Identificación de principales indicadores de violencia mediante la técnica Delphi</b> | 51 |
| 1. Procedimiento                                                                         | 51 |
| 2. Muestra                                                                               | 51 |
| 3. Resultados del cuestionario a profesionales. Análisis mediante la técnica Delphi      | 52 |
| 4. Resultados del DAFO                                                                   | 61 |
| <b>Principales conclusiones</b>                                                          | 64 |
| <b>Consideraciones y líneas de intervención futuras</b>                                  | 65 |
| <b>Protocolo de detección de violencia de género en mujeres de 65 o más años</b>         | 68 |
| <b>Referencias bibliográficas</b>                                                        | 69 |



## Preámbulo

### Prevención y detección de la violencia de género en las mujeres de 65 o más años: creación de un protocolo de detección de la violencia de género en las mujeres mayores en el municipio de Calvià

La violencia de género es una problemática existente en todas las edades, pero que tiende a ocultarse y a normalizarse en mujeres mayores. Las bajas cifras de denuncias Nacionales o Internacionales recogidas en las estadísticas demuestran que las mujeres mayores víctimas de violencia de género apenas piden ayuda o denuncian la violencia ejercida a manos de sus parejas. El problema radicaría en que, si no se produce una adecuada detección, no se podrá intervenir u ofrecer ayuda. Por consiguiente, la detección supone un paso esencial si se pretende mejorar la realidad del colectivo de mujeres mayores víctimas de violencia de género.

La finalidad de este estudio radicaría en analizar la situación de las mujeres mayores respecto a la violencia de género en el municipio de Calvià (Mallorca, España). A partir de los resultados obtenidos, se pretende crear un primer instrumento de detección: un protocolo de detección de la violencia de género en mujeres mayores. Para alcanzar el objetivo, IBdona ha concedido al Ayuntamiento de Calvià una subvención, a cargo del presupuesto del Pacto de Estado contra las violencias machistas, para realizar en 2020 y 2021 el *“Estudio sobre la violencia de género en mujeres mayores de 65 o más años”*. Por parte del Ayuntamiento de Calvià, este estudio se ha impulsado desde el Servicio de Intervención Social y Personas Mayores en coordinación con el Servicio de Igualdad, y se ha llevado a cabo bajo la dirección de Carmen Orte Socias, Catedrática de Universidad y Directora de la Cátedra de Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal y por Lidia Sánchez-Prieto, doctora en Educación e investigadora de la Universitat de les Illes Balears.

## Introducción

La Violencia de Género (VG) se produce a todas las edades, a pesar de que la percepción es que cesa o disminuye con la edad (Celdrán, 2013; Orte y Sánchez, 2010; Vinton, 2011). Se trata de una tipología de abusos donde la característica principal a destacar es que es ejercida por el compañero íntimo de la víctima: la pareja. No se trata de abusos de personas mayores o maltrato a personas mayores, porque la variable género influye en el desarrollo de los abusos -adquiere el principal peso- y, sin embargo, al denominarlo como maltrato de personas mayores quedará invisibilizada (Crockett, Brandl, y Dabby, 2015; Sánchez, Orte, y Ballester, 2012). **La categorización** como abusos a mayores determinará que la variable edad es el determinante o el desencadenante de los abusos (Hightower, 2002). De esa manera, se asociará a la víctima características de fragilidad, dependencia y de necesidad de cuidados, potenciando la idea de presentar dificultades y disminuyendo la responsabilidad del agresor (Scott et al., 2004; Hightower et al., 2008). Cuando, en realidad, el término de violencia de género en la mujer mayor (o la violencia de género por parte del compañero íntimo) implicará, según Crockett et al. (2015), padecer violencia física, psicológica, sexual o acoso específicamente por parte de un compañero íntimo.

### 1. Los datos: reflejo de una realidad

Los datos, en España, nos indican que se trata de **una realidad frecuente de las mujeres mayores**. En 2020 se registraron 45 víctimas mortales por violencia de género. Un 84.4% no había denunciado (Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, 2019).

La encuesta de “Violencia contra las mujeres” de 2007 apuntó a que un 6.9% de las mujeres mayores de 65 años padecían violencia (Instituto de la mujer, 2007). En cambio, la encuesta de “Violencia contra las mujeres” de 2019, evidenció que las cifras asociadas a la mujer mayor se han visto incrementadas en los últimos años. De hecho, en 2019 la VG aumentó un 15.6% en mujeres de edades comprendidas entre 70-74 años y un 25% en mujeres de más de 75 años. Un 17.8% de mujeres de 65 o más años habían padecido violencia psicológica, un 8.1% agresiones sexuales y un 8.9% violencia económica. Un total de 632 víctimas de 65 o más años contaban con una orden de protección o medida cautelar.

Sin embargo, junto con las mujeres de 16 a 24 años (14.5% de denuncias), el colectivo de mujeres mayores es el que menos denuncia (17.6% de denuncias) (Instituto de la mujer, 2019). En la misma línea, son las víctimas que en menor medida buscan ayuda (sólo un 25.1% solicitó ayuda). Tampoco explican o cuentan lo que les ha ocurrido a personas del entorno cercano: la encuesta afirmaba que sólo un 54.6% había contado a las personas cercanas que habían padecido VG en algún momento de su vida.

Por consiguiente, la adecuada detección de la violencia asociada a esos colectivos se convierte en un aspecto prioritario. Denuncian menos, solicitan menos ayuda y explican en menor medida lo que han padecido. Los motivos son múltiples, entre ellos, porque les resulta más complicado abandonar o romper con la pareja: el 49,9% de las mujeres de 65 o más años que han sufrido VG de alguna pareja pasada rompieron la relación como consecuencia de la violencia frente a porcentajes que oscilan entre el 76,0% y el 83,9% en el resto de los grupos de edad. De esa manera, se perpetúa la violencia durante años: un 30.5% ha ido padeciendo acoso sexual durante su vida y un 17.7% lo ha padecido al menos una vez al año.

Sin detección no puede producirse la intervención. Los datos sí avalan que las consecuencias asociadas al colectivo de mujeres mayores son graves y alarmantes. Un 59,7% de las mujeres mayores víctimas de VG afirman haber padecido consecuencias psicológicas asociadas a la violencia. Y hasta un 18.7% declaran que consumieron medicación o drogas para poder afrontar los episodios de violencia padecidos.

Las prevalencias internacionales tampoco son más alentadoras: O'Donnell (2011) señaló que la VG se situaba entre el 6% y el 18% en mujeres mayores de 50 años y Stöckl et al. (2012) lo situaba alrededor del 12% para mujeres mayores de 50 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que un 22.2% de mujeres con edades entre 65 y 69 años habían padecido VG durante 2010 a nivel mundial.

En Europa, se estima que un 28.1% mujeres mayores de 60 años habían sufrido agresiones por parte de su compañero íntimo (Louma, et al., 2011). A nivel mundial, Pillemer y Finkelhor (1998) identificaron que un 32% de las mujeres mayores habían padecido algún tipo de maltrato por parte de su pareja. Además, se estima que esas cifras podrían ser más elevadas si todas las víctimas identificaran qué es la violencia psicológica. La tendencia a normalizar las agresiones verbales, el aislamiento o el control provocará que no se identifique como violencia (Sánchez

y Mantero, 2011; Stöckl y Penhale 2014). De hecho, los estudios apuntaron a que la violencia más frecuente en la mujer mayor era la psicológica, especialmente, ejercida mediante abusos verbales (Orbea, 2017; Pathak, Dhairyawan, y Tariq, 2019). Aún será superior la invisibilización de la mujer mayor víctima, en entornos rurales, según explicaron Brossoie y Roberto (2015). Vivir en entornos urbanos puede favorecer que puedan tomar un transporte público, que tengan acceso a más recursos comunitarios o que puedan sentirse menos presionadas socialmente (en ámbitos rurales se percibe una mayor presión social por parte de los/as vecinos/as y los/as conocidos/as).

## 2. Factores disparadores/ predisponentes y consecuencias

Además, la literatura recoge que existen algunos **factores** que podrían establecerse como **disparadores** de la VG en mujeres mayores, tales como: a) la jubilación, b) la salida de los/las hijos/as de casa y c) la mala salud de las parejas (Pathak et al., 2019). Los factores anteriores posibilitarán que se produzca por primera vez la VG en las mujeres a edades tardías. O bien, como indica Vinton (2001), que se intensifiquen los abusos que ya existían. Rosay y Mulford (2017) que, evaluaron los factores predictivos de la violencia íntima en mujeres mayores a partir de la Entrevista “National Intimate Partner and Sexual Violence” (n=2,185 participantes), identificaron tres factores como predictores: a) estar involucrada sentimentalmente, b) tener actividades limitadas y c) experimentar inseguridad médica. En concreto, la variable de inseguridad en el cuidado de la salud (es decir, tener la necesidad de acudir a un médico, pero no poder) incrementó la probabilidad de experimentar abusos hasta 4.53 veces. En referencia a los factores predictivos de la VG, son múltiples los que se pueden identificar como posibles: 1) ingresos bajos, 2) menor nivel educativo, 3) divorcios o tener hijos/as, 4) residencia en zonas rurales, 5) ser ama de casa, 6) mala salud, 7) haber experimentado violencia anteriormente, 8) ser inmigrante y 9) ser mayor (Rodríguez, 2019). Bhatia y Soletti (2019) expusieron que las mujeres que tenían hijos/as tenían más dificultades para romper los bucles de violencia; permanecían con el agresor para intentar proteger a sus hijos/as de un hogar roto.

La violencia de género en mujeres es una realidad alarmante que conlleva **múltiples consecuencias, tanto a nivel de salud física como mental** (Celdrán 2011; Vinton 2001). Se dispara la sintomatología ansiosa, depresiva, la tendencia a somatizar y el uso de medicación (Wilke y Vinton, 2005). A nivel físico, aparecerán patologías crónicas, cardíacas, óseas, digestivas o arteriales (Fisher, Zink y Regan, 2011), incrementando y potenciando los trastornos

del estado del ánimo y ansiosos (Fisher, Zink y Regan, 2011; Mouton et al., 2010). Además, las agresiones físicas y psicológicas, así como el estrés asociado, aumentarán la probabilidad de padecer enfermedades crónicas (Plazaola-Castaño, y Ruiz, 2004). En los casos más extremos, se podría producir el fallecimiento de la víctima (McGarry, Simpson, y Hinchliff-Smith, 2011).

### 3. Obstáculos ante la denuncia

A pesar de la gravedad de las agresiones y de la frecuencia con la que se producen, no se conoce, ni se interviene en esta realidad. **¿Por qué se desconoce?** La violencia de género en mujeres mayores tiende a ocultarse, a normalizarse y a pasar desapercibida (Orte y Sánchez, 2010; Sánchez y Mantero, 2011). La falta de denuncia de las mujeres víctimas provoca que se mantenga la invisibilización de los abusos. Zink et al. (2005) declararon que menos de la mitad de las víctimas denunciaron los abusos. **¿Y por qué no se denuncian las agresiones?** Son múltiples los motivos, pero al igual que ocurre con las víctimas jóvenes, jamás es fácil salir de los bucles de violencia y agresividad (Orte y Sánchez, 2010; Sánchez et al., 2012). En el caso de las mujeres mayores, la dependencia física, emocional o económica actúa como una barrera principal ante la denuncia. Beaulaurier et al. (2005) subrayan que un aspecto que tiende a influir, asociado con la edad, o más bien con los años que se está en la relación, es que pueden sentir que deben de proteger a su agresor ante las posibles consecuencias legales. La culpa tiende a arraigarse a medida que avanzan los años y, por consiguiente, se producirá una mayor tendencia a justificar los abusos (Beaulaurier et al., 2005; McGarry, Ali, y Hinchliff, 2017). Otras barreras fueron: la impotencia, la culpa, la desesperanza, la necesidad de proteger a su familia y el secretismo como barreras internas ante la denuncia de la VG en el colectivo de mujeres mayores. Bhatia y Soletti (2019) subrayaron la desesperanza como un factor clave en el colectivo de mayores; sentir que ya es demasiado tarde, que no existen otras salidas o que ya no tiene sentido cambiar la situación. Tanto la duración de las relaciones, como la inercia de las relaciones, inciden profundizando en la victimización y fortaleciendo las barreras ante la denuncia (Bhatia y Soletti, 2019; Beaulaurier et al., 2005; McGarry et al., 2017).

A lo anterior, Luoma et al. (2011) añadieron que hasta un 51% de la muestra analizada declararon que no confiaban en que la denuncia pudiera proporcionar una ayuda adecuada. Además, la preocupación por las consecuencias que pudieran padecer el compañero también influía en el rechazo hacia la denuncia (Dunlop et al., 2005). Grunfeld, Larsson, Mackay y Hotch (2006) explicaron que la incerteza, el miedo a perder la posición social y a ser

expulsada de su entorno (su casa, su barrio, su vecindario) influían también de manera negativa a la hora de tomar la decisión ante la denuncia.

Como subrayan Bhatia y Soletti (2019), no debe olvidarse que los roles de género influyen, especialmente, en generaciones de mujeres y hombres mayores. A pesar de que en los/as jóvenes ya no se identifica tan arraigado, hace unas décadas, se educaba a las mujeres para ser “buenas mujeres”; debían de cuidar de la casa, de los/as hijos/as y estar cerca de sus maridos. La sociedad favorecía la jerarquización de género.

#### 4. Intervenciones destinadas a víctimas de 65 o más años

**Las intervenciones** desarrolladas no cumplen con las necesidades básicas del colectivo. Categorizar el maltrato como abusos a mayores puede conllevar que los recursos que se les dirija no sean los adecuados (Lundy y Grossman, 2005). Las agresiones las llevan a cabo sus compañeros íntimos y, en consecuencia, las víctimas desarrollarán traumas y heridas emocionales que deben ser atendidas. Los sentimientos de culpa, de desesperanza, la dependencia emocional son variables que, de no ser abordados, no permitirán que la víctima se recupere. Sin embargo, también es relevante tener en consideración que es un colectivo que puede presentar limitaciones físicas y cognitivas, estar en situaciones de dependencia y/o de discapacidad, resultando totalmente imprescindible que los recursos se adapten a sus circunstancias físicas o cognitivas (Lundy y Grossman, 2005). Es por ello que, en la intervención, puede ser necesario eliminar barreras arquitectónicas u obstáculos, proporcionar atención médica geriátrica o cuidados especiales.

## Objetivo

Las prevalencias de violencia de género en mujeres de 65 o más años son elevadas. Además, son múltiples las repercusiones y las consecuencias vinculadas a la violencia de género. Sin embargo, no suelen denunciar las agresiones, sino que, como se explicaba, tienden a normalizarlas, restarle gravedad u ocultarlas. La ausencia de denuncias y de petición de ayuda, características en el colectivo de mujeres mayores, imposibilita que se puedan atender y ayudar a salir de la situación de violencia. Por lo que, la falta de identificación de la violencia en la mujer mayor continúa siendo, actualmente, una problemática relevante.

Será en los ámbitos de atención directa a las mujeres víctimas de violencia desde dónde, generalmente, se identifican algunos signos o indicadores de haber experimentado violencia. Por ejemplo, a partir de una exploración médica o mediante servicios de atención domiciliaria. Por ese motivo, los/as profesionales de atención directa a las víctimas son agentes relevantes en la identificación de la violencia.

Con la finalidad de favorecer la identificación de los signos de violencia de género en colectivos de mayores, se desarrolla este *protocolo de detección de violencia de género en mujeres de 65 o más años*. Su realización se ha fundamentado en una revisión de la literatura y en la experiencia de profesionales de atención directa. Concretamente, el protocolo se realizó a partir de tres procesos metodológicos:

- A. Revisión sistemática sobre la temática
- B. Grupos focales de profesionales de atención directa en violencia de género o en personas mayores
- C. Identificación de principales indicadores de violencia en el colectivo de mayores mediante la técnica Delphi

# REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES MAYORES

Las consecuencias de una  
violencia sostenida a lo largo  
de toda la vida.



## Revisión sistemática sobre la temática

El **objetivo del estudio** fue identificar y diseminar estudios experimentales centrados en mujeres mayores víctimas de violencia de género. Se pretende establecer una radiografía sobre la realidad de las mujeres mayores que son o han sido víctimas de violencia de género.

Los objetivos principales de la revisión se basaron en los 5 criterios establecidos en la declaración de PRISMA (Liberati et al., 2009; Moher, Liberati, Tetzlaff, y Altman, 2010; Moher et al., 2015). Los criterios se pueden resumir en el acrónimo PICOS (Moher et al., 2009): 1) participantes, 2) intervención, 3) comparaciones, 4) resultados y 5) diseño del estudio. La revisión analizó estudios que evaluaban características asociadas a víctimas de violencia de género mayores.

### 1. Metodología

#### 1.1. Criterios de inclusión y de exclusión

Se seleccionaron sólo artículos que cumplieron los siguientes criterios: a) basados en mujeres mayores víctimas de violencia de género, b) realizan análisis de la realidad de las víctimas y c) basados en análisis cuantitativo. Se excluyeron los artículos que presentaban alguno de los siguientes criterios de exclusión: a) no presentaron resultados eficaces y b) su publicación es anterior al año 2000.

#### 1.2. Estrategia de búsqueda

La revisión sistemática fue realizada entre mayo de 2020 y febrero de 2021. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: *PubMed*, *PsycINFO* (EBSCO), *PsycArticles* (EBSCO), *Social Work abstracts* (EBSCO), *CINAHL* (EBSCO), *SocIndex* (EBSCO), *Scopus*, *Academic Search Premier* (EBSCO), *SCIC-ISOC*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *ERIC*, *ScienceDirect*, *Web of Science*, and *Project Cork*. Para asegurar la exhaustividad, se realizaron dos búsquedas en paralelo por revisores ciegos. Un total de 53 artículos fueron seleccionados vinculados con el análisis de características descriptivas de mujeres mayores víctimas de violencia de género. El proceso de selección incluyó las

siguientes variables: a) mujeres mayores, b) violencia de género, c) prevalencias y d) descriptivos. A partir de los criterios PRISMA (Liberati et al., 2009; Moher et al., 2010), la búsqueda bibliográfica principal se estableció fundamentada en la siguiente ecuación de búsqueda: (Old\* OR elder\*) AND (Woman OR Women) AND (intimate partner OR gender) AND (violence OR abuse).

A partir de los resultados obtenidos, se completaron las tablas resumen de los estudios descriptivos. Las tablas permiten ofrecer la información sobre la estructura, el análisis y los resultados de los estudios. Los artículos fueron seleccionados se revisaron en profundidad por tres revisores para determinar si cumplían con los objetivos de la búsqueda. Fueron seleccionados un total de 53 artículos para la inclusión.

Siguiendo los criterios de inclusión y de exclusión, se realizó una segunda revisión de los artículos por tres revisores. De igual modo, también se analizó el riesgo de sesgo de cada estudio, en base a las siguientes características:

- a) información del protocolo de investigación (la información que permite la replicación de un estudio)
- b) aleatorización
- c) una evaluación de los resultados (validación y detalles del instrumento de evaluación, el monitoreo de los resultados, un análisis adecuado de los datos)
- d) resultados (datos específicos, información faltante, resultados de medicamentos) (*ver Tabla 1*).

Tres revisores evaluaron el riesgo de sesgo en forma de revisión a ciegas. Se seleccionó un total de 18 artículos finales (*véase figura 1*).

La revisión sistemática se fundamentó en los fundamentos de PRISMA, siguiendo los criterios PICOS (Moher et al., 2010, 2015):

*1. Participantes:* se seleccionaron los artículos basados en víctimas mayores basadas en violencia de género o en profesionales de atención directa con las víctimas.

2. *Intervención*: las intervenciones fueron realizadas en servicios de salud o sociales, o bien, a partir de macroencuestas desarrolladas por Administraciones Públicas.

3. *Comparación*: se analizó el riesgo de sesgo.

4. *Resultados*: solo se seleccionaron los estudios fundamentados en mujeres mayores víctimas de violencia de género, que ofrecían resultados sobre prevalencias, factores de riesgo y efectos sobre la salud física y mental.

