

Tríada crítica en la vejez: depresión, conducta suicida y abuso en el adulto mayor

Jessica Vanessa Quito Calle
Pedro Andrés Muñoz Arteaga
María Lorena Cañizares Jarrin
Andrés Alexis Ramírez Coronel





REDLIC | Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

**Tríada crítica en la vejez:
depresión, conducta auicida y abuso
en el adulto mayor**

Tríada crítica en la vejez: depresión, conducta suicida y abuso en el adulto mayor

Jessica Vanessa Quito Calle
Pedro Andrés Muñoz Arteaga
María Lorena Cañizares Jarrin
Andrés Alexis Ramírez Coronel

Indexaciones



Bases de datos



Licencia



Título:

Triada crítica en la vejez: depresión, conducta suicida y abuso en el adulto mayor

Autores:

Jessica Vanessa Quito Calle

Carrera de Psicología Clínica, Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica Aplicada (GINCA), Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

Pedro Andrés Muñoz Arteaga

Carrera de Psicología Clínica, Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica Aplicada (GINCA), Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

María Lorena Cañizares Jarrin

Carrera de Psicología Clínica, Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica Aplicada (GINCA), Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

Andrés Alexis Ramírez Coronel

Carrera de Psicología Clínica, Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica Aplicada (GINCA), Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

Primera edición: enero de 2026

e-ISBN: 978-9942-659-37-8

DOI: <https://doi.org/10.58995/lb.redlic.73>

Link: <https://redliclibros.com/index.php/publicaciones/catalog/book/73>

Obra sometida al arbitraje por pares dobles ciego

Copyright (c) 2026 Jessica Vanessa Quito Calle, Pedro Andrés Muñoz Arteaga, María Lorena Cañizares Jarrin, Andrés Alexis Ramírez Coronel.



Este texto es de acceso abierto, bajo licencia [Creative Commons \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) de Atribución 4.0 Internacional

Producción editorial y coordinación técnica

© Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea REDLIC S.A.S. (978-9942-7063)

📍 Avenida 3 de noviembre y segunda Transversal

🌐 www.editorialredlic.com

✉ rev.investigacioncontemporanea@gmail.com

✉ contactos@editorialredlic.com

☎ 098 001 0698

Coordinador editorial:

Dra. Marcia Iliana Criollo Vargas, PhD

Diseño de portada: Creative

Diseño y diagramación: Creative



DOI

Cita

(Quito Calle et al., 2026)

Referencia

Quito Calle, J. V., Muñoz Arteaga, P. A., Cañizares Jarrín, M. L., & Ramírez Coronel, A. A. (2026). *Tríada crítica en la vejez: depresión, conducta suicida y abuso en el adulto mayor*. Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea (REDLIC) S.A.S. Cuenca, Ecuador.

<https://doi.org/10.58995/lb.redlic.73>

Aviso legal

Este libro ha sido elaborado con fines académicos y de divulgación científica. Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente la postura institucional de la Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea (REDLIC S.A.S.). Está permitido su uso, reproducción y distribución con fines educativos, investigativos y formativos, siempre que se respeten los derechos de autor y las condiciones de la licencia aplicable. Queda prohibida cualquier manipulación del contenido que pueda alterar su sentido original o atribuir afirmaciones no formuladas por los autores.

LICENCIA CREATIVE COMMONS — CC BY 4.0

Esta obra se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Esto significa que cualquier persona puede compartir, copiar, redistribuir, adaptar y transformar el contenido para cualquier propósito, incluso comercial, siempre que se otorgue el crédito correspondiente a los autores y a la editorial, se incluya un enlace a la licencia y se indique si se realizaron cambios, sin sugerir que los creadores o la editorial respaldan el uso realizado.

Índice

8	Prólogo
11	Introducción
14	Capítulo I Antecedentes del Contexto Geopolítico
18	Capítulo II Depresión al Anciano
24	CAPÍTULO III Coducta Suicida en el Anciano
30	CAPÍTULO IV Abuso al Anciano
37	CAPÍTULO V Marco Normativo del Anciano
42	CAPÍTULO VI Prevalencia, Factores de Riesgo y consecuencias del Abuso al Anciano
49	CAPÍTULO VII Modelos Teórico del Abuso al Anciano
54	Conclusiones Finales
57	Referencias

Prólogo

El aumento sostenido de la población adulta mayor en América Latina constituye uno de los fenómenos demográficos más relevantes de las últimas décadas. Este cambio, sin embargo, no siempre se acompaña de una transformación equivalente en las estructuras sociales, sanitarias y culturales que deberían garantizar una vejez digna. Con frecuencia, las personas mayores continúan siendo invisibilizadas, reducidas a cifras o estereotipos, y sus sufrimientos emocionales se normalizan como parte natural del envejecimiento. En este contexto, la depresión, la conducta suicida y el abuso al anciano emergen como problemáticas urgentes, complejas y profundamente humanas.

La evidencia científica disponible muestra que la depresión en la vejez no es un mero “triste estar viejo”, sino un trastorno con manifestaciones clínicas específicas, altas tasas de comorbilidad y consecuencias significativas sobre la funcionalidad, la calidad de vida y la autonomía de la persona adulta mayor. Del mismo modo, la presencia de ideación y conducta suicida en esta etapa del ciclo vital interpela directamente a los sistemas de salud, a las familias y a la sociedad en su conjunto, pues revela fallas en el reconocimiento del sufrimiento, en el acompañamiento emocional y en la protección de derechos.