5. *Diseño del estudio*: la selección de los estudios se estableció sobre dos dimensiones de calidad metodológica:

a. Validez interna: basada en diseños de análisis de datos (Ensayos Controlados Aleatorios (ECA), ensayos controlados no aleatorios o sin un grupo de control)

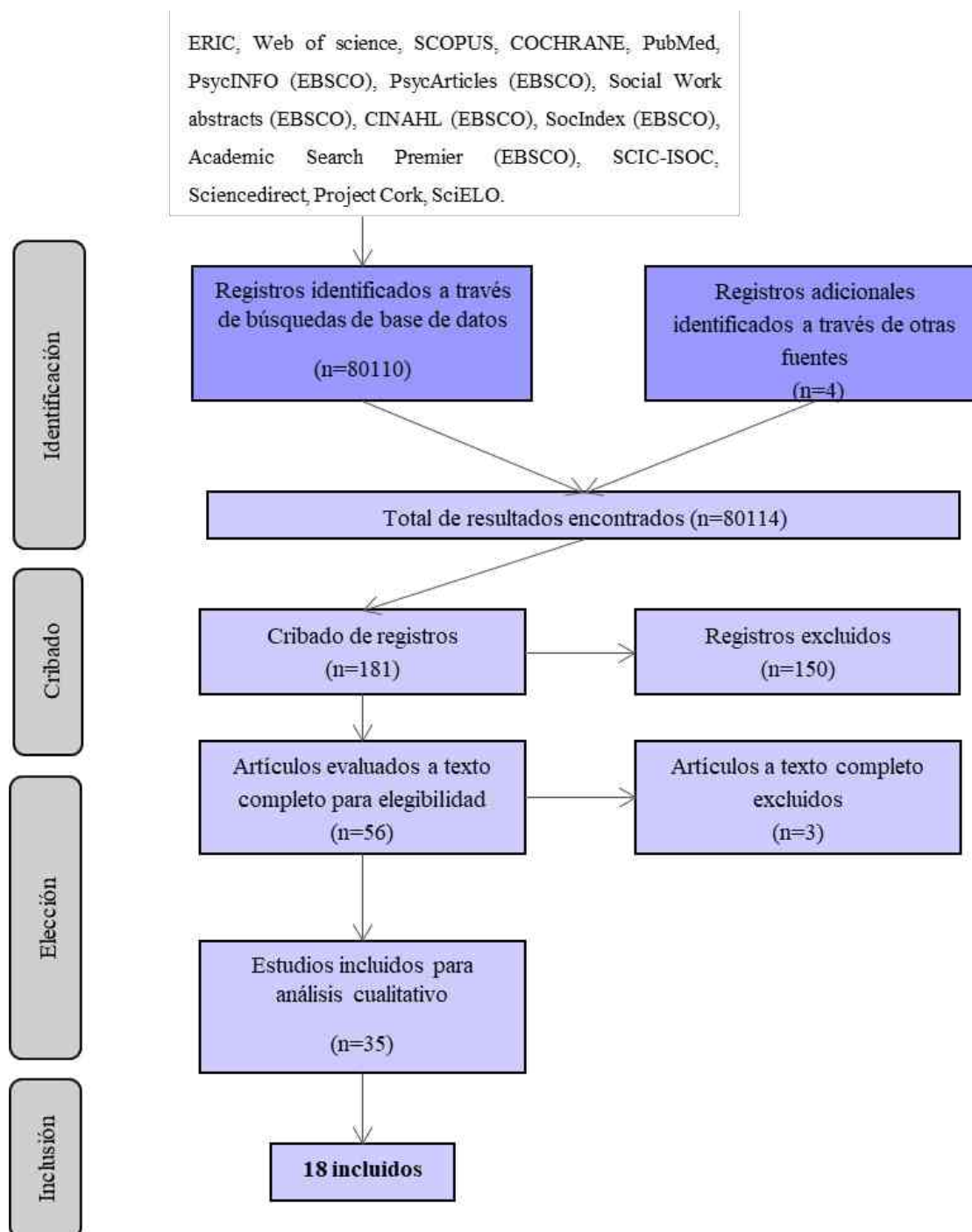
b. Validez de constructo de la medida de resultado, basado en víctimas de violencia de género mayores.

### 1.3. Procedimiento analítico

El proceso analítico se sistematizó mediante la elaboración de tablas resumidas con detalles de los datos descriptivos principales de los programas, los análisis estadísticos, los instrumentos de evaluación y los resultados asociados a víctimas mayores (*ver Tabla 1*).

En el siguiente diagrama de flujo, basado en los criterios de PRISMA, se identifican los siguientes procesos de selección: a) identificación de los artículos, b) selección basada en los objetivos del estudio, c) evaluación según criterios de inclusión y de exclusión y d) análisis del sesgo (Moher et al., 2015).

**Figura 1** Diagrama de flujo de la revisión sistemática de violencia de género en mujer mayor



## 2. Resultados

### 2.1. Objetivos de los estudios, diseño metodológico y análisis estadístico de los estudios identificados

Un total de 18 artículos cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales: 13 evaluaron la prevalencia de la VG, 4 factores de riesgo y 5 repercusiones en la salud física y 6 repercusiones en la salud mental. Por consiguiente, el principal objetivo de estudio en los estudios identificados fue: *“examinar y determinar la prevalencia de mujeres mayores que eran o habían sido víctimas de violencia de género”*. Los centros de salud eran los ámbitos más utilizados para realizar las investigaciones (22,22% de los estudios). La fundamentación teórica principal defendida por los/as autores/as era que, a pesar de que la VG en mujeres mayores era un fenómeno real y alarmante, no existía una sensibilización pública suficiente, ni recursos especializados para combatirlo.

En referencia a los criterios de inclusión, la mayoría de los estudios establecieron los 60 años como edad mínima que debían tener las víctimas. Aún así, se identificaron excepciones, como en el estudio de Sormanti y Shibusawa (2008), en el que se incorporaron a víctimas con edades comprendidas entre los 50 y los 64 años.

Asociado al diseño metodológico, se debe destacar que un 15 de los estudios fueron transversales, centrándose en una evaluación específica de la muestra. Un 16.67% realizaron una evaluación longitudinal que aportó información sobre la evolución de la muestra. El tamaño muestral de la mayoría de los estudios fue elevado. Entre ellos, destacan las investigaciones de Mouton et al. (2004), que presentó una muestra compuesta por 91.749 víctimas mayores, y de Rodríguez (2019), con un tamaño muestral de 42.000 víctimas. El estudio con menor tamaño muestral fue el de Sarasua et al. (2008), pero se vinculó al desarrollo de entrevistas personales a cada una de las víctimas, que otorgaron robustez a los resultados.

Los protocolos de evaluación se establecieron siempre sobre instrumentos cuantitativos; criterio de selección anteriormente descrito. Entre los cuestionarios utilizados destacó el “Women’s Health and Relationship Survey” (WHRS) (Fisher y Regan, 2006; Mouton et al., 2004) y el “Physical intimate partner violence against women” (IPVAW) (Rodríguez, 2019). Se debe



remarcar que algunos estudios completaron la evaluación de los indicadores de VG mediante otros cuestionarios de sintomatología psicológica (Ruiz-Pérez et al., 2018; Sarasua et al., 2008) (*ver tabla 1*).

**Tabla 1.** Datos descriptivos de los estudios

| Referencia            | Objetivos                                                                                                        | Muestra                      | Diseño              | Medidas                                                                                                                      | Análisis estadístico                                               | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bonomi et al. (2007)  | Describir la prevalencia, la frecuencia, la duración y la gravedad de VG en mujeres mayores de centros de salud. | 370 mujeres                  | Estudio transversal | Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) y Women's Experience with Battering (WEB) Scale                           | Frecuencias. Medias de tendencia central                           | Un 26.5% había experimentado VG a lo largo de su vida, un 18.4% abusos físicos y un 21.9% violencia no física. Un 3.5% experimentó VG durante los últimos 5 años y un 2.2% durante el último año. La duración osciló entre 3 y 10 años. Un 39.1% padecieron abusos severos y un 70.7% leves. |
| Cations et al. (2018) | Examinar las asociaciones de violencia de género, agresiones sexuales y TEPT de mujeres de California (EEUU)     | 2016 mujeres de 40 a 80 años | Estudio transversal | Cuestionario auto-administrado para TEP<br>Hospital Anxiety and Depression Scale<br>Cuestionario de patrones de menstruación | Análisis exploratorio.<br>Modelo regresión logístico multivariable | Se establece relación entre las víctimas mayores de violencia de género que experimentan TEPT y sintomatología asociada con la menopausia (sudores nocturnos, irritabilidad vaginal, dolor durante las relaciones sexuales).                                                                 |

| Referencia            | Objetivos                                                                                                                                                                 | Muestra                        | Diseño                                        | Medidas                                                                                     | Análisis estadístico                                          | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cations et al. (2020) | Evaluar el impacto psicológico de haber experimentado violencia de género en mujeres mayores de Australia.                                                                | 12.259 mujeres de 70 a 75 años | Estudio longitudinal (15 años de seguimiento) | Short Form-36 Mental Health subscale (SF-MH) Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS). | Modelo regresión logístico<br>Modelo lineal de efectos mixtos | Un 6.4% de las mujeres mayores que habían padecido violencia de género registraron un menor bienestar psicológico que el grupo que no había padecido violencia.<br>Las víctimas tenían un mayor riesgo (OR= 1.36) de padecer un Trastorno Depresivo Mayor a largo plazo.<br>Se demuestra que los efectos de la violencia de género se mantienen durante años. |
| Eslami et al. (2019)  | Analizar la asociación entre la VG y síntomas somáticos entre mujeres y hombres mayores, considerando variables demográficas, socioeconómicas, soporte social y de salud. | 4.467 mujeres                  | Estudio transversal                           | Tactics Scale-2 y Giessen Complaint List (GBB)                                              | Comparación de medias. Análisis de regression múltiple        | Se establece asociación positiva entre abusos durante toda una vida y mayor sintomatología somática en mujeres mayores. Identifican que los países de procedencia y niveles económicos bajos podrían actuar como factores de riesgo ante sintomatología somática.                                                                                             |

| Referencia              | Objetivos                                                                                                         | Muestra                         | Diseño                                         | Medidas                                           | Análisis estadístico                                   | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fisher y Regan (2006)   | Evaluar la afectación de abusos repetidos en mujeres mayores y sus efectos sobre la salud                         | 842 mujeres mayores de 55 años  | Estudio transversal                            | Women's Health and Relationship Survey (WHRS)     | Modelo de regresión logística y regresión bivariado    | El 45% había padecido abusos psicológicos y sexuales. Se concluyó que: a) la violencia psicológica fue la más frecuente, b) existía una tendencia a experimentar varias tipologías de violencia al mismo tiempo, c) los abusos de prolongaban y repetían en el tiempo y d) existía vinculación entre VG y problemas de salud. |
| Makaroun et al. (2020)  | Identificar la proporción de mujeres que han padecido VG cuando han acudido a centros de salud para veteranos.    | 4481 mujeres                    | Estudio longitudinal (20 meses de seguimiento) | CIE-9, CIE-10 e instrumento E-HITS                | Modelo de regresión logística y regresión binomial     | Un 5.1% de la muestra eran mujeres mayores de 60 años que habían padecido VG. Presentaban 3 veces más probabilidades de padecer un Trastorno Depresivo                                                                                                                                                                        |
| Metheny y Essack (2020) | Examinar la prevalencia. Determinar los factores de riesgo asociados a la VG de las mujeres mayores de Sud África | 2265 mujeres mayores de 50 años | Estudio transversal                            | South African Demographic and Health Survey (DHS) | Modelo de regresión bivariado y modelo lineal múltiple | Un 15.5% de las mujeres padecieron violencia física, un 4.6% agresiones sexuales y un 19.6% violencia psicológica. Un 9% de las mujeres lo habían padecido en los últimos 12 meses y un 35% había padecido un mecanismo de control. Mujeres que habían padecido VG en su infancia                                             |

| Referencia            | Objetivos                                                                                                                                                      | Muestra                          | Diseño                                       | Medidas                                                   | Análisis estadístico                                            | Resultados                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |                                                                                                                                                                |                                  |                                              |                                                           |                                                                 | tenían más probabilidades de denunciar.                                                                                                                                                                                                         |
| Montero et al. (2013) | Evaluar la prevalencia de la violencia de género en mujeres mayores en centros de salud en España                                                              | 1,676 mujeres mayores de 55 años | Estudio transversal                          | Cuestionario propio General Health Questionnaire (GHQ-12) | Análisis exploratorio. Modelo regresión logístico multivariable | Un 29,4% de las mujeres mayores había padecido violencia de género. La duración media de la experimentación de la violencia fue de 21 años. Se vinculó con: a) una peor salud y b) una mayor necesidad de servicios sanitarios.                 |
| Mouton et al. (2004)  | Examinar la prevalencia y la incidencia de la VG en los últimos 3 años. Determinar los predictores de abuso físico y verbal entre las mujeres posmenopáusicas. | 91749 mujeres mayores de 50 años | Estudio longitudinal (3 años de seguimiento) | Women's Health and Relationship Survey (WHRS)             | Modelo de regresión logístico y regresión bivariado             | Un 11.1% había padecido abusos durante el último año: un 2.1% reportó abuso físico, un 89.1% psicológico y un 8.8% ambos. A los tres años, apareció un 5% de nuevos abusos: un 2.8% reportó abuso físico, un 92.6% psicológico y un 4.7% ambos. |

| Referencia                 | Objetivos                                                                                                | Muestra                        | Diseño              | Medidas                                                                                            | Análisis estadístico                                   | Resultados                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nam y Lincoln (2017)       | Evaluar la prevalencia de la violencia familiar en las mujeres mayores de Corea del Sur                  | 525 mujeres mayores de 60 años | Estudio transversal | Revised Conflict Tactics Scale (CTS2)<br>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) | Modelo de regresión logística y modelo lineal múltiple | Un 23.4% de las mujeres mayores había padecido violencia de género. El Trastorno Depresivo se vinculó significativamente con haber padecido agresiones.                                                                                  |
| Sanz-Barbero et al. (2019) | Analizar la prevalencia, los factores de riesgo y el impacto en la salud en diferentes etapas de la vida | 8.935 mujeres                  | Estudio transversal | Encuesta de violencia de género española                                                           | Análisis exploratorio. Modelos de regresión de Poisson | El desempleo y ser inmigrante actuaron como factores de riesgo en las mujeres mayores.<br>Haber padecido violencia de género proporciona una percepción de mala salud mental y limitaciones físicas y de la actividad en la mujer mayor. |

| Referencia            | Objetivos                                                                                      | Muestra      | Diseño              | Medidas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Análisis estadístico                         | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sarasua et al. (2008) | Analizar las consecuencias psicopatológicas diferenciales en mujeres maltratadas según la edad | 148 víctimas | Estudio transversal | Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico, Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, Inventario de ansiedad por rasgos de estado (STAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de calificación de Hamilton para la depresión (HRSD), Escala de Autoestima (SES) y Escala de Inajuste | Análisis exploratorio. Comparación de medias | Las víctimas más jóvenes sufrieron con más frecuencia violencia física y sufrieron un mayor riesgo. Las víctimas más jóvenes padecieron una mayor prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) (42%) que las víctimas mayores (27%). El motivo del TEP fue, en mayor medida, abusos sexuales en jóvenes y el peligro de vida en mayores. Las jóvenes tuvieron más sintomatología depresiva y deterioro de autoestima. |

| Referencia                  | Objetivos                                                                                                                                    | Muestra                         | Diseño              | Medidas                                                                         | Análisis estadístico                                               | Resultados                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sormanti y Shibusawa (2008) | Examina la prevalencia de VG en centros de salud. Determinar los factores asociados a la VG de las mujeres que lo habían padecido.           | 620 mujeres de 50 a 64 años     | Estudio transversal | Autoinformes y Conflict Tactics Scales                                          | Análisis bivariado                                                 | Un 5.5% de las mujeres había padecido VG en los últimos dos años. Entre los factores asociados se identificaron: experiencias de indigencia, mayor riesgo a padecer VIH y haber padecido una Enfermedad de Transmisión Sexual.                     |
| Stöckl y Penhale (2014)     | Evaluar la prevalencia de la violencia de género en mujeres mayores en Alemania. Analiza la asociación con síntomas de salud física y mental | 10.264 mujeres de 50 o más años | Estudio transversal | Conflict Tactics Scale<br>Encuesta de salud física y psicológica sobre la mujer | Análisis exploratorio.<br>Modelo regresión logístico multivariable | Un 3% de mujeres de entre 50 y 65 años habían padecido violencia de género durante el último año y un 1% de mujeres de 66 o más años. Se estableció una relación con sintomatología psicológica y problemas gastrointestinales y de suelo pélvico. |

| Referencia                            | Objetivos                                                                                                                | Muestra                          | Diseño                                  | Medidas                                                                             | Análisis estadístico                                            | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rodríguez (2019)                      | Analizar diferencias entre víctimas de maltrato y otras mujeres de la Unión Europea                                      | 42000 mujeres                    | Estudio transversal                     | Physical intimate partner violence against women (IPVAW)                            | Análisis discriminante                                          | Estableció como factores predictivos de VG: 1) ingresos bajos, 2) menor nivel educativo, 3) divorcios o tener hijos/as, 4) residencia en zonas rurales, 5) ser ama de casa, 6) mala salud, 7) haber experimentado violencia anteriormente, 8) ser inmigrante y 9) ser mayor. |
| Rodríguez y Esquivel-Santoveña (2020) | Examinar la prevalencia. Determinar los factores asociados a la VG de las mujeres mayores en México                      | 7.410 mujeres mayores de 64 años | Estudio transversal                     | Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH) | Modelo regresión logística binario                              | Un 16.3% de las mujeres mayores había padecido violencia de género. La violencia psicológica fue la más frecuente.                                                                                                                                                           |
| Ruiz-Pérez et al. (2018)              | Estudiar la epidemiología de: a) violencia de género, b) trastornos mentales y c) relaciones entre violencia de género y | 4.507 mujeres                    | Estudio transversal. Muestreo aleatorio | Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y cuestionario sobre vg             | Análisis exploratorio. Modelo regresión logística multivariable | Prevalencia de vg del 9.4%, de trastornos mentales del 22.3% y de la relación entre vg y trastornos mentales de 4.4%. Edades avanzadas se asociaron con vg en mujeres. En hombres, edades más jóvenes se vincularon con trastornos mentales.                                 |

| Referencia         | Objetivos                                                                                             | Muestra               | Diseño              | Medidas                         | Análisis estadístico                                         | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | trastornos mentales                                                                                   |                       |                     |                                 |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Zinc et al. (2005) | Determinar la prevalencia y la incidencia de la VG en mujeres mayores de 55 años en atención primaria | 3.636 mujeres mayores | Estudio transversal | Encuesta de elaboración propia. | Comparación de medias (t-Student) y prueba de independencia. | La prevalencia fue del 1.52% para mujeres mayores de 55 años y la incidencia fue del 0.41%.<br>Violencia física superior en mujeres jóvenes (2.14%) que en mayores (1.12%).<br>Mayores abusos sexuales en mujeres jóvenes (2.63%) que en mayores (1.62%). |

El riesgo asociado a la evaluación de sesgos mostró que la mayoría de los estudios estaban asociados a un bajo riesgo de sesgo. En concreto, la mitad de los estudios mostraron un bajo riesgo de sesgo asociado al protocolo de búsqueda de información, 61.11% a la evaluación de resultados y un 83.33% a los resultados. El principal riesgo de sesgo se vinculó a la aleatorización de los/as participantes que, aunque, la mayoría incorporaron criterios de inclusión y de exclusión, no siempre se aseguró una aleatorización o el desarrollo de un grupo control. Un 50% tuvo un riesgo bajo, asegurando la aleatorización de los/as participantes y el grupo control para la comparación de resultados (*ver tabla 2*).

**Tabla 2.** Evaluación del riesgo de sesgo

| Referencias                 | PBI      | Aleatorización | Evaluación de resultados | Resultados |
|-----------------------------|----------|----------------|--------------------------|------------|
| Bonomi et al. (2007)        | Bajo     | Bajo           | Bajo                     | Alto       |
| Cations et al. (2018)       | Moderado | Bajo           | Moderado                 | Bajo       |
| Cations et al. (2020)       | Bajo     | Bajo           | Bajo                     | Bajo       |
| Eslami et al. (2019)        | Bajo     | Bajo           | Moderado                 | Bajo       |
| Fisher y Regan (2006)       | Bajo     | Moderado       | Bajo                     | Bajo       |
| Makaroun et al. (2020)      | Moderado | Alto           | Moderado                 | Bajo       |
| Metheny y Essack (2020)     | Moderado | Bajo           | Bajo                     | Bajo       |
| Montero et al. (2013)       | Moderado | Bajo           | Moderado                 | Bajo       |
| Mouton et al. (2004)        | Moderado | Moderado       | Moderado                 | Bajo       |
| Nam y Lincoln (2017)        | Moderado | Moderado       | Bajo                     | Bajo       |
| Sanz-Barbero et al. (2019)  | Moderado | Bajo           | Bajo                     | Bajo       |
| Sarasua et al. (2008)       | Moderado | Moderado       | Bajo                     | Moderado   |
| Sormanti y Shibusawa (2008) | Bajo     | Moderado       | Moderado                 | Alto       |
| Stöckl y Penhale (2014)     | Bajo     | Bajo           | Moderado                 | Bajo       |
| Rodríguez (2019)            | Bajo     | Bajo           | Moderado                 | Bajo       |

|                                       |          |          |          |      |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|------|
| Rodríguez y Esquivel-Santoveña (2020) | Bajo     | Moderado | Moderado | Bajo |
| Ruiz-Pérez et al. (2018)              | Bajo     | Bajo     | Bajo     | Bajo |
| Zinc et al. (2005)                    | Moderado | Bajo     | Bajo     | Bajo |

Bajo= Bajo riesgo de sesgo; Moderado= Moderado riesgo de sesgo; Alto= Alto riesgo de sesgo

Los análisis estadísticos más comunes fueron modelos de regresión, análisis de la varianza y comparación de medias y análisis descriptivo (este último asociado a determinar las prevalencias).

## 2.2. Prevalencia de la VG en mujeres mayores

La prevalencia de la VG en mujeres mayores de 55 años fue de 1.52% en centros de atención primaria y la incidencia del 0.41% (lo habían padecido en el último año) (Zink, Fisher, Regan, y Pabst, 2005). Otros estudios apuntaron a una prevalencia mayor de alrededor de un 5%. Makaroun et al. (2020) identificaron que un 5.1% de las mujeres mayores de 60 años y un 8.7% de mujeres con edades comprendidas entre 45 y 59 años que acudían a sus consultas de salud habían padecido VG. Sormanti y Shibusawa (2008) identificaron que el 5.5% de las mujeres de entre 50 y 64 años que acudieron a los centros de atención primaria habían padecido VG. Mientras que Mouton et al. (2004) señalaron que la prevalencia fue de 11.1% en mujeres mayores de 50 años si se les preguntaba durante su experiencia en el último año. En la misma línea, en la investigación de Metheny y Essack (2020), la prevalencia de VG en mujeres mayores de 50 años de Sudáfrica fue del 9% durante el último año. La mayor prevalencia fue la obtenida en Corea del Sur, siendo del 23.4% (Nam y Lincoln, 2017).

A lo largo de la vida, también asociados a las usuarias de centros de salud, Bonomi et al. (2007) determinaron que un 26.5% de las mujeres habían padecido VG, un 3.5% durante los últimos 5 años y un 2.2% durante el último año. En concreto, los/as autores/as determinaron que un 39.1% habían experimentado abusos severos, mientras que un 70% los designaron como leves. Fisher y Regan (2006) explicaron que, respecto a los abusos a lo largo de la vida, un 45% de mujeres mayores de 55 años habían reconocido haber padecido VG a lo largo de su vida. Por otro lado, la investigación de Mouton et al. (2004) puso en evidencia que la VG podía aparecer por primera vez también en edades tardías: en el seguimiento a tres años que realizaban, identificaron que un 5% de su muestra había

experimentado por primera vez VG. Montero et al. (2013) expusieron que la duración media de las agresiones fue de 21 años en víctimas mayores españolas.

La tipología más frecuente de VG padecida fue la violencia psicológica (Fisher y Regan, 2006). Montero et al. (2013), en una muestra española, identificó que la violencia psicológica fue del 9%, a diferencia del 2.7% que experimentó violencia física o del 2.4% que padecieron abusos sexuales. Bonomi et al. (2007) estableció que, a lo largo de su vida, las mujeres mayores padecían hasta un 18.4% abusos físicos, mientras hasta un 21.9% de mujeres mayores la experimentaron a lo largo de toda la vida. Las diferencias fueron aún más elevadas en Mouton et al. (2004); se identificó que un 2.1% reportó abuso físico, mientras que un 89.1% declaró que había experimentado abusos psicológicos. Estos abusos se mantuvieron: fueron evaluados tras tres años, y se volvió a establecer una mayor violencia psicológica (2.8% de violencia físicas versus 92.4% de psicológica). Los/as autores/as establecieron que un 4.7% había reconocido experimentar ambas tipologías al mismo tiempo.

Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, y Corral (2008) informaron que las víctimas jóvenes de sus centros tuvieron más tendencia a padecer violencia física, así como también, sufrieron un mayor riesgo de muerte. Otros estudios también informaron de prevalencias más elevadas en mujeres jóvenes que en mayores asociadas a violencia física (2.63% versus 1.62%) (Zink, Fisher, Regan, y Pabst, 2005). Rodríguez y Esquivel-Santoveña (2020) destacaron que mientras que la violencia física y las agresiones sexuales disminuyeron en grupos de mayor edad -posiblemente, indican los/as autores/as por instrumentos inadecuados de detección-, la violencia psicológica es mayor que en los grupos de víctimas más jóvenes. En cambio, en el estudio de Metheny y Essack (2020), las prevalencias fueron superiores en mujeres de 50 o más años que en los grupos de mujeres más jóvenes: se produjo más violencia física (15.5% versus 13.8%), agresiones sexuales (4.6% versus 3.8%) y violencia emocional (19.7% versus 18.7%). Aún siendo superiores las prevalencias, las diferencias entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa.

Zink et al. (2005) registraron, en centros de atención primaria, un mayor número de abusos sexuales en mujeres jóvenes (2.14%) que en víctimas mayores (1.12%). Aún así, también se identificaron investigaciones que identificaron porcentajes más elevados de abusos sexuales en mujeres mayores en centros de atención primaria (2.1%) (Sormanti y Shibusawa, 2008).

Sanz-Barbero et al. (2019) enfatizaron que la percepción sobre la gravedad de la violencia de género experimentada fue superior en mujeres mayores que en jóvenes. Los/as autores/as señalaron que se podía deber a un mayor número de años de experimentar violencia o a la revictimización recurrente de los episodios. La media de la duración de los abusos osciló entre 3 y 10 años en el estudio de Bonomi et al. (2007).

### 2.3. Factores de riesgo

Sanz-Barbero, Barón, y Vives-Cases (2019) analizaron los factores de riesgo asociados con la violencia de género en una muestra de 8.935 mujeres españolas. Haber padecido un abuso en la infancia predijo una mayor probabilidad de padecer abusos en cualquier momento de la vida (factor de riesgo común), mientras que tener un nivel educativo superior funcionó como un factor de protección común. No obstante, otros estudios no encontraron asociación significativa entre el nivel educativo y padecer VG en las víctimas mayores (Metheny y Essack, 2020; Rodríguez y Esquivel-Santoveña, 2020).

Además, Ruiz-Pérez et al. (2018) añadieron que la falta de apoyo social, el neuroticismo, la impulsividad, la mala salud física y los antecedentes familiares de trastornos mentales fueron predictores, también actuaron como factores de riesgo. Rodríguez (2019) demostró que las siguientes variables eran predictivas comunes de VG: 1) ingresos bajos, 2) menor nivel educativo, 3) divorcios o tener hijos/as, 4) residencia en zonas rurales, 5) ser ama de casa, 6) mala salud, 7) haber experimentado violencia anteriormente, 8) ser inmigrante. Asociado con la salud mental, Nam y Lincoln (2017) verificaron la asociación entre padecer un Trastorno Depresivo y haber sufrido agresiones.

Ruiz-Pérez et al. (2018) coincidieron con el estudio anterior respecto a la variable ser inmigrante: su investigación demostró que ser inmigrante y no tener nacionalidad española consistió en un factor de riesgo para todas las edades. Asociado a los países de procedencia también se pueden identificar diferencias significativas. Eslami et al. (2019) indicaron que residir en algunos países podía actuar como factor de riesgo ante el desarrollo de sintomatología somática en edades avanzadas. Un ejemplo que exponían los/as autores/as era que mientras residir en Lituania funcionaría como un factor de riesgo, residir en Suecia actuaría como un factor de protección. Sin embargo, Metheny y Essack (2020) no pudieron establecer que la raza fuera un factor de riesgo en las mujeres de Sudáfrica. Por

lo que, no se debería confundir entre las variables, es decir, entre ser inmigrante, el país de residencia y la raza.

Un estudio español determinó que un 9.4% de la población española había padecido violencia de género, que un 22.3% padeció un trastorno mental y se estableció una relación entre el trastorno mental y la violencia de género de un 4.4% (Ruiz-Pérez, Rodríguez-Barranco, Cervilla, y Ricci-Cabello, 2018).

Específicamente, asociado a la mujer mayor, los/as autores/as Sanz-Barbero et al. (2019) expusieron que el desempleo posiciona a las mujeres mayores en una situación de vulnerabilidad económica que dificulta que puedan salir de los bucles violentos o de las relaciones. Sormanti y Shibusawa (2008) coincidieron en que la vulnerabilidad económica fue un factor de riesgo relevante, especialmente, porque a edades avanzadas encontrar una fuente económica estable (como podría ser un empleo) es más difícil. En la misma línea, Eslami et al. (2019) identificaron asociación entre una situación económica precaria y el desarrollo de sintomatología somática en víctimas mayores. Sin embargo, en otros estudios no se pudo establecer el nivel económico como un factor de riesgo (Metheny y Essack, 2020; Rodríguez y Esquivel-Santoveña, 2020).

#### 2.4. Repercusiones en la salud física y mental

Sanz-Barbero et al. (2019) comprobaron que las mujeres mayores que fueron expuestas a violencia física o sexual tenían más probabilidades de percibir que tenían una mala salud mental y limitaciones físicas o de la actividad. Se trata de una conclusión en la que se produce consenso en varios estudios (Eslami et al., 2019; Fisher y Regan, 2006; Montero et al., 2013; Sormanti y Shibusawa, 2008). Por ejemplo, a nivel físico, Stöckl y Penhale (2014) establecieron la relación con problemas gástricos y del suelo pélvico. Cations et al. (2018) identificaron que las víctimas mayores que padecían un Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT), también tenían una mayor tendencia a experimentar sintomatología asociada a la menopausia. En concreto, los/as autores/as indicaron que padecían más sudores nocturnos, mayor irritabilidad vaginal y un dolor más intenso durante las relaciones sexuales.

Eslami et al. (2019), a partir de un análisis realizado en 6 ciudades europeas, concluyeron que haber padecido abusos durante toda una vida se asociaba de manera significativa con la experimentación de sintomatología somática. En concreto, los/as autores/as afirmaron que el padecer maltrato, provocaría síntomas somáticos en la vejez (mujeres mayores de 65 años), independientemente de la enfermedad específica.

El estudio longitudinal de Makaroun et al. (2020) demostró que las mujeres mayores que padecían VG presentaron 3 veces más probabilidades de desarrollar un Trastorno Depresivo Mayor (TDM) tras 20 meses, que mujeres que no lo habían padecido. Se debe apuntar que los/as autores/as también señalaron que las probabilidades de desarrollar trastornos fueron aún más comunes en mujeres de entre 45 y 59 años que habían padecido VG (el doble de probabilidades de padecer un trastorno depresivo, trastorno por ansiedad, trastorno de estrés postraumático o trastorno por consumo de sustancias, así como casi 4 veces más probabilidades de realizar autolesiones o tentativas de suicidio). Cations et al. (2020) demostraron que el riesgo de padecer el TDM fue de 1.36 veces más que en mujeres que no habían experimentado VG. De igual modo, también fue demostrada la influencia en Nam y Lincoln (2017). Sarasua et al. (2008) coincidieron con los estudios anteriores, remarcando que haber padecido VG provocó más sintomatología depresiva y deterioro de autoestima a jóvenes que a mujeres mayores. Por último, Cations et al. (2020) remarcaron que los efectos psicológicos de la VG se mantenían a largo plazo; las víctimas mayores mantuvieron la sintomatología depresiva o el trastorno hasta 15 años después de haberlo padecido.

Sarasua et al. (2008) demostraron que las víctimas jóvenes, tendían a padecer, en mayor medida, Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) que las mayores (un 42% versus un 27%). En el caso de las mujeres mayores, parece que el TEP apareció asociado a que sintieran que sus vidas corrían peligro, mientras que en mujeres jóvenes a abusos sexuales. Respecto a las conductas sexuales de riesgo también se produjeron dentro del colectivo de mayores. Sormanti y Shibusawa (2008) informaron que las víctimas de VG presentaron un mayor temor a haber contraído una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) frente a las que no habían padecido VG (un 14.7% frente a un 0.2%, respectivamente), a ser diagnosticada y/o tratada por ETS (un 8.8% frente a un 0.7%) o a haber dado positivo en VIH (8.8% frente al 3.3%). Por lo que, los datos revelan la correlación que se produce entre haber padecido VG en edades tardías y tener un mayor riesgo a desarrollar una ETS, como sería el VIH.

### 3. Discusión

Como se ha explicado, el mayor porcentaje de artículos evalúan la prevalencia. El motivo podría asociarse a esa invisibilización y a esa ausencia de conciencia de que la VG se produce también asociada al colectivo de mayores (Orte y Sánchez, 2010; Stöckl y Penhale, 2014). A lo anterior, Stöckl y Penhale (2014) añadieron que podría deberse también a la necesidad de deseabilidad social, es decir, al temor a ser juzgados por la Comunidad, por la familia o por los amigos/as. Por ese motivo, que

los 53 estudios identificados se centren en prevalencia avala que en la literatura aparece esa necesidad de establecer y de demostrar que la violencia se está produciendo en contra de las mujeres mayores (Rodríguez y Esquivel-Santoveña, 2020). Los estudios han demostrado que la VG en mujeres mayores es **frecuente y común** (Fisher y Regan, 2006; Sormanti y Shibusawa, 2008). Los estudios enfatizaron que los abusos se experimentan de manera reiterativa a lo largo de la vida (Bonomi et al., 2007; Fisher y Regan, 2006; Rodríguez y Esquivel-Santoveña, 2020). **Las prevalencias identificadas** oscilaron entre 1.52% y el 11.1% si se cuestiona sobre el último año de sus vidas (Makaroun et al., 2020; Mouton et al. 2004; Sormanti y Shibusawa, 2008; Zink et al. 2005). A lo largo de toda la vida, se identificó que entre un 26% y un 45% había padecido agresiones por parte del compañero íntimo (Bonomi et al., 2007; Fisher y Regan, 2006). Y como se hipotetizaba, la VG puede también aparecer por primera vez en edades avanzadas; se identificó que hasta un 5% declaró haber padecido VG tras tres años de seguimiento en mujeres mayores de 50 años (Mouton et al., 2004).

En cuanto a la tipología más frecuente, **la violencia psicológica** fue claramente más frecuente en la mujer mayor (Bonomi et al., 2007; Fisher y Regan, 2006; Metheny y Essack, 2020; Mouton et al., 2004; Rodríguez y Esquivel-Santoveña, 2020). La violencia física (Sarasua et al., 2008) y las agresiones sexuales (Sormanti y Shibusawa, 2008; Zink et al., 2005) también eran elevadas en el colectivo de mayores. Sin embargo, la violencia física fue más elevada en las mujeres jóvenes que en las mayores (Rodríguez y Esquivel-Santoveña, 2020; Sarasua et al., 2008; Zink et al., 2005). De igual modo, también se identificaron diferencias significativas entre la percepción de la gravedad de los abusos entre diferentes edades: la mujer mayor le otorgaba más gravedad a los abusos debido a la constante revictimización de los episodios (Sanz-Barbero et al., 2019). Debe tenerse en cuenta que la duración media de los episodios osciló entre 3 y 10 años (Bonomi et al., 2007). Los/as autores/as Rodríguez y Esquivel-Santoveña (2020) indicaron que la menor prevalencia en las agresiones sexuales y a la violencia física asociada a grupos de jóvenes podría deberse a instrumentos de detección inadecuados o inespecíficos para grupos de mujeres mayores. Stöckl y Penhale (2014) resaltaron y remarcaron que lo que era invariable eran las técnicas de control de la pareja hacia las víctimas. Los/as autores/as explicaron que se trataba de un mecanismo que debe ser considerado en todos los protocolos de detección de la violencia de género.

Además, esa VG se incrementa y se intensifica en **países** donde la educación en igualdad aún no ha avanzado o no se han desarrollado estrategias para combatirlo (Bhatia y Soletti, 2019; Metheny y Essack, 2020). O bien, en entornos rurales en los que no tienen tanto acceso a recursos comunitarios

(Brossoie y Roberto, 2015). El país de residencia podía actuar como factor de riesgo ante el desarrollo de sintomatología somática en mujeres mayores, incluso, en un mismo continente (Europa) (Eslami et al., 2019). Eslami et al. (2019) planteó que se debía a la disponibilidad y a la accesibilidad al sistema de bienestar social, es decir, a los recursos de igualdad, a los planes de equidad social y al acceso a servicios de salud de cada país. Sin embargo, ser inmigrante también fue destacado como factor de riesgo. Pathak et al. (2019) explicaron que podría deberse a tener a la familia lejos, al desconocimiento de la legislación del nuevo país, a las dificultades del lenguaje y al temor a las novedades (por ejemplo, diferentes valores culturales).

**La dependencia económica y el desempleo** son relevantes factores predictores de la VG, al actuar como barreras ante la denuncia de la VG. Podría actuar como un factor de riesgo de la VG en mujeres mayores (Eslami et al. 2019). A edades tardías resultará muy complicado obtener fuentes financieras si no se disponía de ellas anteriormente (Pathak et al., 2019). El mercado laboral suele apostar por personas jóvenes, dejando pocas posibilidades al colectivo mayor. Y el deterioro físico y cognitivo, asociados con la edad, dificultan que puedan ejercer muchos de los trabajos que se identifican en el mercado laboral. Además, como con frecuencia, la fuente económica es aportada por el hombre, suelen producirse técnicas de control de los gastos, de manera, que las mujeres mayores apenas disponen de recursos económicos (Stöckl y Penhale, 2014). Este último hecho, les hace percibirse como más vulnerables a la hora de separarse de su agresor.

**El impacto sobre la salud y el bienestar de la mujer mayor** ha sido un elemento clave en todos los artículos revisados. El impacto sobre la vida de las mujeres es innegable, convirtiéndose en un aspecto que influye durante toda su vida (Fisher y Regan, 2006; Pathak et al., 2019), perdurando hasta 15 años después de la agresión (Cations et al., 2020). Sin embargo, Stöckl y Penhale (2014) sí que apuntaron que la detección de la violencia debería enfocarse a los diferentes tramos de edad. Por ejemplo, indicaron que, mientras que, en mujeres más jóvenes de 65 años, solían darse en forma de hematoma o de contusión, en el caso de mujeres de 66 o más años, solían aparecer en forma de lesión o de fractura del hueso.