El abuso y maltrato hacia las personas mayores constituye, además, una grave violación de derechos humanos. Lejos de ser un fenómeno aislado, se entrelaza con factores económicos, culturales y familiares, así como con la discriminación por edad y la sobrecarga de cuidadores. La violencia psicológica, la negligencia, la explotación financiera y el abandono dejan huellas profundas en la subjetividad de quienes las padecen, potenciando el riesgo de depresión, el deterioro de la salud física y el surgimiento de pensamientos de desesperanza.

Este libro nace precisamente de la necesidad de articular estas tres dimensiones: depresión, conducta suicida y abuso al anciano en un solo marco de análisis. En lugar de abordarlas como problemas separados, la obra propone una mirada

integrada que permita comprender cómo se retroalimentan, qué factores de riesgo comparten y de qué manera se expresan en contextos concretos, especialmente en la realidad latinoamericana. El lector encontrará una combinación de revisión teórica, análisis de evidencias y reflexión crítica que busca tender puentes entre la investigación y la práctica profesional.

A lo largo de sus capítulos, el texto recorre desde el contexto geopolítico y sociodemográfico de la vejez hasta las definiciones clínicas de la depresión y la conducta suicida, para luego adentrarse en las diferentes formas de maltrato, su marco normativo y sus modelos explicativos. Esta estructura no solo ordena la información, sino que ofrece al lector una ruta progresiva: comprender primero el entorno y las condiciones de vida de las personas mayores, para luego analizar los fenómenos psicológicos y las violencias que las atraviesan.

La obra está pensada como un recurso para estudiantes, profesionales de la salud, actores comunitarios e investigadores que trabajan con población adulta mayor. Su propósito no es únicamente describir un problema, sino contribuir a transformarlo. Por ello, cada apartado invita a cuestionar prejuicios, revisar prácticas y reconocer el papel central de la dignidad y de los derechos humanos en cualquier intervención. Hablar de depresión, de conducta suicida y de abuso en la vejez no es solo un ejercicio académico: es un compromiso ético con quienes, después de una vida de aportes, merecen ser escuchados, protegidos y acompañados.

Finalmente, este libro se ofrece como un punto de partida, más que como una palabra definitiva. Las realidades de la vejez son diversas y están en constante cambio; por ello, se espera que estas páginas motiven nuevas investigaciones, inspiren programas de prevención y promuevan políticas públicas más sensibles a las necesidades de las personas mayores. Si logra generar preguntas, movilizar la reflexión y fortalecer el compromiso con una vejez libre de violencia y sufrimiento evitable, la finalidad de esta obra habrá sido cumplida.

Dr. Andrés Ramírez, PhD.
Universidad Politécnica Salesiana
Carrera de Psicología Clínica
Sede Cuenca

Epigrafe



“True love consists in bearing with the faults of others, not being surprised by them”.

“Il vero amore consiste nel sopportare i difetti degli altri, senza sorprenderci di essi”.

“El verdadero amor consiste en soportar los defectos de los demás, no en sorprenderse de ellos”.

Saint Thérèse of Lisieux

Introducción

En las últimas décadas, los países de América Latina han experimentado un acelerado proceso de envejecimiento poblacional. El aumento de la esperanza de vida, junto con cambios en las estructuras familiares y laborales, han configurado nuevas realidades para las personas adultas mayores. Sin embargo, este avance demográfico no siempre se ha traducido en mayores niveles de protección, reconocimiento y cuidado. Muy por el contrario, la vejez continúa asociándose con estereotipos de dependencia, inutilidad o carga, lo que favorece la invisibilización del sufrimiento psicológico y de diversas formas de violencia ejercidas contra quienes se encuentran en esta etapa del ciclo vital.

En este contexto, la depresión, la ideación y conducta suicida y el abuso al anciano emergen como problemáticas de alta relevancia clínica, social y ética. La evidencia disponible señala que las tasas de síntomas depresivos clínicamente relevantes en adultos mayores pueden ser elevadas, y que incluso los cuadros subumbrales se asocian con un importante deterioro de la funcionalidad, la salud física y la calidad de vida. Además, se ha documentado de manera consistente la relación entre depresión en la vejez, pensamientos suicidas e intentos de suicidio, lo cual convierte a estos fenómenos en prioridades para la investigación y la intervención en salud mental.

El maltrato hacia las personas mayores, por su parte, ha sido identificado como un factor de riesgo clave para la aparición o agravamiento de la depresión y para la emergencia de ideas de muerte y desesperanza.

Estudios recientes han mostrado que las formas psicológicas e invisibles de abuso como el maltrato verbal y emocional, pueden afectar de manera especialmente negativa el bienestar de los ancianos, deteriorando su calidad de vida y favoreciendo la aparición de síntomas depresivos y pensamientos suicidas. Estos hallazgos subrayan la necesidad de contar con sistemas de protección social sólidos, capaces de prevenir el abuso y de garantizar una atención integral a las víctimas.

A pesar de los avances, en el ámbito hispanohablante persisten vacíos importantes. Por un lado, la investigación que vincula de forma explícita

el maltrato al anciano con el riesgo suicida aún es limitada, a pesar de que diversos estudios han demostrado que las personas mayores que han sufrido abusos presentan un riesgo significativamente mayor de ideación y conducta suicida que aquellas que no han sido maltratadas. Por otro lado, el desarrollo y validación de instrumentos específicos para evaluar el maltrato en población adulta mayor hispanohablante es todavía incipiente, lo que dificulta la detección oportuna y la generación de datos comparables entre países.

Este libro surge precisamente de la necesidad de integrar, en un solo volumen, el conocimiento teórico, empírico y normativo disponible sobre depresión, ideación suicida y abuso al anciano, con un énfasis particular en la realidad latinoamericana. Su propósito no es únicamente describir problemas, sino ofrecer un marco comprensivo que permita entender cómo estos fenómenos se entrecruzan y se potencian, y que sirva de base para diseñar estrategias de prevención, evaluación e intervención más sensibles a las características y necesidades de las personas mayores. El texto busca, además, contribuir a visibilizar la vejez como una etapa de la vida que merece ser vivida con dignidad, respeto y pleno ejercicio de derechos.

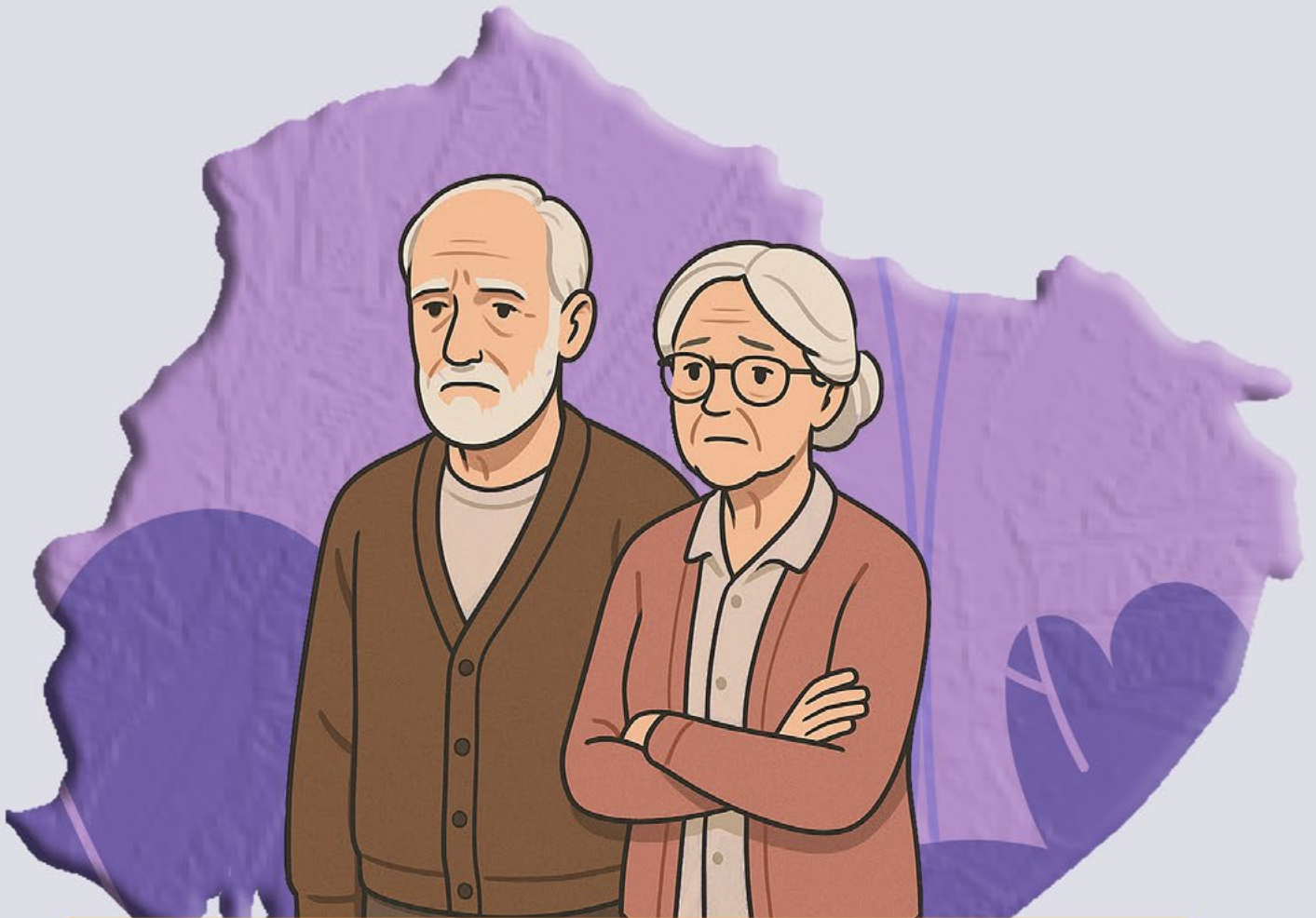
La obra se organiza en una estructura progresiva. Tras esta introducción, el Capítulo I presenta los antecedentes del contexto geopolítico, con especial atención a las condiciones sociodemográficas y sanitarias que enmarcan la situación de las personas adultas mayores. El Capítulo II se centra en la depresión en la vejez, abordando sus definiciones, tipologías, criterios diagnósticos y estado del arte. El Capítulo III desarrolla la temática de la conducta suicida en el anciano, describiendo sus componentes, factores de riesgo y datos epidemiológicos. En el Capítulo IV se profundiza en el abuso al anciano, sus diferentes formas y manifestaciones. El Capítulo V recoge el marco normativo internacional y nacional relacionado con la protección de los derechos de las personas mayores. El Capítulo VI presenta la evidencia sobre prevalencia, factores de riesgo y consecuencias del maltrato, mientras que el Capítulo VII expone y discute los principales modelos teóricos del abuso al anciano.