Eslami et al. (2019) demostraron la asociación entre padecer maltrato durante toda la vida y el desarrollo de sintomatología somática en mujeres mayores de 65 años. Los/as autores/as apuntaron a que posiblemente se debería a que el estrés sostenido y los sucesos traumáticos podrían afectar a los sistemas reguladores del organismo (sistema endocrino, sistema inmune, etc.), siendo más probable la aparición de trastornos. Además, se hipotetizó con que la sintomatología somática podía ser la

expresión de trastornos del ánimo o trastornos de ansiedad. Se demostró que se incrementó 3 veces las probabilidades de desarrollar un Trastorno Depresivo Mayor, así como también actuaba como factor predictor de trastornos por ansiedad, TEP y trastorno por consumo de sustancias (Makaroun et al., 2020; Sarasua et al., 2008). De igual modo, la VG actuaba como una variable que favorecía el desarrollo de conductas sexuales de riesgo, aumentando la posibilidad de contraer o ser diagnosticada de una ETS (Sormanti y Shibusawa, 2008). Como indicaban Makaroun et al. (2020) el análisis de las consecuencias de la violencia de género sobre la mujer se debe asociar a etapas de edad, dado que en cada etapa se establecen diferencias fisiológicas y patológicas asociadas con la edad específica. McGarry et al. (2017) recordaban que un problema añadido era tratar la sintomatología desencadenada por años de abusos, como patologías de la persona, porque el procedimiento más habitual era dar medicación (antidepresivos, ansiolíticos, etc.). El abordaje únicamente de la sintomatología o el trastorno las responsabiliza de su trastorno, sin evidenciar la auténtica causa: los abusos. En la misma línea, Sormanti y Shibusawa (2008) resaltaron la relevancia de desarrollar programas preventivos de conductas de riesgo sexuales, debido a la elevada prevalencia de abusos sexuales que padecen víctimas mayores.

Con frecuencia, **las intervenciones** son inadecuadas, insuficientes o están dirigidas a trastornos o sintomatología responsabilizando a la propia víctima de sus trastornos (McGarry et al., 2017). Usan en menor medida que las víctimas jóvenes servicios de búsqueda de empleo, viviendas y ayudas financieras. Será necesario dedicar más atención y recursos específicos a mujeres mayores, debido a que existen prejuicios de edad y de género que las discriminan (Magalhães, Rodríguez, Ruido, y Braga, 2016). Por ejemplo, Stöckl y Penhale (2014) insistieron en la necesidad de comprender que los valores arraigados durante años influirían en la toma de decisión de dejar la relación abusiva, o bien, en la posible denuncia de las agresiones. Por lo que, servicios adaptados a las víctimas mayores deberían contemplar una serie de aspectos clave. Para empezar, los/as profesionales deben tener conocimientos y formación suficiente para poder categorizar los abusos de manera adecuada. La única manera de poder entrar en el sistema de atención a la mujer es identificando los abusos como propiciados por el compañero íntimo, y no como un maltrato al mayor (Blood, 2004). Por otro lado, se debe sensibilizar adecuadamente a la sociedad y a las víctimas, resultando una estrategia clave. Beaulaurier et al. (2005) defenderán que la falta de identificación con el colectivo de víctimas influye en que no se denuncien las agresiones. Las mujeres mayores no sienten, ni perciben que los servicios y los recursos se dirijan a ellas. Las víctimas deben de identificar campañas publicitarias que perciban que se dirigen a ellas, que les apoyan y que les ofrecen salidas realistas y adaptadas a sus necesidades

(Nägele, Böhm, Görgen, y Tóth, 2010; Sánchez et al., 2012). Las campañas deben apostar por empoderarlas, por acompañarlas, pero no deben focalizarse únicamente en la denuncia (Sánchez et al., 2012). Como se ha explicado, las barreras hacia la denuncia en el caso de la mujer mayor se multiplican a medida que se intensifica la relación de abusos (Beaulaurier et al., 2005). Por último, se les deben ofrecer instalaciones y servicios que eliminen las barreras arquitectónicas y que se adapten a las posibles limitaciones que presenten las víctimas mayores (McGarry, Simpson y Hinchliff-Smith, 2011).

La VG en mujeres mayores es un problema de Salud Pública, con múltiples repercusiones físicas y psicológicas para toda la vida (Cations et al., 2018, 2020; McGarry et al., 2017; Montero et al., 2013; Pathak et al., 2019). Las mujeres mayores víctimas de violencia de género deben ser consideradas como un grupo único y de elevada vulnerabilidad, que necesita de manera urgente, que se desarrollen intervenciones y recursos específicos (Bhatia y Soletti, 2019; Lundy y Grossman, 2005). El acceso y la disponibilidad a recursos sanitarios y sociales de cada país se ha demostrado como un factor asociado a una mayor sintomatología somática en mujeres víctimas de edad avanzada, posicionándolo como un aspecto prioritario en la prevención y la intervención (Eslami et al., 2019; Montero et al., 2013). Por eso, los gobiernos deben de proveer de fondos dirigidos a cubrir las necesidades, y proteger a este colectivo caracterizado por una doble vulnerabilidad (Bhatia y Soletti, 2019; Pathak et al., 2019).

Una limitación a destacar de las investigaciones analizadas consistió en que, la mayoría, basaban su evaluación en estudios transversales. Por lo que, fue difícil poder otorgar causalidad a factores concretos. Algunos estudios longitudinales como el desarrollado por Cations et al. (2020) permiten establecer y visualizar las repercusiones a largo plazo de la VG en mujeres mayores, y se debería apostar por esta tipología de seguimientos.

# Grupos focales con profesionales de atención directa del municipio de Calvià



## Grupos focales de profesionales de atención directa en violencia de género o en personas mayores

### 1. Procedimiento

Los/as profesionales de atención directa a las mujeres víctimas de violencia o en personas mayores son agentes relevantes en la identificación de la violencia de género. Como se exponía anteriormente, se trata de una problemática poco visibilizada, que se caracteriza por una ausencia de denuncias. Los/as profesionales que pueden atender a las víctimas tendrán un mayor acceso a la detección de posibles indicadores de riesgo o de violencia. Por ese motivo, el desarrollo del protocolo de detección debe contar con sus experiencias y sus conocimientos.

Para ello, se realizan dos grupos focales de expertos en materia de violencia de género y de personas mayores. Mediante los grupos focales, se explora la situación actual de las mujeres de 65 o más años víctimas de violencia de género en el municipio de Calvià. Su objetivo principal fue explorar las características y los indicadores más relevantes en la detección de la violencia de género en mujeres de 65 o más años.

Se utilizó una metodología cualitativa, de tipo exploratoria. Los resultados se analizaron mediante el programa de análisis estadístico NVIVO.

### 2. Participantes

El primer grupo focal se compuso por 7 expertos en materia de violencia de género y en personas mayores. El segundo grupo focal se compuso de 12 expertos. Los/as participantes pertenecían a servicios de ámbito social, sanitario, psicológico y fuerzas de seguridad. Los/as participantes fueron profesionales de atención directa a las víctimas. En concreto, participaron profesionales de los siguientes servicios: atención domiciliaria, atención primaria, ayuntamiento, servicios sociales, biblioteca y seguridad ciudadana.

### 3. Resultados principales de los grupos focales

La información se complementa a partir de una síntesis principal de los resultados. Se diseminan los datos, perfilando las principales contribuciones vinculadas con cada aspecto concreto. A través de la

codificación a través de NVIVO se establecieron las principales categorías y se determina el porcentaje de discurso que ocupa cada una de ellas.

### 3.1. Violencia normalizada y barreras ante la denuncia

Los/as profesionales coincidieron que, en la mayoría de los casos, la violencia de género (VG) en mujeres mayores suele ser de largo recorrido y va mostrando diferentes perspectivas. Con el paso del tiempo la violencia se transforma, se vuelve más psicológica. Además, se trata de una violencia oculta y normalizada por la mujer y, en muchas ocasiones, por sus hijos/as. La mujer mayor no denuncia, porque no es consciente de su situación. En el caso de que, si sea consciente, no lo hace por diferentes motivos, como los siguientes: por tener incorporadas creencias y valores culturales sexistas, por razones económicas, por falta de apoyo social, por el sentimiento de vergüenza y por el miedo a las consecuencias (“¿Qué será de mí si denuncio?”).

De modo que, es difícil identificar la violencia de género porque la mujer mayor no denuncia, ni pide ayuda. Por lo tanto, los/as profesionales próximos a la mujer deben estar alerta ante posibles signos y síntomas de violencia, realizando su seguimiento.

*Las señoras mayores niegan el maltrato, niegan el maltrato por un tema de vergüenza (PROF2F1).*

*Los casos que nos hemos encontrado son personas que han vivido toda la vida esta violencia por parte de sus parejas y ha llegado un momento que lo han normalizado, se han acostumbrado e incluso no le dan importancia (PROF5F2).*

En el segundo grupo focal, la información relacionada con el proceso de denuncia de las víctimas representó un 6,78% del contenido. En esta categoría se recogió información relativa a los agentes que, generalmente, realizaban la denuncia, como pueden ser los/as profesionales (un 0,25% del discurso) y los/las familiares (un 2,99% del discurso). Además, se plasmó también la necesidad de sensibilizar a la población sobre la necesidad de denunciar los casos que se puedan conocer (un 2,10% del discurso) (véase tabla 3).

### 3.2. Detección de la violencia de género en mujeres mayores

Los/as profesionales consideraron que las vías más importantes de detección de violencia de género fueron los servicios a los que acuden con mayor frecuencia. O bien, con los/as profesionales con los que hay relación directa. En el primer grupo focal, la detección de la violencia fue un tema central

(un 17,25% del discurso). Especialmente, tuvo una mayor presencia la información relativa a como realizar la detección (un 6,30% del discurso). Seguidamente, la subcategoría informativa más abordada fue la manera de detectar la violencia de género en la mujer mayor (un 3,46% del discurso) (véase tabla 3).

*El contacto desde el servicio de ayuda a domicilio es el más directo, el más constante, el que está más cerca de la persona y es la mayor fuente de detección que tenemos en el día a día (PROF1F2).*

*Es importante estar dentro, en primera línea, para saber lo que pasa (PROF4F2).*

### 3.3. Barreras en la detección de violencia de género en la mujer mayor

En el ámbito sanitario, los/as profesionales identificaron como un problema que el matrimonio comparta el mismo equipo de atención primaria y que la mujer venga acompañada de su pareja. En segundo lugar, se destaca que la entrevista con la mujer mayor se convierte en un desafío, debido en gran medida a que las preguntas de cribaje son muy directas; no resultando la mejor vía para abordarlas.

*Son preguntas muy directas, entonces tienes que también encontrar la vía de preguntárselo a la mujer. Hacer venir a la mujer sin que él esté presente, entonces es un poco difícil de acceder (PROF3F1).*

*El sistema de cribaje que tiene el sistema sanitario a la hora de detectar víctimas, a lo mejor resulta un poco fuerte si no estás habituada a hacer ese tipo de preguntas. Se está metiendo en principio en la vida privada de la mujer, pero efectivamente hay que visibilizarlo como que no es una situación de meterte en la vida privada, sino que es algo que forma parte también de su salud (PROF6F1).*

### 3.4. Acompañamiento y confianza

Se mencionó que el profesional referente debe ganarse la confianza de la mujer y ser una figura de apoyo a lo largo del proceso. Además, debe tener en cuenta el ritmo de cada mujer. El lenguaje y el cribaje utilizado en el protocolo debe adaptarse al colectivo. Se destacó a los/as profesionales de atención domiciliaria, como el agente que está en mejores condiciones para detectar los casos de violencia de género, debido al contacto tan estrecho que tiene con las mujeres mayores. Este dato destacó entre la información aportada: un 3,27% del discurso de los/as profesionales se centró en

destacar la relevancia de tener confianza con el profesional. En el segundo grupo focal, también se remarcó la necesidad de crear confianza con la víctima para favorecer la detección de la violencia de género en la mujer mayor. En concreto, ocupó un 2,62% del contenido del grupo focal.

*Aunque a lo mejor nos encontramos con esa primera barrera o que la mujer no ha tomado conciencia sobre su situación, es importante el hecho de que sepa que no está sola y que está acompañada en ese proceso; en el momento que necesite o que demande ayuda la va a tener (PROF6F1).*

*Ens hem d'adaptar nosaltres als passos que vulgui fer la persona. Això és molt important, cada persona té un ritme diferent. Pensar que serà un treball a llarg termini. Hem de tenir paciència, constància i serà una miqueta de vegades com el txa txa txa, dos passos endavant un pas cap enrere, però sempre pensar que és normal en tot aquest procés (PROF6F2).*

### 3.5. Sensibilización sobre la violencia de género

Se planteó orientar las campañas de sensibilización de otra manera y sensibilizar al entorno (hijos/as, vecinos/as, entre otros). Es decir, se propone que las personas próximas pierdan el miedo a denunciar. También, se contempló la posibilidad de que las mujeres de la misma generación sean una vía informal de detección y una fuente de apoyo hacia otras mujeres.

*Trabajar con las mujeres mayores para que se empoderen, para que sean detectoras y sean apoyos hacia otras mujeres (PROF1F1).*

*Sí que hay una mayor sensibilización, lo que pasa que yo creo que lo que hay es un poco de miedo o de que hago ante esta situación ¿lo pongo en conocimiento? pero ¿qué me va a pasar a mí? ¿qué le va a pasar a la mujer? no sé, creo que aquí es donde habría que poner también el foco. De qué manera transmitimos este mensaje a la población para que rompan con el silencio y realmente se impliquen (PROF8F2).*

### 3.6. Recursos y coordinación

En referencia a los recursos, se mencionó en diferentes ocasiones, que los recursos específicos están ubicados fuera del municipio de Calvià. Sin embargo, se destacó la buena coordinación realizada entre servicios, especialmente, entre la enfermera gestora de casos y los Servicios Sociales. Un dato

que destacó fue que los/as profesionales, en el municipio, y más concretamente, los cuerpos de seguridad (Policía Local y Guardia Civil) había adquirido una serie de competencias en materia de violencia de género. Ahora bien, consideraron que se debía de mejorar el proceso informativo y el seguimiento de las víctimas en caso de sospecha. Destacaron la dificultad cuando no había denuncia. Por último, se destacó la relevancia de derivar los casos.

*Conocer los servicios y los circuitos de atención para ver a quién se deriva, porque también viene aquí muchas veces el problema de no tener claro los circuitos de atención por parte de todos los servicios de actuación; yo creo que allí también habría que incidir (PROF6F1).*

*Un problema específico, que yo creo que tenemos en el municipio, es la falta de recursos específicos en violencia de género. Los recursos normalmente son externos ya que ahora las competencias las tiene el Consell de Mallorca (PROF5F2).*

### 3.7. Condiciones asociadas a la pandemia de COVID-19

Los/as profesionales reconocieron que, debido a la pandemia de COVID-19, las entrevistas se realizaron de manera telefónica o telemática. El nuevo sistema limitó, en gran medida, la detección. La situación de violencia de género en las mujeres mayores se vio agravada por el confinamiento al reducirse el acceso a los recursos. De modo que, la vulnerabilidad del colectivo se acrecentó, aumentando las situaciones de soledad y el aislamiento social. Cabe mencionar, que se realizó un inciso para hablar de la brecha digital que hay en las personas mayores para acceder a los servicios.

*Durante el tiempo de confinamiento había muchas dificultades de detección por el hecho de que no acudían a los servicios a puerta (PROF6F1).*

*Visualizar a estas personas mayores que no tienen recursos, no saben incluso ni llamar por teléfono, más ahora con el sistema que hay: “si quieres hablar con un médico pulsa 1, si quieres tal pulsa 2...”; una persona mayor de 70 años o incluso hasta de 75 años no puede atender a esto, a estas llamadas de atención, llamadas de socorro (PROF4F2).*

### 3.8. Formación especializada

Los/as profesionales coincidieron en la necesidad de formación especializada en materia de violencia de género.

*Nosotros como dinamizadores tampoco tenemos tanta información y a lo mejor sí que podríamos estar un poquito más preparados (PROF2F2).*

*Tots els dinamitzadors solem tenir relació, per exemple, amb els centres de tercera edat de la nostra zona i arribem a tenir una relació de confiança. Per tant, som uns agents que podem detectar aquest tipus de violència a persones grans. Per tant, convindria en algun moment que tinguéssim aquesta formació i poguéssim conèixer bé aquest protocol (PROF12F2).*

### 3.9. Necesidad del protocolo de detección de violencia de género

Los/as participantes coincidieron en la necesidad del protocolo de detección de violencia de género. Consideraron relevante unificar la problemática en todos los servicios y para todos los/as profesionales. Plantearon que la relevancia de considerar la interseccionalidad (otros factores de vulnerabilidad asociados al colectivo de mayores). Entre los ejemplos de otros protocolos relevantes, destacaron el modelo de Registro Unificado de Maltrato Infantil de las Illes Balears (RUMI).

*Seria interessant fer com s'ha fet amb el RUMI; que la població general pogués comentar que ha detectat una situació i que hi hagi un registre que ja no sigui, només a nivell professional, que evidentment és un punt clau, sinó que tota la població pugui estar implicada en aquest camí (PROF5F2).*

*Yo quería añadir que respecto al protocolo también es importante que se puedan identificar factores de vulnerabilidad que pueden presentarse y que agravan las situaciones. Por ejemplo, una mujer que está siendo víctima de violencia machista y que además desconoce, por ejemplo, los idiomas oficiales de las Islas Baleares (PROF8F2).*

Por ende, las principales aportaciones recogidas en el grupo focal 1 y en el grupo focal 2 respectivamente, son las siguientes:

**Tabla 3.** Aspectos de los grupos focales

| Principales aspectos de los grupos focales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Actualmente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La violencia en mujeres mayores normalmente es de largo recorrido. Suele estar normalizada.</li> <li>• Entre las principales dificultades, destaca que la mujer llegaba acompañada a las consultas sanitarias.</li> <li>• Las preguntas de cribado de violencia de género son demasiado directas.</li> <li>• Los/as profesionales de los diferentes servicios han ido recibiendo formación y utilizan protocolos ya existentes.</li> <li>• Existe una buena coordinación sanitaria entre enfermera gestora de casos y servicios sociales.</li> <li>• Las personas mayores tienen dificultades para acceder y utilizar las nuevas tecnologías (brecha digital).</li> <li>• El servicio de atención domiciliaria es importante porque es la vía de detección más directa y constante.</li> </ul>                                                                 |
| <p><i>Durante la pandemia del COVID-19:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante el confinamiento, el servicio de ayuda a domicilio ha seguido funcionando.</li> <li>• La situación del COVID-19 limita la detección porque las entrevistas se realizan de manera telefónica o telemática.</li> <li>• Se concluye que la situación se ha agravado por el confinamiento implícito por el COVID-19.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><i>Se necesita:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El protocolo es necesario porque da seguridad a los/as profesionales, establece un lenguaje común, unifica criterios y marca la detección.</li> <li>• El reporte de información en los casos de sospecha que actúan por diligencias propias cuando no hay denuncia.</li> <li>• Acompañamiento de la mujer durante todo el proceso.</li> <li>• Campañas de sensibilización dirigidas a la población en general y a personas del entorno de la víctima mayor.</li> <li>• Adecuar el lenguaje y la forma de acceder a las mujeres mayores.</li> <li>• La confianza con el profesional es un aspecto clave en el proceso</li> <li>• Contemplar en el protocolo factores de vulnerabilidad adicionales que agravan las situaciones de violencia de género.</li> <li>• La intermediación familiar es un punto clave para tener en cuenta en la detección.</li> </ul> |

A continuación, se aportan los árboles de nodos informativos de los dos grupos focales. Los árboles, obtenidos mediante el programa N-VIVO, no sólo reflejan los temas abordados durante los grupos focales, sino también el porcentaje de discurso que ocupó cada tema concreto durante el grupo focal. Esa información permite hacer una aproximación al tiempo y a la relevancia otorgado a cada aspecto tratado.