Este libro está dirigido a estudiantes de grado y posgrado, profesionales de la salud física y mental, investigadores, responsables de políticas públicas y actores comunitarios interesados en la psicogerontología, la salud mental y los derechos humanos. La intención es ofrecer un recurso riguroso y a la vez accesible, que favorezca la reflexión crítica, la actualización de conocimientos y la mejora de las prácticas de atención a la población adulta mayor. Hablar de

depresión, ideación suicida y abuso en la vejez implica asumir un compromiso con la vida y la dignidad de quienes, después de una trayectoria de aportes a sus familias y sociedades, merecen ser acompañados con respeto, sensibilidad y justicia.

En suma, las páginas que siguen invitan a mirar la vejez más allá de los prejuicios y las simplificaciones, reconociendo la complejidad de los procesos psicológicos y sociales que la atraviesan. Si este libro contribuye a profundizar la comprensión de estas problemáticas, a fortalecer la detección del maltrato y del sufrimiento emocional, y a impulsar acciones concretas de protección y cuidado hacia las personas mayores, su propósito fundamental se habrá cumplido.

Capítulo I



Antecedentes del Contexto Geopolítico

Contexto Geopolítico

Santa Ana de los Ríos de Cuenca está ubicada en un valle interandino de la Sierra Austral ecuatoriana. Esta ciudad es la capital de la provincia del Azuay, la cual limita al Este con las provincias de Morona Santiago y Zamora Chinchipe y al Oeste con Guayas y El Oro. Su extensión territorial es de 8.639 km^2 y su población es de aproximadamente 810.000 habitantes.

En la provincia existen dos zonas diferenciadas: el Este, un área dominada por los Andes Orientales y Occidentales; el Oeste, un área que pertenece a la región Costa, que se encuentra poblada por ramificaciones sub-andinas.

Los cursos fluviales más importantes son el río Jubones y el río Paute. Su punto más alto es el Nudo del Cajas, a 4500 metros de altura, en el cual se encuentra el Parque Nacional Cajas.

El cantón Cuenca se divide en 15 parroquias urbanas y 21 rurales, son representadas por las Juntas Parroquiales ante el Municipio de Cuenca (1). La ciudad de Cuenca se encuentra a 2.538 *m.s.n.m.* Su superficie es de 15.730 hectáreas y presenta un clima con temperaturas que oscilan entre los 14°C y los 18°C, durante todo el año (2).

El valle en el que se sitúa está determinado por sistemas montañosos de excepcionales características y presenta un sistema hidrográfico conformado por cuatro ríos principales: Tomebamba, Yanuncay, Machángara y Tarqui que atraviesan la ciudad de oeste a este. También conocida como la Atenas de Ecuador, es la tercera ciudad más poblada del país.

Esta ciudad, al igual que la tendencia nacional, registra un descenso en el número de matrimonios al pasar de 3.422 en el 2006 a 3.089 en el 2016, una caída de 9,7%. En el caso de los divorcios estos crecen 109,9% al pasar de 940 en 2006 a 1.973 en 2016. En el 2016, Cuenca registró 9.886 nacimientos, 5.024 hombres y 4.862 mujeres. La tasa de fecundidad es de 2,4 en comparación con 2,8 de la nacional.

El año anterior, los nombres más elegidos por los padres cuencanos fueron Juan y Dylan para los niños con 232 y 168 inscritos respectivamente. Mientras que para las niñas fueron María con 255 y Sofía con 190. En honor a la ciudad diez personas han sido registradas con el nombre de Cuenca desde 1800 y 23.140 personas llevan Cuenca como apellido. Los apellidos más comunes en Cuenca desde 1800 son Morocho con 7.675, seguido de Guamán con 7.001 y León con 5.460 (3).

Las principales causas de defunción de los cuencanos en el 2016 fueron las enfermedades cerebrovasculares con 154 casos, le sigue las enfermedades hipertensivas y las isquémicas del corazón con 146 y 137 respectivamente (4).

La principal actividad económica en Cuenca es el comercio, reparación automotores y motocicletas con 15.102 establecimientos económicos,

seguida de industrias manufactureras con 5.469 establecimientos y transporte y almacenamiento con 4.994 (5).

La Atenas del Ecuador tiene un 10,9% de su población con analfabetismo digital, es decir, que no han utilizado Internet, computadora o teléfono celular en el 2016. En ese mismo año, el 69,4% de personas residentes en Cuenca usó internet. Según la Encuesta de Condiciones de Vida 2014, el 57,1% de los cuencanos posee una cuenta en redes sociales, siendo *Facebook* la red más usada con el 98,3% (6).

Finalmente, el 50,7% de hogares cuencanos en 2016 clasificaron sus residuos frente al 47,2% de Guayaquil y el 32,4% de Quito (5).

Capítulo II



Depresión al Anciano

Depresión

La depresión (Trastorno Depresivo Mayor - TDM) es una enfermedad médica común y grave que afecta negativamente cómo te sientes, la forma en que piensas y cómo actúas. Afortunadamente, también es tratable. La depresión causa sentimientos de tristeza y/o pérdida de interés en las actividades que alguna vez se disfrutaron. Puede

conducir a una variedad de problemas emocionales y físicos y puede disminuir la capacidad de una persona para funcionar en el trabajo y en casa (7).

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es una de las formas más prevalentes y debilitantes de psicopatología (8). Las encuestas epidemiológicas indican que la prevalencia de por vida del TDM es del 16,6%, con estimaciones de hasta el 21,3% en las mujeres (9,10); de hecho, más de 30 millones de adultos estadounidenses han cumplido los criterios del TDM en su vida (11).

Además, cada episodio depresivo aumenta la probabilidad de que los individuos desarrollen un episodio posterior de TDM (12). La depresión también se asocia con enormes costos tanto a nivel individual como social; de hecho, la depresión sigue siendo la principal causa de discapacidad en todo el mundo (13), representando casi la mitad de los años de vida ajustados por discapacidad (14).

Por último, además de los efectos adversos documentados de la depresión en las relaciones interpersonales, la educación y la seguridad financiera (15), el trastorno depresivo se ha asociado de forma simultánea y prospectiva con una mala salud física, problemas cardíacos y cáncer (16) es una de las formas más prevalentes y debilitantes de psicopatología (9).

Tipos de depresión

La depresión sigue siendo vista como una sola entidad clínica, especialmente en la atención primaria. Sin embargo, el subtipo de la depresión es fundamental para su tratamiento correcto. El subtipo actual de la depresión se basa en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, criterios de revisión de texto (DSM-IV-TR) (17).

Los criterios diagnósticos para episodios depresivos mayores requieren (i) cinco o más síntomas presentes durante el mismo período de 2 semanas, la mayor parte del día, casi todos los días, lo que representa un cambio con respecto al nivel de funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés / placer; (ii) los síntomas de la depresión: estado de ánimo deprimido (que puede ser irritable en los niños), disminución del interés o placer en las actividades, pérdida de peso o aumento de peso, disminución de la alimentación o aumento de la alimentación, insomnio o hipersomnia, agitación psicomotora o retraso psicomotor, fatiga, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, culpa excesiva, disminución de la capacidad de pensar, disminución de la capacidad

de concentración, indeciso, suicidio (pensamientos de muerte, ideación suicida, intento de suicidio); (iii) los síntomas no deben cumplir los criterios para un episodio mixto; (iv) los síntomas deben causar angustia clínicamente significativa o deterioro del funcionamiento; y (v) los síntomas no deben estar relacionados con sustancias, trastornos médicos o duelo. Según *DSM-IV-TR*, el cuadro clínico de la depresión es el mismo para todos los trastornos del estado de ánimo. *DSM-IV-TR* divide la depresión en dos categorías básicas: depresión bipolar y (unipolar) trastornos depresivos. Los subtipos de depresión bipolar son la depresión bipolar I (antecedentes de manía),

La depresión bipolar II (antecedentes de hipomanía) y la depresión ciclotímica (episodios hipomaniacos alternantes con frecuencia y depresiones cortas que no cumplen con los criterios completos para un episodio depresivo importante, que dura al menos 2 años). Los subtipos de depresión unipolar son trastorno depresivo mayor y trastorno distímico (que no cumple con los criterios completos para un episodio depresivo importante y debe durar al menos 2 años).

La depresión se clasifica por gravedad en leve, moderada, grave y psicótica. *DSM-IV-TR* enumera una serie de especificadores transversales del episodio depresivo mayor (catatónico, melancólico, atípico, posparto) y especificadores de cursos longitudinales.

Los criterios *diagnósticos DSM-IV-TR* para la depresión, basados en la distinción categórica entre trastornos bipolares y trastornos depresivos, son lo opuesto a la visión unitaria de Kraepelin de los trastornos del estado de ánimo.

Según Kraepelin (18), manía, hipomanía, depresión, estados mixtos y temperamentos del estado de ánimo fueron variantes del mismo trastorno, locura maníaco-depresiva (enfermedad). Los estados mixtos maníacos (manía mixta/hipomanía) y los estados mixtos depresivos (depresión mixta) fueron uno de los principales pilares que apoyaron la visión unitaria de Kraepelin de los trastornos del estado de ánimo.

Los estados mixtos son diferentes combinaciones de síntomas maníaco, hipomaniaco y depresivo en el mismo episodio de estado de ánimo. Una conclusión lógica era que, si los síntomas de polaridad opuesta pudieran estar presentes en el mismo episodio, los estados maníacos/hipomaniaco y los estados depresivos no podrían ser trastornos distintos. Además, la depresión

recurrente (sin antecedentes de manía o hipomanía) fue incluida en la locura maniacodepresiva por Kraepelin (i) debido a su curso recurrente; (ii) porque los episodios maníacos podrían tener un inicio posterior en su curso; y (iii) porque los síntomas maníacos o hipománicos a menudo coexistía durante las depresiones.