**Tabla 4.** Árbol de nodos informativos del grupo focal 1

| Árbol de nodos                       | Porcentaje (%) |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>1. Características especiales</b> | <b>5,29</b>    |
| 1.1.COVID-19                         | 4,22           |
| 1.1.1. Detección                     | 0,94           |
| 1.1.2. Estrategias                   | 1,73           |
| 1.1.3. Limitaciones                  | 1,06           |
| 1.2.Recursos específicos             | 0,76           |
| 1.2.1. Mejoras                       | 0,39           |
| 1.2.2. Objetivo                      | 0,38           |
| 1.3. Vínculo con la víctima          | 0,31           |
| <b>2. Detección</b>                  | <b>17,25</b>   |
| 2.1.Casos directos                   | 2,85           |
| 2.1.1. Experiencias                  | 1,01           |
| 2.1.2. Vías de derivación            | 1,58           |
| 2.2.Causas                           | 3,46           |
| 2.2.1. Dependencia                   | 0,31           |
| 2.2.2. Estrés cuidador               | 0,38           |
| 2.2.3. Hijos/as                      | 0,39           |
| 2.2.4. Maltrato                      | 1,27           |
| 2.2.5. Normalización                 | 0,67           |
| 2.3.Confianza hacia el profesional   | 3,27           |
| 2.3.1. ¿Cómo conseguirla?            | 1,72           |
| 2.3.2. Importancia                   | 0,55           |
| 2.3.3. Obstáculos                    | 1,16           |
| 2.4.Denuncia                         | 2,69           |
| 2.4.1. Obstáculos                    | 0,63           |
| 2.4.2. Proceso                       | 2,06           |
| 2.5.Detección                        | 6,30           |
| 2.5.1. Obstáculos                    | 1,16           |
| 2.5.2. Vías                          | 0,87           |
| 2.6.Observación                      | 1,79           |
| 2.7.Sospecha VG                      | 1,61           |
| <b>3. Intervención</b>               | <b>27,04</b>   |

|                                          |      |
|------------------------------------------|------|
| 3.1. Campañas sensibilización            | 2,60 |
| 3.2. Coordinación a servicios            | 3,61 |
| 3.3. Derivación a servicios              | 4,89 |
| 3.3.1. Cómo                              | 2,96 |
| 3.3.2. Cuáles                            | 0,42 |
| 3.3.3. Mejoras en la derivación          | 0,23 |
| 3.4. Estrategias                         | 5,60 |
| 3.4.1. Adecuar el lenguaje               | 0,46 |
| 3.4.2. Habilidades                       | 0,93 |
| 3.4.3. Indicadores                       | 0,54 |
| 3.5. Formación de los/as profesionales   | 1,05 |
| 3.6. Grupo de iguales                    | 1,70 |
| 3.7. Interseccionalidad                  | 1,42 |
| 3.8. Mejoras                             | 0,52 |
| 3.9. Orden de protección                 | 0,33 |
| 3.10. Protocolos actuales                | 2,39 |
| 3.10.1. Obstáculos                       | 0,82 |
| 3.11. Registro de víctimas               | 0,42 |
| 3.12. Servicios de atención a la víctima | 4,83 |

Tabla 5. Árbol de nodos informativos del grupo focal 2

| Árbol de nodos                                        | Porcentaje (%) |
|-------------------------------------------------------|----------------|
| <b>1. Denuncia</b>                                    | <b>6,78</b>    |
| 1.1. De profesionales                                 | 0,25           |
| 1.2. Familiares                                       | 2,99           |
| 1.3. Obstáculos                                       | 0,35           |
| 1.4. Sensibilizar                                     | 2,10           |
| 1.5. Violencia doméstica (incluye a otros familiares) | 1,36           |
| <b>2. Detección</b>                                   | <b>13,38</b>   |
| 2.1. Ciudadanía general                               | 1,22           |
| 2.2. Confianza                                        | 2,62           |
| 2.3. Experiencia                                      | 6,88           |
| 2.4. Servicios                                        | 5,67           |
| <b>3. Formación personal</b>                          | <b>5,14</b>    |
| <b>4. Intervención</b>                                | <b>3,35</b>    |
| 4.1. Recursos                                         | 0,93           |
| 4.2. Seguimiento                                      | 1,86           |
| <b>5. Protocolo</b>                                   | <b>7,01</b>    |
| 5.1. Aspectos a tener en cuenta                       | 5,82           |
| 5.2. Beneficios                                       | 1,32           |
| <b>6. Situación mujer mayor</b>                       | <b>8,15</b>    |
| 6.1. Normalización                                    | 1,02           |

|                     |      |
|---------------------|------|
| 6.2. Problemáticas  | 4,39 |
| 6.3. Redes sociales | 2,04 |

# Los principales indicadores de violencia de género en mujeres de 65 o más años



## Identificación de principales indicadores de violencia mediante la técnica Delphi

Entre las principales conclusiones destacadas en los grupos focales y en la revisión sistemática, se señaló que algunos protocolos de detección de violencia de género no eran lo suficientemente sensibles para identificar la violencia de género en víctimas de 65 o más años. Y como se ha ido defendiendo, las mujeres mayores no tienen tendencia a denunciar. Por lo que, es necesario que los protocolos incorporen indicadores de riesgo específicos de las víctimas de 65 o más años. Con la finalidad de identificar qué indicadores específicos se debían de incorporar, se aplicó un cuestionario a los/as profesionales de atención directa.

### 1. Procedimiento

El objetivo fue establecer el nivel de concordancia en las respuestas de los/as participantes sobre los indicadores y los aspectos que se debían de incluir en el protocolo de detección. El análisis se realizó mediante la técnica Delphi. Se les pasó un cuestionario a los/as profesionales que analizó indicadores de violencia física, psicológica, sexual, factores de riesgo, modos de detección y errores frecuentes. Para ello, se pasó en dos rondas, estableciendo diferentes rankings sobre la relevancia de los indicadores y de los factores de riesgo, según el estadístico W de Kendall. La información obtenida en los cuestionarios se completó mediante un DAFO.

### 2. Participantes

La muestra estuvo compuesta por 27 profesionales de atención directa a las víctimas mayores. La muestra estuvo compuesta, sobretodo, por mujeres (77.8% de la muestra). Presentaron una edad media de 48 años ( $DE=9.77$ ). La mayoría de los/as profesionales tenían estudios universitarios (diplomatura, licenciatura o grado) (un 81.5%).

Predominaron los/as profesionales que trabajaron en el ámbito social (un 63%), seguido de los que pertenecían a cuerpos y fuerzas de seguridad (un 14.8%). Además, también participaron profesionales del ámbito sanitario y otros servicios de gestión y atención al usuario. Se identificaron diversas categorías de profesionales, destacando por realizar funciones dirigidas a las víctimas de violencia de género, o bien, de atención a la persona mayor.

### 3. Resultados del cuestionario a profesionales. Análisis mediante la técnica Delphi

Un primer aspecto que se debe considerar en el protocolo son **los indicadores de violencia física**. Se trata de una violencia que se puede reflejar en forma visual, pudiendo ser de fácil detección en consultas médicas o en exploraciones médicas. Incluso, en los servicios de urgencias pueden activar las alarmas del profesional sanitario. Asociado al colectivo de mujeres mayores, los/as profesionales, tanto de atención a las víctimas de violencia de género, como de atención a personas mayores, coincidieron en una serie de indicadores de riesgo claves. En ambas rondas, las lesiones físicas asociadas a contusiones, arañazos o fracturas fueron las que consideraron más frecuentes y a las que se les debía de prestar más atención. Esos indicadores se siguieron de caídas de repetición o hemorragias frecuentes, así como de heridas, úlceras o quemaduras. Un aspecto a destacar es que, también se destacó la necesidad de atender a indicadores como ropa sucia, ropa o que la persona esté malnutrida o atendida, como una señal de alerta para los/as profesionales. Los/as profesionales presentaron un coeficiente de concordancia de W de Kendall de 0.208, resultando estadísticamente significativo ( $p < 0.001$ ) (véase tabla 7).

**Tabla 6.** Indicadores de violencia física en la violencia de género en mujeres de 65 o más años

| Media Rangos                                                            |                  |                  |       |              |              |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|-------|--------------|--------------|
|                                                                         | Media Rango<br>1 | Media Rango<br>2 | Total | Ranking<br>1 | Ranking<br>2 |
| Contusiones, arañazos o fracturas                                       | 2,33             | 2,67             | 2,50  | 1            | 1            |
| Caídas de repetición o hemorragias frecuentes                           | 3,35             | 2,94             | 3,13  | 2            | 2            |
| Heridas, úlceras o quemaduras                                           | 3,35             | 3,83             | 3,59  | 3            | 3            |
| Mala higiene corporal, ropa sucia o malnutrición                        | 4,40             | 4,17             | 4,28  | 4            | 4            |
| Signos de intoxicación por medicación o incumplimiento de la medicación | 5,05             | 4,42             | 4,73  | 7            | 5            |
| Dolores crónicos                                                        | 4,95             | 4,67             | 4,81  | 6            | 6            |

|                              |      |      |      |   |   |
|------------------------------|------|------|------|---|---|
| Discapacidades no explicadas | 4,58 | 5,31 | 4,94 | 5 | 7 |
|------------------------------|------|------|------|---|---|

**Tabla 7.** Estadísticos de prueba

| Estadísticos de prueba    |        |        |
|---------------------------|--------|--------|
| N                         | 20     | 18     |
| W de Kendall <sup>a</sup> | ,256   | ,208   |
| Chi-cuadrado              | 30,763 | 22,467 |
| gl                        | 6      | 6      |
| Sig. asintótica           | ,000   | ,001   |

Respecto a **los indicadores de violencia psicológica**, la sintomatología debe actuar como una señal de alarma, según los/as profesionales. Sintomatología depresiva, ansiosa, o bien, la somatización puede estar indicando que se está produciendo una situación aversiva que lo está provocando. Ocurre lo mismo con deterioros relevantes de autoestima; que pueden ser una repercusión de mecanismos de subordinación y de manipulación sostenida. Abusos de medicación o conductas autolíticas también fueron destacados como posibles indicadores de violencia experimentada por la pareja (3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> indicadores) (véase tabla 9 y 10). Los indicadores obtuvieron un coeficiente de concordancia de W de Kendall de 0.439 ( $p < 0.001$ ).

**Tabla 8.** Indicadores de violencia psicológica en la violencia de género en mujeres de 65 o más años

| Media Rangos                                     |               |               |       |           |           |  |
|--------------------------------------------------|---------------|---------------|-------|-----------|-----------|--|
|                                                  | Media Rango 1 | Media Rango 2 | Total | Ranking 1 | Ranking 2 |  |
| Sintomatología depresiva, ansiosa o somatización | 2,89          | 2,14          | 2,51  | 2         | 1         |  |
| Deterioro de autoestima                          | 2,11          | 2,64          | 2,37  | 1         | 2         |  |
| Abusos o adicción al medicamento                 | 3,66          | 3,86          | 3,76  | 3         | 3         |  |
| Conductas agresivas o autolíticas                | 4,58          | 4,11          | 4,34  | 5         | 4         |  |
| Trastornos del sueño                             | 4,82          | 4,64          | 4,73  | 6         | 5         |  |

|                                                             |      |      |      |   |   |
|-------------------------------------------------------------|------|------|------|---|---|
| Trastornos por consumo de sustancias (alcohol, por ejemplo) | 4,42 | 4,72 | 4,57 | 4 | 6 |
| Trastornos neurocognitivos (demencias, tipo Alzheimer)      | 5,53 | 5,89 | 5,71 | 7 | 7 |

**Tabla 9.** Estadísticos de prueba

| Estadísticos de prueba    |        |
|---------------------------|--------|
| N                         | 18     |
| W de Kendall <sup>a</sup> | ,439   |
| Chi-cuadrado              | 47,376 |
| gl                        | 6      |
| Sig. asintótica           | ,000   |

En tercer lugar y en referencia a los indicadores sociales, los/as profesionales de atención directa a las víctimas señalaron, con un coeficiente de concordancia del 0.383 ( $p < 0.001$ ), que el aislamiento social actuaría como un posible indicador de riesgo. Asociado a ese mismo aspecto, destacaron las relaciones familiares o sociales disfuncionales o deterioradas. O bien, conductas pasivas ante posibles interacciones sociales (4º indicador) (véase tabla 10) . En el caso de las mujeres mayores, será relevante subrayar la dependencia económica hacia la pareja como un aspecto que podría incidir (véase tabla 11).

**Tabla 10.** Indicadores sociales asociados a la violencia de género en mujeres de 65 o más años

| Media Rangos                                             |                  |                  |       |              |              |
|----------------------------------------------------------|------------------|------------------|-------|--------------|--------------|
|                                                          | Media Rango<br>1 | Media Rango<br>2 | Total | Ranking<br>1 | Ranking<br>2 |
| Aislamiento social                                       | 2,18             | 2,18             | 2,18  | 1            | 1            |
| Relaciones familiares disfuncionales o deterioradas      | 3,10             | 3,10             | 3,10  | 2            | 2            |
| Dependencia económica, bajos o nulos ingresos económicos | 3,35             | 3,35             | 3,35  | 3            | 3            |

|                                                                                        |      |      |      |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|---|---|
| Conducta pasiva ante las interacciones sociales                                        | 3,45 | 3,45 | 3,45 | 4 | 4 |
| Situación de dependencia o necesidad de ayuda en Actividades Básicas de la Vida Diaria | 5,10 | 5,10 | 5,10 | 5 | 5 |
| Bajo nivel socioeducativo                                                              | 5,40 | 5,40 | 5,40 | 6 | 6 |
| Creencias y actitudes negativas hacia el envejecimiento                                | 5,43 | 5,43 | 5,43 | 7 | 7 |

**Tabla 11.** Estadísticos de prueba

| Estadísticos de prueba    |        |        |
|---------------------------|--------|--------|
| N                         | 20     | 20     |
| W de Kendall <sup>a</sup> | ,383   | ,383   |
| Chi-cuadrado              | 46,017 | 46,017 |
| gl                        | 6      | 6      |
| Sig. asintótica           | ,000   | ,000   |

Una cuestión fundamental analizada consistió en cuáles eran los factores de riesgo específicos del colectivo de mujeres mayores. El primer factor seleccionado, coincidió con indicadores anteriormente indicados. En concreto, los/as profesionales indicaron que se debía de resaltar el aislamiento social como un factor de elevado riesgo. En la misma línea, se remarcaron la asistencia frecuente a servicios médicos o a servicios de urgencia (2º indicador). No obstante, relacionado con la víctima mayor, se estipularon como factores de riesgo que deben ser priorizados, las situaciones de dependencia y/o de discapacidad (3º indicador) (*véase tabla 12*). Debe destacarse también un factor específico de este colectivo: los trastornos neurocognitivos o déficits cognitivos relevantes. Los resultados presentaron un coeficiente de concordancia de W de Kendall de 0.161, resultando estadísticamente significativo ( $p < 0.001$ ) (*véase tabla 13*).

**Tabla 12.** Factores de riesgo asociados a la violencia de género en mujeres de 65 o más años

| Media Rangos |                  |                  |       |              |              |
|--------------|------------------|------------------|-------|--------------|--------------|
|              | Media Rango<br>1 | Media Rango<br>2 | Total | Ranking<br>1 | Ranking<br>2 |

|                                                              |      |      |      |   |   |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|---|---|
| Aislamiento social o poco apoyo social                       | 2,31 | 2,72 | 2,51 | 1 | 1 |
| Frecuencia y uso de servicios médicos y de urgencias         | 4,31 | 3,46 | 3,88 | 4 | 2 |
| Situación de discapacidad o de dependencia de la mujer mayor | 3,93 | 3,54 | 3,73 | 3 | 3 |
| Ingresos económicos o situación económica                    | 3,63 | 3,98 | 3,80 | 2 | 4 |
| Trastornos neurocognitivos o déficits cognitivos relevantes  | 4,48 | 4,57 | 4,52 | 6 | 5 |
| Evolución de enfermedades y del uso de fármacos              | 4,87 | 4,70 | 4,78 | 7 | 6 |
| Vivienda y condiciones asociadas a su vivienda               | 4,46 | 5,02 | 4,74 | 5 | 7 |

**Tabla 13.** Estadísticos de prueba

| Estadísticos de prueba    |        |        |
|---------------------------|--------|--------|
| N                         | 27     | 27     |
| W de Kendall <sup>a</sup> | ,190   | ,161   |
| Chi-cuadrado              | 30,854 | 26,022 |
| gl                        | 6      | 6      |
| Sig. asintótica           | ,000   | ,000   |

Además, se completó la información con aspectos que atañen directamente a la aplicación del protocolo de detección de violencia de género. En primer lugar, se preguntó sobre cuál era el modo más frecuente de detección de violencia de género en el colectivo de mujeres mayores. Es decir, ¿cómo era más probable poder detectar esa violencia? Los/as profesionales coincidieron que la manera más probable es la detección directa a partir de indicadores o signos de riesgo ( $W = 0.406$ ;  $p < 0.001$ ) (véase tabla 15). Es decir, la manera más probable de que se detecte la violencia de género en la mujer de 65 o más años, es que los/as profesionales sospechen a partir de identificar indicadores

de riesgo. La segunda vía para detectar la violencia asociada al colectivo de mujeres mayores fue la exploración médica, es decir, en consultas de atención médica. Es importante incidir en la tercera vía: la exploración social (*véase tabla 14*). Es decir, los/as profesionales indicaron que observar y valorar las circunstancias sociales y el patrón actitudinales y comportamentales de la mujer podría ofrecer información sobre su situación de vulnerabilidad, y servir como modo de detección. Se debe remarcar que, posicionaron en el último lugar la denuncia de la propia víctima como modo probable de detectar la violencia. En referencia a las preguntas abiertas, al preguntar a los/as profesionales sobre quién suele denunciar las agresiones asociadas a la mujer mayor, señalaron que eran las entidades comunitarias, los vecinos/as, y la familia.

**Tabla 14.** Modo de detección de la violencia de género en mujeres de 65 o más años

| Media Rangos                    |                  |                  |       |              |              |
|---------------------------------|------------------|------------------|-------|--------------|--------------|
|                                 | Media Rango<br>1 | Media Rango<br>2 | Total | Ranking<br>1 | Ranking<br>2 |
| Observación de signos de riesgo | 2,85             | 2,11             | 2,48  | 1            | 1            |
| Exploración médica              | 2,96             | 2,56             | 2,76  | 2            | 2            |
| Exploración social              | 3,24             | 3,15             | 3,19  | 3            | 3            |
| Exploración psicológica         | 3,33             | 3,61             | 3,47  | 4            | 4            |
| Denuncia de terceras personas   | 3,65             | 4,33             | 3,99  | 5            | 5            |
| Denuncia víctima                | 4,96             | 5,24             | 5,10  | 6            | 6            |

**Tabla 15.** Estadísticos de prueba

| Estadísticos de prueba    |        |        |
|---------------------------|--------|--------|
| N                         | 27     | 27     |
| W de Kendall <sup>a</sup> | ,186   | ,406   |
| Chi-cuadrado              | 25,081 | 54,854 |
| gl                        | 5      | 5      |
| Sig. asintótica           | ,000   | ,000   |

Una cuestión fundamental abordada fue ¿cómo se podía favorecer la denuncia de la víctima de 65 o más años? Las dos respuestas priorizadas fueron: a. fomentando la vinculación con el profesional y

b. a partir de un ambiente de confianza y cálido con el profesional que atiende a la víctima. Los/as profesionales resaltaron la necesidad de sentirse segura de la mujer mayor y de confiar en la persona a la que le revela que está siendo víctima de violencia. El tercer indicador fue formación específica sobre el colectivo de mujeres de 65 o más años (*véase tabla 16*). Un aspecto de gran relevancia fue asegurar las visitas de los/as profesionales al domicilio de la víctima. Los/as profesionales expusieron que, es en el domicilio donde se descubren factores de riesgo de la violencia (4º indicador). Explicar que existen recursos adaptados a sus necesidades también podría contribuir a que denunciaran. Los resultados obtuvieron un coeficiente de concordancia de  $W = 0.248$  ( $p < 0.001$ ) (*véase tabla 17*).

Por otro lado, los/as profesionales añadieron una serie de recomendaciones, en las preguntas cualitativas, para que el sistema de detección fuera más eficaz. Entre las sugerencias, destacaron incorporar a policías del municipio, así como, implicar al entorno social y comunitario. Además, señalaron que era necesario crear un servicio específico para las mujeres mayores de 65 años.

Entre los aspectos que consideran relevantes que debía incluir el protocolo de detección los/as profesionales señalaron que era necesario tener en cuenta diversos aspectos. Por un lado, opinaron que era necesario tener en cuenta los códigos culturales de la mujer a la que dirigirlo, por ello, se debía adecuar el lenguaje. Además, el profesional debía empatizar con su historia de vida, teniendo en cuenta el proceso de normalización de la víctima. Por otra parte, los/as profesionales señalaron la importancia de contar con tiempo suficiente: la detección y la intervención requieren establecer un vínculo profesional-víctima, y para ello, es necesario tiempo. Es decir, no sólo es importante la denuncia, sino también es imprescindible dar respaldo a la víctima. Además, es necesario dedicarle tiempo a escuchar la historia de vida de la mujer y, de ese modo, poder realizar un buen diagnóstico y explorar las relaciones familiares.

**Tabla 16.** Formas de fomentar la denuncia de la violencia de género en mujeres de 65 o más años

|                                              | Media Rangos |            |            |            |       |              |
|----------------------------------------------|--------------|------------|------------|------------|-------|--------------|
|                                              | Media<br>1   | Rango<br>2 | Media<br>2 | Rango<br>1 | Total | Ranking<br>2 |
| Fomentar la vinculación hacia el profesional | 3,74         |            | 2,76       |            | 3,25  | 3            |
| Crear ambiente cálido y de confianza         | 3,41         |            | 2,80       |            | 3,10  | 2            |

|                                                                                                   |      |      |      |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|---|---|
| Formación específica del/a profesional en violencia de género en mujeres mayores de 65 años       | 3,33 | 3,57 | 6,9  | 1 | 3 |
| Asegurar nuevas visitas que permitan el seguimiento                                               | 3,78 | 4,30 | 4,04 | 4 | 4 |
| Transmitir la posibilidad de obtener recursos adaptados a sus necesidades                         | 4,28 | 4,48 | 4,38 | 5 | 5 |
| Verificar sus capacitaciones y sus funciones cognitivas                                           | 4,63 | 4,89 | 4,76 | 6 | 6 |
| Incorporar familiares o personas de confianza de la posible víctima cuando se aplica el protocolo | 4,83 | 5,20 | 5,01 | 7 | 7 |

**Tabla 17.** Estadísticos de prueba

| Estadísticos de prueba    |        |        |
|---------------------------|--------|--------|
| N                         | 27     | 27     |
| W de Kendall <sup>a</sup> | ,103   | ,248   |
| Chi-cuadrado              | 16,757 | 40,218 |
| gl                        | 6      | 6      |
| Sig. asintótica           | ,010   | ,000   |

En referencia a las barreras más frecuentes ante la denuncia asociadas con el colectivo de mujeres mayores, de nuevo, se seleccionó el aislamiento social (1ª barrera) y la dependencia económica (2ª barrera). Situaciones de discapacidad o de dependencia fueron también priorizadas, al poder influir en la denuncia (*véase tabla 18*). Los/as profesionales expusieron que esas situaciones implicaban una mayor dependencia hacia la pareja y un mayor temor a abandonar el hogar. Sin duda, una barrera enfatizada fue la ausencia de recursos especializados en el colectivo de mujeres de 65 o más años.

Sin embargo, no apareció suficiente acuerdo entre los/as profesionales ( $W = 0.054$ ;  $p = 0.190$ ) (véase tabla 19).

También se preguntó a los/as profesionales que aportasen información sobre posibles barreras o dificultades en la aplicación del protocolo. Los/as profesionales señalaron que podría actuar como barrera los idiomas o la insuficiente formación de los/as profesionales. En lo que respecta a los factores de riesgo asociados a la mujer mayor, señalaron la necesidad de tener en cuenta la interseccionalidad.

**Tabla 18.** Barreras de detección de la violencia de género en mujeres de 65 o más años

| Media Rangos                                                  |         |         |         |         |       |         |
|---------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|-------|---------|
|                                                               | Media 1 | Rango 1 | Media 2 | Rango 2 | Total | Ranking |
| Aislamiento o poco apoyo social                               | 3,31    |         | 3,22    |         | 3,26  | 1       |
| Dependencia económica                                         | 3,83    |         | 3,80    |         | 3,81  | 3       |
| Situación de discapacidad o de dependencia                    | 4,19    |         | 3,81    |         | 4,00  | 5       |
| Ausencia de recursos especializados en mujer mayor de 65 años | 4,15    |         | 3,98    |         | 4,06  | 4       |
| Déficits en la formación de los/as profesionales              | 4,59    |         | 4,26    |         | 4,42  | 7       |
| Creencias y valores culturales                                | 3,39    |         | 4,35    |         | 3,87  | 2       |
| Trastornos mentales o neurocognitivos                         | 4,54    |         | 4,57    |         | 4,55  | 6       |

**Tabla 19.** Estadísticos de prueba

| Estadísticos de prueba    |        |       |
|---------------------------|--------|-------|
| N                         | 27     | 27    |
| W de Kendall <sup>a</sup> | ,072   | ,054  |
| Chi-cuadrado              | 11,633 | 8,716 |

|                 |      |      |
|-----------------|------|------|
| gl              | 6    | 6    |
| Sig. asintótica | ,071 | ,190 |

#### 4. Resultados del DAFO

Como se ha explicado anteriormente, se realizó un análisis DAFO para establecer un diagnóstico sobre la situación actual de las víctimas de violencia de género de 65 o más años en el municipio de Calvià. Mediante el análisis, se pudieron establecer resultados internos (fortalezas y debilidades) y los resultados externos (oportunidades y amenazas).

En cuanto a **las fortalezas o los puntos fuertes** que poseen las instituciones que trabajan respecto a la detección de violencia de género en mujeres mayores de 65 años, se destacaron una serie de aspectos relevantes. En primer lugar, los/as profesionales enfatizaron la coordinación entre servicios y los recursos compartidos con otras instituciones. Por otro lado, se destacaron las soluciones rápidas ante una situación de sospecha y detección de violencia de género en mujeres mayores de 65 años. En tercer lugar, cuentan con flexibilidad en el uso de recursos y en el seguimiento de los casos. De igual modo, se destacó el fácil contacto con la víctima (*véase tabla 20*).

En contrapartida, también surgieron **debilidades o puntos débiles**, que serán necesarias considerar al intentar establecer una detección de violencia de género en las mujeres mayores de 65 años. En primer lugar, los/as profesionales señalaron la falta de formación especializada de los/as profesionales sobre la temática. En la misma línea, destacaron la ausencia de recursos específicos dirigidos a la mujer mayor víctima. Asociado a ese punto, a los/as profesionales les preocupó la ausencia de información y el bajo número de profesionales destinados a detectar casos de violencia de género en mujeres mayores de 65 años. Sin duda, señalaron que a causa del COVID-19 la situación se había visto agravada.

Respecto a las **oportunidades** que influyen positivamente en la detección de víctimas de violencia de género en mujeres de 65 años o más años, los/as profesionales consideraron que trabajar en primera línea y con formación específica posibilitaría realizar un mejor trabajo. En segundo lugar, remarcaron la oportunidad de realizar un protocolo específico y de realizar más seguimientos. Además, actualmente, explicaron que identifica una mayor concienciación política hacia la problemática. En tercer lugar, los/as profesionales señalaron la facilidad de contacto con las víctimas. Posiblemente, la

posibilidad de desarrollar talleres y recursos específicos, ayudaría en la proximidad con el colectivo, especialmente, si se incorporan también a los familiares (véase *tabla 20*).

Por último, la situación actual cuenta con una serie de **amenazas** que pueden en la detección de víctimas de 65 o más años. En primer lugar, el hecho de que los recursos específicos estén ubicados fuera del municipio influye negativamente. Un punto clave consistió, según los/as profesionales, en los cambios constantes de profesionales de atención directa, dificultando el establecimiento de la confianza con las víctimas. En tercer lugar, que las parejas compartan a los mismos se convierte en un agravio en el momento de detectar casos de violencia de género en mujeres mayores de 65 años. En cuarto lugar, el incremento de la precariedad económica de las mujeres dificulta que denuncien. Por último, se destaca la falta de recursos especializados en la mujer mayor.

**Tabla 20.** DAFO sobre el diagnóstico sobre la situación actual de las víctimas de violencia de género de 65 o más años en el municipio de Calvià

| Fortalezas                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Debilidades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Coordinación enfermera gestora de casos y Servicios Sociales<br>Soluciones rápidas ante sospecha y detección<br>Flexibilidad uso recursos y seguimiento<br>Ausencia de campañas de sensibilización especializadas<br>Preparación profesionales y psicológicos<br>Contacto con la víctima fácil | Falta formación especializada<br>Ausencia recursos específicos, profesionales y tiempo<br>COVID-19 agrava la situación<br>Déficit: medidas igualdad y detección<br>Profesionales sobrecargados                                                                                                                                                                                        |
| Oportunidades                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Amenazas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Convenios colaboración específicos<br>Campañas sensibilización específicas<br>Trabajar en primera línea y con formación específica facilita el trabajo<br>Protocolo específico<br>Concienciación política<br>Implicar familias<br>Programas específicos<br>Talleres que aproximen los recursos | Recursos Específicos ubicados fuera del Municipio de Calvià<br>Cambios constantes y disminuir el número de profesionales<br>Precariedad económica mujeres<br>Déficit de recursos económicos, de coordinación y en el abordaje integral<br>No flexibilizar los procesos de intervención<br>No considerar la problemática de la VG en mujeres mayores de 65 años por falta de detección |

---

COVID-19: aumento aislamiento social y  
soledad

---

## Principales conclusiones

La invisibilización de la violencia de género asociada a mujeres de 65 o más años se ha argumentado mediante los anteriores resultados. Probablemente, entre los motivos destacan la falta de conciencia de que están siendo maltratadas por parte de las mujeres, la normalización de las agresiones y/o el temor a ser juzgadas (Orte y Sánchez, 2010; Stöckl y Penhale, 2014). No obstante, los datos avalan que se trata de una problemática grave y frecuente (Fisher y Regan, 2006; Makaroun et al., 2020; Mouton et al. 2004; Rodríguez y Esquivel-Santoveña, 2020; Sormanti y Shibusawa, 2008; Zink et al. 2005). Ese hecho remarca la necesidad de establecer mecanismos orientados a la detección de esa violencia. Deben ser herramientas sensibles a la detección de signos de VG en el colectivo de mujeres mayores.

Pero, *¿qué características deben presentar esos mecanismos?* Deben de incorporar **escalas de evaluación de la violencia psicológica**. Como se ha defendido por los/as profesionales en el grupo focal y en la revisión sistemática, se tratará del tipo de violencia más frecuente en el colectivo de mayores (Bonomi et al., 2007; Fisher y Regan, 2006; Metheny y Essack, 2020; Mouton et al., 2004; Rodríguez y Esquivel-Santoveña, 2020). Las escalas deben incorporar la exploración de *sintomatología ansiosa o depresiva*, o bien, de *trastornos de ansiedad o del ánimo*. Se demostró que las víctimas solían presentar esa sintomatología (Makaroun et al., 2020; Sarasua et al., 2008). En la misma línea, debería alertar *el consumo de sustancias o el abuso de sustancias* (Makaroun et al., 2020), o bien, *el abuso de medicación* (especialmente, ansiolíticos, opiáceos, antidepresivos, entre otros) (Sarasua et al., 2008). Los/as autores/as explicaron que solían utilizarse para contrarrestar el malestar asociado al maltrato. Asociado al colectivo de mujer mayor, también puede actuar como un indicador de riesgo, una rápida evolución de un déficit neurocognitivo o la aparición de un trastorno neurocognitivo.

Especialmente, la evaluación psicológica debe incorporar preguntas que recojan e incorporen posibles *técnicas de control* del agresor hacia la víctima. Stöckl y Penhale (2014) remarcaron que, con los años, ese tipo de control se normalizaba para las víctimas. Los/as profesionales apuntaron a que el control se podría reflejar a partir de una *conducta pasiva ante las interacciones sociales* en las víctimas. O bien, cambios en el patrón comportamental cuando la pareja está presente.

Aún así, se ha remarcado la relevancia de también incorporar preguntas o indicadores sobre violencia física (que sigue produciéndose) (Sarasua et al., 2008) y violencia sexual (Sormanti y Shibusawa,

2008; Zink et al., 2005). Las agresiones continuadas suelen tener un impacto sobre la salud y el bienestar de la mujer mayor (Fisher y Regan, 2006; Pathak et al., 2019). Las tipologías fueron múltiples y diversas, pero se señaló que se debía atender a: hematomas, contusiones, lesiones o fractura del hueso. Sin embargo, como Eslami et al. (2019) demostraron, la violencia sostenida tenderá a provocar enfermedades y posibles discapacidades. Por ese motivo, se debe apuntar como un indicador de riesgo, múltiples consultas a *servicios de urgencias o visitas médicas* por patologías diversas o frecuentes. Por otro lado, Sormanti y Shibusawa (2008) explicaron que *problemas ginecológicos* frecuentes o el *diagnóstico de ETS* debería de alertar al profesional; indican que son frecuentes las prevalencias de abusos sexuales que padecen víctimas mayores.

*Situaciones de dependencia* o la necesidad de ayuda para la realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria también debe ser considerado, según los/as profesionales. Esa situación podría provocar una mayor dependencia hacia el agresor. De manera que, la mujer puede estar en una situación de indefensión, o bien, percibir como inviable solicitar ayuda.

Entre los indicadores concretos o las preguntas específicas se debe tener en consideración, destaca la *dependencia económica* hacia el agresor. La dependencia económica es un relevante factor predictivo de violencia de género en el colectivo de mayores (Eslami et al. 2019). El motivo principal radica en que a edades tardías resultará muy complicado obtener fuentes financieras si no se disponía de ellas anteriormente (Pathak et al., 2019). Existen múltiples dificultades que casi imposibilitan que la mujer mayor pueda entrar en el mercado laboral. Además, se debe preguntar sobre posibles técnicas de control de los gastos de la pareja (Stöckl y Penhale, 2014). Este aspecto favorece la identificación de técnicas de control.

Algunos aspectos claves a considerar durante la entrevista o la exploración con la víctima mayor serán los siguientes:

- A. Los/as profesionales destacaron, tanto en el grupo focal, como en el cuestionario, que sería fundamental que el/la profesional tuviera *confianza con la víctima*. Por ello, se debe intentar desarrollar antes de realizar la entrevista (si sólo hay sospecha) esa confianza o vinculación.
- B. Es importante que la entrevista se desarrolle *a solas con la víctima*. Con frecuencia, las parejas o algunos familiares acuden con las víctimas a los servicios de atención directa, como la consulta médica. Los/as profesionales recomiendan que la entrevista se realice a solas. O bien, acompañado de familia o de un/a amigo/a que la víctima solicite.

C. Las visitas al domicilio de las víctimas pueden ofrecer información sobre posibles situaciones de vulnerabilidad o de riesgo. Por lo que, se deben incorporar en la *aplicación del protocolo a servicios de atención domiciliaria*.

Concretamente, se deben desarrollar mecanismos sensibles que permitan visualizar una violencia que tiende a ocultarse desde hace años, o bien, a normalizarse. Por ello, se debe adaptar el protocolo de detección de la violencia de género para que sea sensible a las necesidades y las características de las víctimas mayores.

## Consideraciones y líneas de investigación futuras

El estudio, a partir de la revisión de la literatura especializada y de la aportación de profesionales y de expertos/as, avala y refuerza el desarrollo de un protocolo de detección de la violencia de género en mujeres de 65 o más años. Como se ha expuesto, la escasa sensibilización sobre la problemática sobre el colectivo de mayores incide a que sea necesario desarrollar herramientas especializadas en detección. En una segunda fase de investigación, el protocolo debe ser implementado y valorado mediante una prueba piloto, que permita validarlo para la población a la que va dirigido.

A partir de la detección, se podrán poner en marcha las acciones de protección definidas en los protocolos ya implantados en el municipio y la Comunidad Autónoma, dirigidos al abordaje coordinado de la violencia de género (*Ajuntament de Calvià, 2016; Dirección General de Salud Pública y Participación, 2017; Institut de la Dona, 2009*). Cabe indicar que, futuras líneas de investigación podrían desarrollar un protocolo de intervención especializado en víctimas de 65 o más años, no obstante, se deberá de tratar de una segunda fase de investigación, que pueda incorporar recursos específicos para víctimas mayores.

La validación del protocolo, en una segunda fase de investigación, debería recoger las siguientes actuaciones:

- Mejorar la sensibilidad del protocolo en la identificación de casos de violencia.
- Integrar el protocolo en un sistema de recogida de información integral para profesionales de diversos ámbitos. Un sistema informático permitiría la coordinación entre los/las diversos/as profesionales. El sistema permitiría que cada profesional pudiera cumplimentar adecuadamente los informes que le corresponde en el caso de detectar violencia, como sería el parte de lesiones.
- Adaptar los recursos y los servicios a las necesidades del colectivo de mujeres de 65 o más años.
- Establecer los fundamentos para procesos formativos sobre víctima de 65 o más años de los/as profesionales que aplicarán el protocolo. La formación específica se constituye como un elemento esencial para poder ofrecer a las víctimas una adecuada intervención.
- Desarrollar mesas de colaboración entre las diversas Instituciones y Organismos especializados que permitan optimizar las intervenciones.



# Protocolo de detección de violencia de género en mujeres de 65 o más años



## Protocolo de detección de violencia de género en mujeres de 65 o más años

### Factores de riesgo asociados en mujeres de 65 o más años

Según su valoración, señale una casilla en función de lo característica que sea la situación para la mujer a la que se le aplica el protocolo de detección.

|                                                                                                                              | No se posee suficiente información | No característico | Algo característico | Característico | Muy característico |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------|---------------------|----------------|--------------------|
| <b>Profesional del ámbito sanitario</b>                                                                                      |                                    |                   |                     |                |                    |
| Imposibilidad de acudir sola a la consulta médica (a pesar de no presentar limitaciones)                                     |                                    |                   |                     |                |                    |
| Elevada frecuencia y uso de servicios médicos                                                                                |                                    |                   |                     |                |                    |
| Elevada frecuencia de uso de urgencias                                                                                       |                                    |                   |                     |                |                    |
| Tendencia a no explicar origen de las afecciones                                                                             |                                    |                   |                     |                |                    |
| Tendencia a evitar las explicaciones                                                                                         |                                    |                   |                     |                |                    |
| Nerviosismo, agitación o recelo ante la exploración médica                                                                   |                                    |                   |                     |                |                    |
| Negativa a mostrar sus lesiones o sus afecciones (por ejemplo, rechazo a desvestirse)                                        |                                    |                   |                     |                |                    |
| Reacción emocional (como llorar o irritabilidad) ante preguntas sobre su problemática (lesión, contusión, contractura, etc.) |                                    |                   |                     |                |                    |
| Incumplimiento de repetidas citas médicas                                                                                    |                                    |                   |                     |                |                    |
| Rápida evolución de enfermedades físicas o de su nivel de discapacidad (sin explicación médica aparente)                     |                                    |                   |                     |                |                    |
| Rápida evolución de su nivel de dependencia (sin explicación médica aparente)                                                |                                    |                   |                     |                |                    |
| Abuso de fármacos (ansiolíticos, opiáceos, antidepresivos, etc.)                                                             |                                    |                   |                     |                |                    |
| Patologías o complicaciones ginecológicas frecuentes (sin explicación médica aparente)                                       |                                    |                   |                     |                |                    |

| Profesionales del ámbito psicológico                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Sistema de creencias o de valores basados en sistemas de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones establecidas.                            |  |  |  |  |  |
| Rápida evolución en Trastornos neurocognitivos o déficits cognitivos relevantes (sin causa médica o psicológica aparente)                                    |  |  |  |  |  |
| Rápida evolución de Trastornos mentales (sin causa médica o psicológica aparente)                                                                            |  |  |  |  |  |
| Elevada labilidad emocional (cambios del estado del ánimo)                                                                                                   |  |  |  |  |  |
| Elevada irritabilidad o reactividad                                                                                                                          |  |  |  |  |  |
| Apatía o cansancio                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |
| Estado de ánimo depresivo frecuentemente                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
| Elevada sintomatología ansiosa frecuentemente                                                                                                                |  |  |  |  |  |
| Comunicación inhibida o comportamiento evitativo cuando la pareja está delante                                                                               |  |  |  |  |  |
| Dependencia emocional de la pareja (sentimientos de incapacidad sin él)                                                                                      |  |  |  |  |  |
| Búsqueda de aprobación o preguntas constantes a la pareja                                                                                                    |  |  |  |  |  |
| Profesionales del ámbito social                                                                                                                              |  |  |  |  |  |
| Situación de dependencia o ayuda para Actividades Básicas de la Vida Diaria                                                                                  |  |  |  |  |  |
| Situación de discapacidad                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |
| Dependencia funcional (aunque no presenta situación de dependencia, si presenta incapacidad para desarrollar múltiples actividades cotidianas sin la pareja) |  |  |  |  |  |
| Bajos o nulos ingresos económicos o dependencia económica de la pareja                                                                                       |  |  |  |  |  |
| Personas a cargo o que debe de cuidar                                                                                                                        |  |  |  |  |  |

|                                                                    |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Nulo o bajo apoyo familiar o social                                |  |  |  |  |  |
| Aislamiento social                                                 |  |  |  |  |  |
| Pocas actividades fuera del hogar                                  |  |  |  |  |  |
| Antecedentes de violencia de género (haberla padecido previamente) |  |  |  |  |  |
| Rechazo a hablar de la pareja o del matrimonio                     |  |  |  |  |  |
| Rechazo a dejar entrar en el hogar                                 |  |  |  |  |  |
| Recelo ante ayudas domiciliarias                                   |  |  |  |  |  |

Las casillas sombreadas son indicadores de riesgo de las mujeres de 65 o más años, y debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Si se contestan 5 o más casillas sombreadas – **debería pasarse el protocolo de detección de violencia de género en mujeres de 65 o más años**

## Identificador de la usuaria:

### *Consideraciones previas:*

- Realizar la entrevista a solas. O bien, preguntar a la mujer si el acompañamiento durante la entrevista de un familiar o una amistad le puede servir de apoyo.
- Favorecer el clima de confianza con la mujer. Iniciar la entrevista conversando sobre temas cotidianos o preguntando por otros aspectos de su vida. Evitar interrupciones de otras personas durante la entrevista.
- Respetar el tiempo que la mujer necesite para contestar cada pregunta.
- Realizar un recordatorio de que se encuentra en un lugar seguro y que la conversación es privada.
- Contextualizar la conversación. Decid algo como: Le voy a realizar algunas preguntas sobre aspectos que pueden suceder en las relaciones de pareja. Son frecuentes esas situaciones dentro de la pareja.