En opinión de Kraepelin, los trastornos del estado de ánimo graves y menos graves eran sin límites afilados, y tenían una raíz común con transiciones graduales entre las formas individuales.

La opinión de Kraepelin es la base de la continuidad actual o la visión del espectro de los trastornos del estado de ánimo, basado en un enfoque dimensional que es lo opuesto al enfoque categórico *DSM-IV-TR*.

Estado del arte de la depresión en adulto mayor

La depresión es una de las principales causas de los costes sanitarios y se prevé que sea la principal causa de enfermedad en los países de renta media y alta para el año 2030 (19). La depresión en la tercera edad, tradicionalmente definida como la edad superior a los 65 años, se asocia con la discapacidad, el aumento de la mortalidad (20) y los peores resultados de las enfermedades físicas (21).

La depresión por envejecimiento es una condición que no ocurre naturalmente debido al envejecimiento, y los síntomas generales que son un síntoma prominente de la depresión pueden no ser vistos (22). La mayoría de los ancianos deprimidos tienen menos quejas de sentimientos de tristeza y dolor causados por un estado de ánimo deprimido (20). La preocupación mental por el estado de salud y la atención extrema y obsesiva a los síntomas físicos son otras características de la depresión en los ancianos (23).

Otro síntoma común de depresión en los ancianos es una queja de síntomas cognitivos como el olvido y la distracción, por lo que se utiliza el término falsa demencia para describir este cuadro clínico (101). Factores como la soledad, la disminución de la capacidad para trabajar, el deterioro del apoyo social, tener una o más dolencias físicas y múltiples intervenciones terapéuticas pueden ser factores de riesgo para la depresión en los ancianos (24). La depresión en los ancianos puede conducir a un aumento de los costos médicos, deterioro del funcionamiento individual, ocupacional y social, falta de adherencia a los procedimientos terapéuticos, e incluso el suicidio y, en última instancia, afectar la calidad de vida (102).

La depresión es también uno de los predictores más importantes del resultado del tratamiento y la supervivencia en estos pacientes (103).

La prevalencia de la depresión mayor en poblaciones de 75 años o más oscila entre el 4,6% y el 9,3% y la de los trastornos depresivos (25) entre el 4,5% y el 37,4%.

Las tasas de síntomas depresivos clínicamente relevantes varían entre el 7,2% y el 49% en esta población (24,26). Encuestas recientes han indicado que alrededor del 8% de los australianos mayores de 60 años que viven en la comunidad (27) y el 11% de la población estadounidense mayor de 70 años experimenta una depresión clínicamente significativa (28).

Una revisión reciente de diferentes definiciones de depresión encontró una alta correlación para las escalas de calificación de la depresión y un diagnóstico formal del DSM-IV, con una prevalencia estimada de los síndromes depresivos en los adultos mayores (29) en torno al 9%. Independientemente de los puntos de corte para el diagnóstico de la depresión mayor, se ha demostrado que la presencia de síntomas menores o por debajo del umbral repercute gravemente en los resultados de las personas mayores (30,31).

Estado del arte de la depresión y maltrato en adulto mayor

El maltrato a los ancianos y la depresión se han estudiado con frecuencia: los resultados indican que el género, la edad, el nivel de educación, la presencia del cónyuge y el tipo residencial son correlatos sociodemográficos para el abuso y la depresión de ancianos (26,32,33). En concreto, la depresión de las personas mayores ha sido discutida internacionalmente como una de las principales correlaciones relacionadas con el abuso de las personas mayores (34–36).

Se ha prestado mucha atención a la depresión entre los ancianos, con respecto a su estado de salud y calidad de vida. La depresión puede contribuir a muchos problemas físicos en la población de edad avanzada y puede limitar sus actividades diarias (37). Además, los ancianos con síntomas depresivos pueden intentar suicidarse (22,38). Algunos estudios previos han evaluado la depresión en los ancianos debido al maltrato y reportan ser un moderador entre el maltrato a los ancianos y los pensamientos suicidas (10,39).

Por un lado, en el estudio realizado por Park (40) encontró que los tipos psicológicos e invisibles de abuso de los ancianos (abuso verbal y emocional)

afectan la depresión de los ancianos más negativamente que los tipos visibles de abuso de los ancianos (abuso físico y financiero). Debido a la extensión explosiva de la esperanza de vida, se ha prestado más atención a la calidad de vida de los ancianos, y la depresión es uno de los temas más estudiados (38).

La evidencia previa sugiere que el abuso de los ancianos causa depresión, disminuyendo su calidad de vida o provocando pensamientos suicidas. Claramente, un sistema de seguridad social que proteja a las víctimas que han sufrido abuso verbal y emocional específicamente debe establecerse de inmediato (41). Esto evitará que los ancianos tengan depresión y los protegerá de vivir con una mala calidad de vida.

CAPÍTULO III



Coducta Suicida en el Anciano

Conducta Suicida

Conductas Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicidase detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales, aunque fallidos,

con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica (42).

La ideación suicida es el deseo premeditado de quitarse la vida, con planes ya sea inespecíficos o detallados de los actos a realizar (43); el suicidio es el desenlace fatal de la ideación suicida y origina en el mundo alrededor de 1 millón de víctimas al año 3, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han incrementado sus esfuerzos en abordar este problema y recomiendan fortalecer la investigación sobre la conducta suicida en su conjunto (44). La ideación suicida hace parte de los componentes del suicidio, junto con la planeación, la preparación, el intento, la ejecución del intento y el suicidio consumado; todos estos elementos están considerados factores de riesgo, y en la medida en que cada uno de estos componentes interactúa en el individuo, su riesgo de suicidio aumenta, ya que estas etapas no se presentan de modo secuencial ni son necesarias todas para acabar con la vida (45). Muchas personas manifiestan pensamientos suicidas y cerca de 1/3 personas que tuvieron un intento fallido intenta suicidarse de nuevo en el plazo de 1 año (46). Se estima que, por cada suicidio, puede haber de 20 a 25 intentos (47); en el caso del adulto mayor, el número de intentos se reduce a 43, por lo que es importante resaltar que los intentos de suicidio son considerablemente menos comunes que las ideas suicidas (39) y cerca del 10% de los que intentan suicidarse finalmente lo logran (46). Las investigaciones realizadas son en su mayoría en jóvenes adolescentes, con poca información sobre la ideación suicida de las personas mayores, siendo el grupo etario con más casos de suicidios (48) debido a que emplean métodos letales y muestran menos señales de aviso, que son más difíciles de detectar (43), por lo que una idea suicida en un adulto mayor es más probable que termine en un suicidio consumado (49).

Tipos de suicidio

El suicidio se considera como una forma de morir causada por la autoagresión del individuo mediante el uso de determinados métodos; es decir, constituye un acto por el cual, deliberadamente, la persona se quita la vida (43). Se describen dos grandes grupos de tipos de suicidio:

En primer lugar, el suicidio auténtico (50), que se caracteriza por el empleo de un procedimiento eficaz y cuyo perfil tipo corresponde a un varón, entre los 40 y los 60 años. Un estudio realizado en la comunidad Castellano Leonesa por Santiago Juárez y cols., sobre el suicidio, encontró que la proporción

varón/mujer para el suicidio consumado era de 3/1. Dentro de este grupo, también cabe distinguir el suicidio frustrado, como aquel suicidio auténtico que, imprevisiblemente, falla.

Por otro lado, el parasuicidio (51), intento de suicidio, cuyos procedimientos no están propiamente dirigidas a producir el suicidio, sino que pueden ser tanto chantajistas, como un medio de demostrar su valentía o su ira o, quizá la más importante, como forma de buscar un cambio en su situación personal. Incluye una gran variedad de comportamientos autolesivos, desde actos potencialmente peligrosos hasta actos sin ningún riesgo para la vida del paciente.

Estado del arte del suicidio en persona mayor

Las personas mayores (≥ 60 años de edad) son el grupo etario con mayores porcentajes de suicidios (52,53). Los factores asociados principales son la falta de salud en general (52), las enfermedades mentales (54), así como las hospitalizaciones periódicas y los tratamientos recibidos⁸, la discapacidad o pérdida funcional (53), el número de enfermedades físicas y la duración de la enfermedad (38,43,55). También las causas psiquiátricas, como las depresiones de cualquier etiología, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran desconfianza y agitación y la confusión mental (48), factores psicológicos acompañados de diferentes emociones sentimentales (56) como rechazo, pérdida, soledad, depresión, desesperanza, baja autoestima (38,49,55), inutilidad, inactividad, aburrimiento y falta de proyectos vitales, con tendencia a revivir el pasado, los padecimientos de un hecho agobiante (45) y las conductas suicidas previas (57) que se caracterizan por tener ideales de autodestrucción, planeación del suicidio, un intento suicida previo, la disponibilidad de medios para llevarlo a cabo y la historia familiar (58).

Entre los factores demográficos, se encontró que las mujeres tienen más ideación suicida (53,59), pero el riesgo de morir por suicidio es mayor para los varones en relación 4/1 (60); según la distribución de casos por tasa, el mayor riesgo de suicidio en Colombia lo presentan los varones mayores de 75 años (61). Otro factor de riesgo es la edad; según la OPS, los mayores de 70 años tienen más probabilidad de morir por suicidio, principalmente en las Américas (43). Asimismo, el mayor porcentaje de ideación suicida se observa en quienes tienen pocos ingresos frente a los que tienen mejor remuneración económica (49,59), y el desempleo presentó una asociación positiva con la ideación suicida (62). En los adultos mayores se evidencia que sufrir enfermedades

crónicas, la pérdida funcional y la discapacidad son causa de ideación suicida, así como la pérdida de un ser querido es una motivación (54). El abuso y la dependencia de alcohol, drogas y tabaco son factores de riesgo de la ideación suicida (47,53,63).