## Fase I. Sospecha de violencia física, sexual o psicológica

**A. Preguntas iniciales** (Institut Balear de la Dona, 2009; Dirección General de Salud Pública y Participación, 2017)

1. ¿Cómo va todo?, ¿cómo se encuentra?
  2. ¿Hay algún aspecto que le esté preocupando últimamente?
  3. ¿Está satisfecha con su vida?, ¿está contenta?
  4. *(En caso de afirmar que está preocupada o insatisfecha con su vida)* ¿Qué es lo que le está preocupando?, ¿está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?
  5. ¿Cómo va todo por casa?, ¿cómo se encuentra en su casa?
  6. ¿Está usted contenta con la relación con su pareja?, ¿está experimentando alguna situación conflictiva con su pareja?
- Si no se describen situaciones de violencia o de agresiones → **seguir con las preguntas B1 y B2**
  - Si se describen situaciones de violencia o de agresiones → **pasar directamente las preguntas B2**

## B. Preguntas asociadas a la sospecha de violencia de género

**B1. Versión corta en español del Woman Abuse Screening Toll (WAST)** (Fogarty y Brown, 2002; Plazaola-Castaño et al., 2008; Pichiule et al., 2021)

|                                                                   | Mucha tensión    | Alguna tensión    | Sin tensión    |
|-------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|----------------|
| 1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja? | 1 punto          | 1 punto           | 0 puntos       |
|                                                                   | Mucha dificultad | Alguna dificultad | Sin dificultad |
| 2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con...             | 1 punto          | 1 punto           | 0 puntos       |

**B2. Cuestionario de maltrato (CMT)** (Dirección General de Salud Pública y Participación, 2017; Delgado et al., 2006)

|                                                                      | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Bastantes veces | Casi siempre |
|----------------------------------------------------------------------|-------|------------|---------------|-----------------|--------------|
| 1. ¿Respeto sus sentimientos?                                        |       |            |               |                 |              |
| 2. ¿Le ha insultado, avergonzado o humillado?                        |       |            |               |                 |              |
| 3. ¿Le ha amenazado a usted, a sus hijos o a alguna persona querida? |       |            |               |                 |              |
| 4. ¿Ha roto alguna de sus cosas o algún objeto de la casa?           |       |            |               |                 |              |
| 5. ¿Ha intentado controlar su vida o sus movimientos?                |       |            |               |                 |              |
| 6. ¿Le ha pegado?                                                    |       |            |               |                 |              |
| 7. ¿Ha llegado a producirle heridas?                                 |       |            |               |                 |              |
| 8. ¿La ha obligado a mantener relaciones sexuales sin querer usted?  |       |            |               |                 |              |
| 9. ¿Le ha amenazado con un arma?                                     |       |            |               |                 |              |

10. ¿Ha llegado a hierirla con un arma u objeto?

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

Las casillas sombreadas del CMT (preguntas B2) indican violencia de género, y debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Si ha contestado una o más de una respuesta sombreada en el CMT (preguntas B2) - **se ha producido la violencia de género. Se puede pasar a las preguntas de la fase III para valorar la severidad y la frecuencia**
- Si no ha contestado ninguna respuesta sombreada en el CMT (preguntas B2), pero tiene 2 o más puntos en el WAST (preguntas B1) - **seguir con las siguientes preguntas de la fase II**

## Fase II: Detección de violencia psicológica

### C. Escala de Abuso Psicológico Aplicado en pareja (EAPA-P) (Longares et al., 2018)

|     |                                                                                                                              | Nunca | Algunas veces | Bastantes veces | Muchas veces | Continuamente |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|-----------------|--------------|---------------|
| 1.  | Mi pareja interpretaba a su conveniencia los hechos que nos afectaban.                                                       | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 2.  | Mi pareja insistía en que nuestra relación debía de estar por encima del dolor y malestar que cada uno podía sentir en ella. | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 3.  | Mi pareja controlaba todo lo que yo hacía.                                                                                   | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 4.  | Mi pareja me trataba como si fuera su sirvienta particular.                                                                  | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 5.  | Mi pareja controlaba nuestro dinero y me restringía al máximo su uso.                                                        | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 6.  | Mi pareja menospreciaba mis iniciativas o propuestas.                                                                        | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 7.  | Mi pareja me trataba con menosprecio.                                                                                        | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 8.  | Mi pareja me impedía salir de casa con libertad.                                                                             | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 9.  | Mi pareja me ocultaba información de interés para mí.                                                                        | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 10. | Mi pareja mostraba desconsideración hacia mi papel como pareja y madre                                                       | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 11. | Mi pareja me mostraba afecto sólo cuando era útil a sus intereses.                                                           | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 12. | Mi pareja me impedía establecer relaciones con las personas de mi entorno.                                                   | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 13. | Al hablar del trabajo que yo hacía, mi pareja se refería a mí de forma ofensiva.                                             | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 14. | Mi pareja me lanzaba distintas advertencias para que me comportara como él quería.                                           | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 15. | Mi pareja no toleraba que yo le llevara la contraria.                                                                        | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 16. | Mi pareja me impedía realizar actividades que a mí me apetecían.                                                             | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 17. | Mi pareja trataba de mantenerme alejada de mis familiares.                                                                   | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 18. | A mi pareja le molestaba que yo expresara mis sentimientos.                                                                  | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |
| 19. | Mi pareja me atribuía la culpa de cosas de las que yo no era responsable.                                                    | 0     | 1             | 2               | 3            | 4             |

Debe sumar las puntuaciones anteriores y debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Si puntúa menos de 13 puntos en el EAPA-P (preguntas C) - **se puede detener la evaluación y pasar a la víctima a una fase de seguimiento**
- Si ha puntuado 13 o más puntos en el EAPA-P (preguntas C) - **se deben completar los indicadores de la fase III**

## Fase III: Valoración de la violencia de género

### D. Indicadores a completar por el/la profesional

#### 1. Indicadores a completar por el/la profesional del ámbito sanitario *(puede ser rellenado también por profesionales de atención en el domicilio)*

Señale el grado de severidad y la frecuencia durante el último mes de los siguientes indicadores. La severidad se entenderá como:

- Leve (L): circunstancias que requieren seguimiento
- Moderado (M): circunstancias que requieren intervención y apoyo de los servicios de atención directa
- Grave (G): circunstancias que requieren intervención urgente
- No valorable (NV): circunstancias que el/la profesional no puede valorar con la información que tiene

La frecuencia se entenderá como:

- A veces: se aprecia una única vez o pocas veces
- Con frecuencia: se aprecia de forma habitual

| Indicadores de violencia física o sexual |           |   |   |    |            |                |
|------------------------------------------|-----------|---|---|----|------------|----------------|
|                                          | Severidad |   |   |    | Frecuencia |                |
|                                          | L         | M | G | NV | A Veces    | Con frecuencia |
| 1. Heridas                               |           |   |   |    |            |                |
| 2. Úlceras                               |           |   |   |    |            |                |
| 3. Quemaduras                            |           |   |   |    |            |                |
| 4. Contusiones                           |           |   |   |    |            |                |
| 5. Arañazos                              |           |   |   |    |            |                |
| 6. Fracturas                             |           |   |   |    |            |                |
| 7. Luxaciones                            |           |   |   |    |            |                |
| 8. Caídas de repetición                  |           |   |   |    |            |                |
| 9. Hemorragias frecuentes                |           |   |   |    |            |                |
| 10. Discapacidades no explicadas         |           |   |   |    |            |                |
| 11. Dolores crónicos                     |           |   |   |    |            |                |
| 12. Mareos                               |           |   |   |    |            |                |
| 13. Molestias gastrointestinales         |           |   |   |    |            |                |
| 14. Dificultad respiratoria              |           |   |   |    |            |                |
| 15. Molestias pélvicas                   |           |   |   |    |            |                |
| 16. Hematomas                            |           |   |   |    |            |                |
| 17. Tirones de cabello                   |           |   |   |    |            |                |

|                                             |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 18. Mordiscos                               |  |  |  |  |  |  |
| 19. Lesiones cerebrales                     |  |  |  |  |  |  |
| 20. Desnutrición                            |  |  |  |  |  |  |
| 21. Hiperventilación                        |  |  |  |  |  |  |
| 22. Infecciones ginecológicas de repetición |  |  |  |  |  |  |
| 23. Enfermedades de transmisión sexual      |  |  |  |  |  |  |
| 24. Heridas o lesiones en los pechos        |  |  |  |  |  |  |
| 25. Heridas o lesiones en los genitales     |  |  |  |  |  |  |

## Indicadores de violencia física o sexual

1. Lesión causada por un golpe, una caída, un corte u otro tipo de accidente y que produce una discontinuidad de la anatomía normal.
2. Lesión de la piel o de las mucosas que causa destrucción gradual de los tejidos.
3. Descomposición del tejido orgánico causada por el fuego o una sustancia cáustica o corrosiva.
4. Daño o señal producidos por un golpe en alguna parte del cuerpo que no causa herida exterior.
5. Señal o herida superficial que se hace al arañar o rasgar a una persona o una cosa.
6. Rotura de huesos producida por un traumatismo externo, generalmente, violento.
7. Desplazamiento de un hueso fuera de su lugar.
8. Golpe producido al caerse con frecuencia.
9. Flujo de sangre que sale de cualquier parte del cuerpo debido a la rotura de vasos sanguíneos y se repite a menudo.
10. Incapacitación, por lesión congénita o adquirida, para realizar ciertos trabajos, movimientos o deportes, que no ha sido expresada.
11. Sensación de daño, sufrimiento o padecimiento de alguna parte del cuerpo prolongado en el tiempo.
12. Alteración del equilibrio y del sentido que puede conducir al desmayo o a la pérdida completa del equilibrio.
13. Dolor leve o poco intenso en el estómago y los intestinos.
14. Obstáculo que hace difícil la respiración.
15. Dolor leve o poco intenso en la pelvis.
16. Tumor formado por acumulación de sangre en la dermis o en una cavidad orgánica, como consecuencia de un golpe o una enfermedad.
17. Tirar de forma brusca del cabello.
18. Acción y resultado de morder.
19. Daño producido en el cerebro por cualquier herida, golpe o enfermedad.
20. Trastorno de la salud por causa de una falta de equilibrio entre el aporte alimenticio y las necesidades del organismo.
21. Es una respiración rápida o profunda.
22. Penetración y desarrollo de microbios patógenos en los órganos sexuales de la mujer que invaden el organismo por vía sanguínea o que permanecen localizados, vertiendo sus toxinas en la sangre, de manera frecuente.
23. Infección que se transmite de una persona a otra a través del contacto sexual, ya sea oral, vaginal o anal.
24. Daño producido en los pechos por cualquier herida, golpe o enfermedad.
25. Daño producido en los genitales por cualquier herida, golpe o enfermedad.

## 2. Indicadores a completar por profesionales de salud mental

Señale el grado de severidad y la frecuencia durante el último año de los siguientes indicadores. La severidad se entenderá como:

- Leve (L): circunstancias que requieren seguimiento
- Moderado (M): circunstancias que requieren intervención y apoyo de los servicios de atención directa
- Grave (G): circunstancias que requieren intervención urgente
- No valorable (NV): circunstancias que el/la profesional no puede valorar con la información que tiene

La frecuencia se entenderá como:

- A veces: se aprecia una única vez o pocas veces
- Con frecuencia: se aprecia de forma habitual

| Indicadores de violencia psicológica                                          |           |   |   |    |            |                |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|---|---|----|------------|----------------|
|                                                                               | Severidad |   |   |    | Frecuencia |                |
|                                                                               | L         | M | G | NV | A Veces    | Con frecuencia |
| 1. Sintomatología ansiosa                                                     |           |   |   |    |            |                |
| 2. Sintomatología depresiva                                                   |           |   |   |    |            |                |
| 3. Trastornos del sueño                                                       |           |   |   |    |            |                |
| 4. Evolución rápida de trastornos neurocognitivos (demencias, tipo Alzheimer) |           |   |   |    |            |                |
| 5. Trastornos por consumo de sustancias (alcohol, por ejemplo)                |           |   |   |    |            |                |
| 6. Abusos o adicción al medicamento                                           |           |   |   |    |            |                |
| 7. Deterioro de autoestima                                                    |           |   |   |    |            |                |
| 8. Conductas agresivas o autolíticas                                          |           |   |   |    |            |                |
| 9. Estrés o nerviosismo frecuente                                             |           |   |   |    |            |                |
| 10. Quejas somáticas                                                          |           |   |   |    |            |                |
| 11. Hipervigilancia                                                           |           |   |   |    |            |                |
| 12. Abusos de medicamentos o negativa de tomarlos                             |           |   |   |    |            |                |
| 13. Comportamiento disociado                                                  |           |   |   |    |            |                |
| 14. Tentativa de suicidio                                                     |           |   |   |    |            |                |
| 15. Labilidad emocional                                                       |           |   |   |    |            |                |

## Indicadores de violencia psicológica

1. Se manifiesta mediante sensación de nerviosismo, agitación o tensión. Los signos y síntomas de la ansiedad más comunes incluyen los siguientes: sensación de nerviosismo, agitación o tensión, sensación de peligro inminente, aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada (hiperventilación), sudoración, temblores, sensación de debilidad o cansancio, problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual, entre otros.
2. Se manifiesta mediante sensación persistente de tristeza y pérdida de interés en actividades de la vida cotidiana. Los signos y los síntomas de depresión más comunes incluyen los siguientes: sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza, irritabilidad o frustración, pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales, alteraciones del sueño, cansancio y falta de energía, cambios en el apetito o en peso, lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas, pensamientos negativos recurrentes o somatización.
3. Afecciones que provocan cambios en la forma de dormir. Algunos de los signos y síntomas de los trastornos del sueño incluyen somnolencia diurna excesiva, respiración irregular o aumento del movimiento durante el sueño. Otros signos y síntomas incluyen un sueño irregular y un ciclo de vigilia y dificultad para conciliar el sueño.
4. Los trastornos neurocognitivos implican una alteración de las funciones cerebrales superiores tales como la memoria, el lenguaje, la atención, orientación, así como también modificaciones en la conducta y el aprendizaje. Pueden manifestarse a partir de dificultades de atención, concentración y orientación.
5. Dependencia de sustancias nocivas para la salud o el equilibrio psicológico. Puede manifestarse mediante un patrón problemático de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo
6. Tomar un fármaco en formas o dosis distintas a las indicadas, toma el medicamento de otra persona, incluso, si es por una razón médica legítima como el dolor; o cuando toma un medicamento para sentir euforia.
7. Valoración negativa de una misma. Puede reflejarse mediante conductas de evitación a situaciones sociales, expresiones negativas sobre una misma, comportamiento inhibido, incapacidad de realizar algunas actuaciones, entre otros. Pueden presentar miedos, inseguridades y no tienden a valorar el esfuerzo que ha implicado el desarrollo de sus tareas, ni en sus acciones. Tienden a asociar los fracasos a causas propias y que no pueden modificar. Éste hecho puede crear una insatisfacción o frustración.
8. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Propensa a faltar al respeto, a ofender o a provocar a los demás. Que implica provocación o ataque.
9. Estado de tensión excesiva.
10. Percepciones desagradables experimentadas subjetivamente en el cuerpo.
11. Atención excesiva que se presta a una persona o una cosa para prevenir un daño o perjuicio.
12. Uso excesivo de medicamentos en perjuicio propio, o rechazo del consumo.
13. Mecanismo adaptativo de la mente que separa nuestras emociones de la realidad. Es un comportamiento que se produce ante una situación límite que sobrepasa nuestros recursos psicológicos de afrontamiento. Permite reducir el impacto emocional, la tensión y el miedo en el momento que se experimenta.
15. Cambio rápido de la expresión afectiva. Las emociones duran poco tiempo y la mujer puede pasar rápidamente de una emoción a la contraria.

### 3. Indicadores a completar por profesionales del ámbito social

Señale el grado de severidad y la frecuencia durante el último año de los siguientes indicadores. La severidad se entenderá como:

- Leve (L): circunstancias que requieren seguimiento
- Moderado (M): circunstancias que requieren intervención y apoyo de los servicios de atención directa
- Grave (G): circunstancias que requieren intervención urgente
- No valorable (NV): circunstancias que el/la profesional no puede valorar con la información que tiene

Para rellenarlo, puede tener en consideración el cuestionario EAPA-P (preguntas C).

| Indicadores asociados con el ámbito social                                                      |           |   |   |    |            |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---|---|----|------------|-------------------|
|                                                                                                 | Severidad |   |   |    | Frecuencia |                   |
|                                                                                                 | L         | M | G | NV | A<br>Veces | Con<br>frecuencia |
| 1. Historia previa de violencia de género                                                       |           |   |   |    |            |                   |
| 2. Ropa sucia o rota                                                                            |           |   |   |    |            |                   |
| 3. Recelo para dejar entrar a alguien en la vivienda                                            |           |   |   |    |            |                   |
| 4. Recelo o dificultad para salir de su vivienda                                                |           |   |   |    |            |                   |
| 5. Movilidad limitada                                                                           |           |   |   |    |            |                   |
| 6. Situación de dependencia o necesita ayuda para hacer Actividades de la Vida Diaria           |           |   |   |    |            |                   |
| 7. Situación de discapacidad                                                                    |           |   |   |    |            |                   |
| 8. Lesiones o situaciones de discapacidad que no sabe explicar                                  |           |   |   |    |            |                   |
| 9. Pérdidas de memoria frecuentes o desorientación                                              |           |   |   |    |            |                   |
| 10. Signos de intoxicación                                                                      |           |   |   |    |            |                   |
| 11. Incumplimiento de la medicación                                                             |           |   |   |    |            |                   |
| 12. Dependencia emocional de la pareja                                                          |           |   |   |    |            |                   |
| 13. Deterioro relevante de autoestima                                                           |           |   |   |    |            |                   |
| 14. Dependencia económica de la pareja o bajos ingresos económicos                              |           |   |   |    |            |                   |
| 15. Poco soporte familiar o social                                                              |           |   |   |    |            |                   |
| 16. Pocas salidas fuera de la vivienda                                                          |           |   |   |    |            |                   |
| 17. Dificultad para poder hablar con la mujer a solas (pareja siempre insiste en estar delante) |           |   |   |    |            |                   |
| 18. Actitud de sumisión y pasividad cuando la pareja está delante                               |           |   |   |    |            |                   |
| 19. Pareja le habla con demasiado paternalismo o autoridad                                      |           |   |   |    |            |                   |

|                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 20. Pareja le grita o habla con faltas de respeto                                      |  |  |  |  |  |  |
| 21. Nerviosismo o agitación cuando la pareja está delante                              |  |  |  |  |  |  |
| 22. Pareja controla su dinero o lo que gasta                                           |  |  |  |  |  |  |
| 23. Pareja controla sus llamadas                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 24. Pareja controla su manera de vestir                                                |  |  |  |  |  |  |
| 25. Pareja demuestra celos                                                             |  |  |  |  |  |  |
| 26. Conductas agresivas de la mujer                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 27. Conductas autolíticas (autolesiones)                                               |  |  |  |  |  |  |
| 28. Pareja daña a seres queridos para hacerle daño o lastimarle                        |  |  |  |  |  |  |
| 29. Pareja realiza conductas agresivas también hacia otros familiares u otras personas |  |  |  |  |  |  |
| 30. Atribución de la propia felicidad a la relación con su pareja/marido               |  |  |  |  |  |  |

### Indicadores asociados con el ámbito social

1. Contar con antecedentes de haber padecido cualquier tipo de violencia por parte de su pareja.
2. Llevar prendas con manchas, quemadas, con agujeros, que desprendan mal olor, entre otros.
3. Rechazo o recelo a que personas que no son del núcleo familiar íntimo entren en la vivienda.
4. Rechazo a salir al exterior.
5. Presenta permanente o temporalmente limitada la capacidad de moverse. Necesita ayuda externa para moverse.
6. Situación en la que la mujer que tiene dificultades para valerse por sí misma. Para cubrir sus necesidades depende de otras personas.
7. Situación en la que la mujer, por condiciones físicas o mentales duraderas, se enfrenta a diversas barreras de acceso a su participación social.
9. Presentar cuadros de olvidos o desorientación no comunes. En casos graves, tal deterioro de la memoria puede interferir con las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
10. Intoxicación que puede ser debida al consumo de drogas, de medicación o de tóxicos.
11. No tomarse la medicación según la receta médica.
12. Necesidad afectiva fuerte que la mujer siente hacia la pareja. La dependencia implica la sensación de que se necesita a la otra persona para poder vivir o estar bien emocionalmente.
13. Valoración negativa de uno mismo. Puede reflejarse por conductas de evitación de situaciones sociales, expresiones negativas sobre uno mismo, comportamiento inhibido, incapacidad de realizar algunas actuaciones, entre otros.
14. La dependencia económica se produciría si la economía de la mujer está fuertemente ligada a la evolución de la situación económica de la pareja, que presenta un nivel de ingresos mucho mayor.
15. No dispone de personas cercanas que sean un apoyo para la mujer. No hay un apoyo en situaciones de necesidad emocional o funcional.
18. Implica falta de acción o de actuación. Mujer que deja obrar a los demás o permanece al margen de una acción. Puede manifestarse con un comportamiento evitativo o inhibido.
19. Tendencia a aplicar formas de autoridad. Puede manifestarse con formas de protección propias de una familia tradicional. Pueden aplicarse a diferentes tipologías de relaciones.
20. Recibe comentarios en tono denigrante para la mujer.
21. Inquieta e incapaz de permanecer en reposo.

25. Sentimientos de la pareja hacia la mujer de desconfianza o sospecha. Especialmente, se producen cuando se tiende a creer que pueden tenerse sentimientos de afecto hacia otra persona o puede establecerse una relación sentimental.
26. Acción o conducta de la mujer que puede perjudicar gravemente a otras personas. Propenso a faltar al respeto, a ofender o a provocar a los demás.
27. Daño físico que la mujer se causa voluntariamente a sí misma.
28. Daño físico o emocional que realiza la pareja a personas que la mujer quiere para hacerle daño o lastimarle. Se conoce como violencia vicaria.
29. Tendencia o conductas agresivas que la pareja de la mujer desarrolla hacia otros familiares u otras personas. La tendencia y/o las conductas agresivas son frecuentes.
30. Tendencia a atribuir como causa de su felicidad la relación con su pareja o su marido. Es conocido como mito de la felicidad.

## Orientación según los resultados

En función de los indicadores, se debe tener en cuenta que:

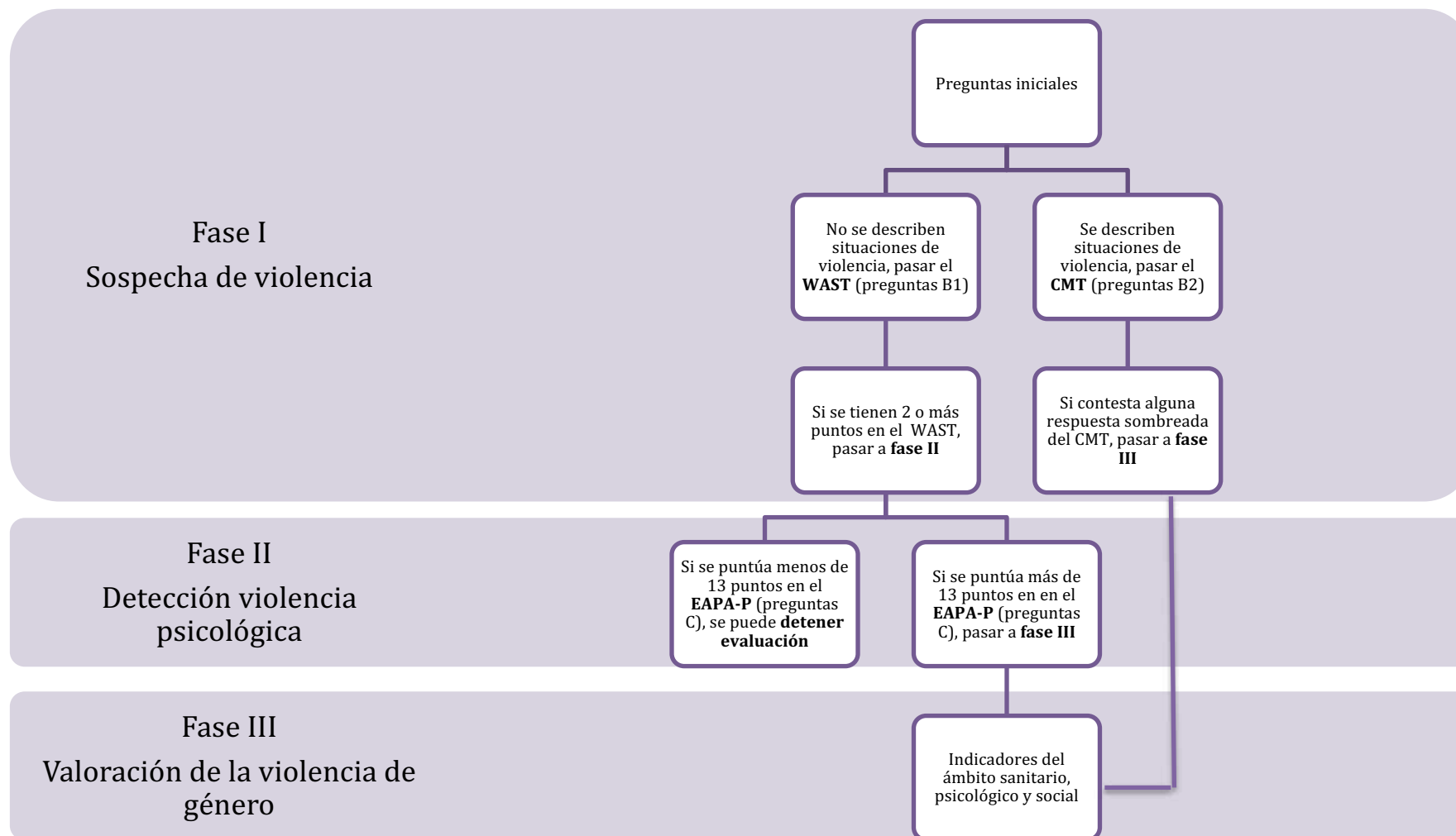
- Si se ha demostrado la violencia de género en las preguntas anteriores y/o existe algún indicador de violencia física grave o frecuente - **iniciar plan de emergencia**
- Si se ha demostrado la violencia de género en las preguntas anteriores, pero no existen indicadores de violencia física grave – **incorporar a la mujer en los servicios de atención a la víctima de violencia de género**
- Si no se demuestra la violencia de género, pero se identifican 5 o más indicadores de violencia psicológica - **realizar seguimiento de la mujer**
- Si no se demuestra la violencia de género, pero se identifican 5 o más indicadores asociados con el ámbito social - **realizar seguimiento de la mujer**

### Notas:

*1. Este protocolo está diseñado para ser el instrumento de detección de la violencia de género en mujeres de 65 o más años. Se diseña para favorecer la sensibilidad en la detección. A partir de la detección, se podrán poner en marcha las acciones de protección definidas en los protocolos ya implantados en el municipio de Calvià, dirigidos al abordaje coordinado de la violencia de género.*

*2. Los indicadores sanitarios o de daño físico implicarán que los/as profesionales cumplimenten un parte judicial de lesiones.*

Figura 2. Diagrama del protocolo de detección de violencia de género en mujeres de 65 o más años



## Referencias bibliográficas

- Ajuntament de Calvià (2016). Servicio de atención a mujeres víctimas de violencia de género y menores a su cargo. [Documento técnico interno].
- Bhatia, P., y Soletti, A. B. (2019). Hushed voices: Views and experiences of older women on partner abuse in later life. *Ageing International*, 44(1), 41-56. <https://doi.org/10.1007/s12126-018-9331-0>
- Blood, I. (2004). Older women and domestic violence. London: Help the Aged.
- Bows, H. (2019). Domestic homicide of older people (2010–15): A comparative analysis of intimate-partner homicide and parricide cases in the UK. *The British Journal of Social Work*, 49(5), 1234-1253.
- Brossoie, N., y Roberto, K. A. (2015). Community professionals' response to intimate partner violence against rural older women. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(4-5), 470-488. <https://doi.org/10.1080/08946566.2015.1095664>.
- Crockett, C., Brandl, B., y Dabby, F. C. (2015). Survivors in the margins: The invisibility of violence against older women. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(4-5), 291-302. <https://doi.org/10.1080/08946566.2015.1090361>
- Delgado, A., Aguar, M., Castellano, M., y Luna del Castillo, J.D. (2006). Validación de una escalera para la medición de los maltratos a mujeres. *Atención Primaria*, 38(2), 82-89.
- Dirección General de Salud Pública y Participación (2017). Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista en las Illes Balears. Palma: Conselleria Salut
- Dunlop, B. D., Beaulaurier, R., Seff, L., Newman, F. L., Malik, N., y Fuster, M. (2005). Domestic Violence Against Older Women: Final Technical Report. The Center on Aging of Florida International University for The National Institute of Justice.
- Eslami, B., Di Rosa, M., Barros, H., Torres-Gonzalez, F., Stankunas, M., Ioannidi-Kapolou, E., ... y Melchiorre, M. G. (2019). Lifetime abuse and somatic symptoms among older women and men in Europe. *PloS one*, 14(8), e0220741. <https://doi.org/10.1371/>
- Fisher, B. S., Zink, T., y Regan, S. L. (2011). Abuses against older women: Prevalence and health effects. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(2) 254–268.
- Fogarty, C. T., y Brown, J. B. (2002). Screening for abuse in Spanish-speaking women. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(2), 101-111.
- Grunfeld, Larsson, Mackay y Hotch (1996). Domestic violence against elderly women. *Canadian Family Physician*, 42, 1485-1494.

- Hightower, J., Smith, M. y Hightower, H. (2001). Silent and invisible – A Report on Abuse and Violence in the Lives of Older Women in British Columbia and Yukon. B. C. / Yukon Society of Transition Houses, Vancouver, B. C. Executive summary.
- Institut Balear de la Dona (2009). Protocolo Interinstitucional de detección, prevención y atención de la violencia machista y en casos de ataques sexuales de las Illes Balears. Palma: Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració.
- Instituto de la Mujer (2007). La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... y Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS medicine*, 6(7), e1000100. doi: [10.1371/journal.pmed.1000100](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100)
- Longares, L., Saldaña, O., Escartín, J., Barrientos, J., y Rodríguez-Carballeira, Á. (2018). Evaluación del abuso psicológico en parejas del mismo sexo: evidencias de validez de la EAPA-P en una muestra de habla hispana. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 34(3), 555-561. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.3.306281>
- Lundy, M., y Grossman, S. F. (2005). Elder abuse: Spouse/intimate partner abuse and family violence among elders. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 16(1), 85-102. [https://doi.org/10.1300/J084v16n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J084v16n01_05)
- Luoma, M.-L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., Reingarde, J., Tamutiene, I., Ferreira-Alves, J., Santos, A. J. y Penhale, B. (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal (European Report of the AVOW Project). Finland: National Institute for Health and Welfare (THL)
- Magalhães, M. J., Rodriguez, y., Ruido, P. A., y Braga, R. D. (2016). Elderly victims of gender violence in Portugal: Invisible and not heard?. *Health care for women international*, 37(12), 1304-1319.
- McGarry, J., Ali, P., y Hinchliff, S. (2017). Older women, intimate partner violence and mental health: a consideration of the particular issues for health and healthcare practice. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2177-2191. <https://doi.org/10.1111/jocn.13490>
- McGarry, J., Simpson, C. y Hinchliff-Smith, K. (2011). «The impact of domestic abuse for older women: a review of the literature». *Health and Social Care in the Community*, 19 (1), 3-14.

- Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, 2019<https://www.epdata.es/datos/violencia-genero-estadisticas-ultima-victima/109/espana/106>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., y Altman, D. G. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, 8(5), 336-341.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... y Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) statement. *Systematic Reviews*, 4, 1. doi: 10.1186/2046-4053-4-1
- Mouton, C., Rodabough, R., Rovi, S., Brzyski, R. G., y Katerndahl, D. A. (2010). Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. *Annals of Family Medicine*. 8(3) 206–213.
- Nägele, B., Böhm, U., Görgen, T. y Tóth, O. (2010). Intimate partner violence against older women. Summary of a research project carried out in Austria, Germany, Hungary, Poland, Portugal and United Kingdom (Summary Report of the Intimate Partner Violence against older women). Germany
- Orbea López, M. (2017). ¿Hasta que la muerte los separe? La violencia de pareja en la Tercera Edad. *Revista Novedades en Población*, 13(26), 134-144.
- Orte, C. y Sánchez, L. (2012). Gender violence in older woman. *Social and Behavioral Sciences*, 46, 4603-4606. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.304>
- Orte, C. y Sánchez, L. (2010). Invisibilitat de la violència de gènere en les dones grans a Mallorca. En Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.
- Pathak, N., Dhairyawan, R., y Tariq, S. (2019). The experience of intimate partner violence among older women: A narrative review. *Maturitas*, 121, 63-75. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.12.011>
- Pichiule, M., Gandarillas, A., Pires, M., Lasheras, L., y Ordobás, M. (2021). Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general. *Gaceta Sanitaria*, 34, 595-600. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.006>
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., y Hernández-Torres, E. (2008). Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 415-420. <https://doi.org/10.1157/13126922>

- Rodríguez, P. (2019). Intimate Partner Violence against Women in Scandinavia and Southern Europe. *Comparative Sociology*, 18(3), 265-289. <https://doi.org/10.1163/15691330-12341500>
- Rosay, A. B. y Mulford, C. F. (2017) Prevalence estimates and correlates of elder abuse in the United States: The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 29 (1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/08946566.2016.1249817>
- Ruiz-Pérez, I., Rodríguez-Barranco, M., Cervilla, J. A., y Ricci-Cabello, I. (2018). Intimate partner violence and mental disorders: co-occurrence and gender differences in a large cross-sectional population based study in Spain. *Journal of affective disorders*, 229, 69-78.
- Sánchez, L. (2011). Creences de les persones grans sobre la violència de gènere. En: Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2011*. Palma: Universitat de les Illes Balears.
- Sánchez, L. y Mantero, S. (2013). Sensibilització sobre la violència de gènere a les dones grans: començant a combatre. En: Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2013*. Palma: Universitat de les Illes Balears.
- Sánchez, L., Orte, C., i Ballester, Ll. (2012). La figura absent en les campanyes contra la violència de gènere la dona gran. En Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010*. Palma: Universitat de les Illes Balears.
- Sánchez, L., Orte, C., Vives, M., y Macias, L. (2013). *Violencia de género en las mujeres mayores: necesidad de intervención sociosanitaria*. En Pérez, M.C. y Molero, M.M. (dir.). *Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento*. Almería: Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).
- Sánchez, L., Orte, C., y Ballester, Ll. (2012). La figura absent en les campanyes contra la violència de gènere la dona gran. En Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.
- Vinton, L. (2001). *Violence against older women*. En Renzetti, C. M., Edleson, J. L., Bergen, R. K. (ed.). *Source book on violence against women*, 179-192.

## Referencias bibliográficas que componen la revisión sistemática

- \*Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Carrell, D., Fishman, P. A., Rivara, F. P., y Thompson, R. S. (2007). Intimate partner violence in older women. *The gerontologist*, 47(1), 34-41. <https://doi.org/10.1093/geront/47.1.34>
- \*Cations, M., Keage, H. A., Laver, K. E., Byles, J., y Loxton, D. (2020). Impact of historical intimate partner violence on wellbeing and risk for elder abuse in older women. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.12.026>
- \*Eslami, B., Di Rosa, M., Barros, H., Torres-Gonzalez, F., Stankunas, M., Ioannidi-Kapolou, E., ... y Melchiorre, M. G. (2019). Lifetime abuse and somatic symptoms among older women and men in Europe. *PloS one*, 14(8), e0220741. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220741>
- \*Fisher, B. S., y Regan, S. L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200-209.
- \*Gibson, C. J., Huang, A. J., McCaw, B., Subak, L. L., Thom, D. H., & Van Den Eeden, S. K. (2019). Associations of intimate partner violence, sexual assault, and posttraumatic stress disorder with menopause symptoms among midlife and older women. *JAMA internal medicine*, 179(1), 80-87. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.5233>
- \*Hernández, R. R. y Esquivel-Santoveña, E. E. (2020). Prevalencia y factores asociados con la violencia de pareja en las adultas mayores mexicanas. *Salud Colectiva*, 16, e2600. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2600>
- \*Makaroun, L. K., Brignone, E., Rosland, A. M., y Dichter, M. E. (2020). Association of health conditions and health service utilization with intimate partner violence identified via routine screening among middle-aged and older women. *JAMA network open*, 3(4), e203138-e203138. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3138>
- \*Metheny, N., y Essack, Z. (2020). Intimate partner violence in older South African women: An analysis of the 2016 Demographic and Health Survey. *South African Medical Journal*, 110(10), 1020-1025. <https://doi.org/10.1080/08952841.2013.838854>
- \*Montero, I., Martín-Baena, D., Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Vives-Cases, C., y Talavera, M. (2013). Intimate partner violence in older women in Spain: prevalence, health consequences, and service utilization. *Journal of women y aging*, 25(4), 358-371. <https://doi.org/10.1080/08952841.2013.838854>

- \*Mouton, C. P., Rodabough, R. J., Rovi, S. L., Hunt, J. L., Talamantes, M. A., Brzyski, R. G., y Burge, S. K. (2004). Prevalence and 3-year incidence of abuse among postmenopausal women. *American Journal of public health*, 94(4), 605-612. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.605>
- \*Nam, S. I., & Lincoln, K. D. (2017). Lifetime family violence and depression: the case of older women in South Korea. *Journal of family violence*, 32(3), 269-278. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9844-9>
- \*Sanz-Barbero, B., Barón, N., y Vives-Cases, C. (2019). Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS one*, 14(10), e0221049. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049>
- \*Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., y de Corral, P. (2007). Differential psychopathological profile of victims of intimate partner violence according to age. *Psicothema*, 19(3), 459-466.
- \*Sormanti, M., y Shibusawa, T. (2008). Intimate partner violence among midlife and older women: a descriptive analysis of women seeking medical services. *Health & Social Work*, 33(1), 33-41. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.1.33>
- \*Stöckl, H., & Penhale, B. (2015). Intimate partner violence and its association with physical and mental health symptoms among older women in Germany. *Journal of interpersonal violence*, 30(17), 3089-3111. <https://doi.org/10.1177/0886260514554427>
- \*Zink, T., Fisher, B. S., Regan, S., y Pabst, S. (2005). The prevalence and incidence of intimate partner violence in older women in primary care practices. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 884. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0191.x>