Estado del arte del suicidio y maltrato en persona mayor

El maltrato y el suicidio parecen estar relacionados en mujeres adultas de distintas edades. Por ejemplo, las mujeres víctimas de maltrato por parte de la pareja que tienen una enfermedad crónica o una discapacidad corren un mayor riesgo de amenazar o intentar suicidarse (64). Las mujeres mayores que habían sido dadas de alta de la atención psiquiátrica hospitalaria y que habían sido maltratadas mostraron una incidencia significativamente mayor de ideación suicida (65). Las mujeres que sufren maltrato, en particular el sexual, corren el riesgo de tener ideas o comportamientos suicidas (66,67). Los estudios de los casos de maltrato físico en las salas de urgencias de los hospitales han encontrado que las mujeres maltratadas tienen más probabilidades de tener historias de ideación suicida (68,69).

Los estudios demuestran que los maltratos físicos y psicológicos, las agresiones sexuales, los conflictos domésticos las pérdidas económicas, el aislamiento social y los trastornos psicológicos aumentan la probabilidad de suicidio de las personas mayores (70–72). La desconexión social y las deficiencias cognitivas también son factores de riesgo para el suicidio de ancianos (73). El suicidio en las personas mayores está fuertemente asociado a enfermedades médicas incapacitantes, deficiencias físicas y otros impedimentos para la vida independiente (74).

Por otro parte, la autonegligencia es la forma más común de maltrato en los ancianos (75,76). Este comportamiento atenta contra el bienestar al negarse a sí mismo la alimentación adecuada, el agua, la ropa, el refugio, la seguridad y/o la medicación. La autonegligencia suele ser un deterioro gradual y progresivo que pasa desapercibido hasta que se produce un daño grave (77). Una teoría sugiere que la autonegligencia por parte de los ancianos es un esfuerzo por afirmar cierta medida de control sobre las circunstancias negativas de la vida (41). Sin embargo, la autonegligencia intencional que amenaza la vida puede caer en el espectro del comportamiento suicida. La ausencia de intención de morir distingue la autonegligencia de los intentos de suicidio y del suicidio consumado (78). Se descubrió que la autolesión deliberada era el mayor factor

de riesgo de suicidio en un estudio de pacientes de 60 años o más que tenían enfermedades físicas y problemas con sus familiares y parejas (79).

La negligencia en los ancianos se asemeja al suicidio pasivo, que a veces se encuentra en entornos en los que los ancianos tienen una autonomía limitada o acceso a medios letales (80). Simon (66) denominó las muertes de ancianos en tales circunstancias suicidio silencioso. El autodescuido y el suicidio pasivo en los ancianos suelen conllevar métodos similares. El suicidio pasivo implica la autoinanciación o la no adherencia a los regímenes médicos necesarios. Los ancianos que completan el suicidio indirecto optan conscientemente por un método encubierto que disuade de ser descubierto y rescatado (81). Nelson y Farberow (82) concluyeron que el comportamiento autodestructivo indirecto servía como forma alternativa de suicidio para los pacientes ancianos de las residencias. Noyes (83) consideraba las conductas autodestructivas que podían llevar a la muerte como suicidios subintencionales. El desprecio por el propio bienestar, la devaluación de la autoestima y el agotamiento de la esperanza en el futuro, todos ellos asociados al riesgo de suicidio, son elementos de la autodescuido. Estos factores pueden provocar una transición a la suicidalidad activa, pero se desconoce el punto en el que la autolesión intencionada no suicida puede dar paso a la autodestrucción intencionada. Joe (84) pidió que se investigara para determinar el impacto que estas conductas autolesivas tienen en las tasas de suicidio entre los ancianos. Kennedy y Tanenbaum (85) señalan que se desconoce el número de adultos mayores físicamente enfermos y aislados que se suicidan por autodestrucción.

Por otro lado, los ancianos afectados por el maltrato pueden ser menos propensos a divulgar sus sentimientos suicidas que sus compañeros en circunstancias menos desagradables. La ideación suicida es el tipo más común de comportamiento suicida, pero ocurre con menos frecuencia en los ancianos, lo que puede ser una de las razones por las que el riesgo de suicidio elude su reconocimiento (71). Las personas mayores son menos propensas que las más jóvenes a revelar pensamientos o intenciones suicidas (86). La forma en que se suele identificar el maltrato a las personas mayores también puede enmascarar una posible suicidalidad. La mayoría de los casos se denuncian en nombre de la víctima (87). Los ancianos que pueden denunciar el maltrato pueden no hacerlo por miedo a las represalias o para proteger a su agresor, que probablemente sea un familiar cercano, de las sanciones legales (88).

Anteriormente, el maltrato a los ancianos se consideraba una consecuencia del estrés del cuidador, lo que podía hacer que se pasara por alto la suicidalidad

de la víctima. Se hacía hincapié en los factores individuales del maltratador, en la relación víctima-maltratador, en el equilibrio de control entre ambos, en la dependencia de uno y otro, y en el contexto social y cultural en el que se produce el maltrato (75). También puede haber un sesgo de género, los hombres mayores constituyen la mayoría de los suicidios de ancianos (89). Sin embargo, los hombres mayores maltratados son invisibles y un grupo poco estudiado de víctimas de maltrato (90). El conocimiento de los resultados mortales del maltrato y la negligencia de los ancianos es limitado. El maltrato contribuye a aumentar la mortalidad en general de quienes lo sufren, pero se sabe poco sobre el destino final de las víctimas mayores de la violencia familiar (91).

Los centros de atención a largo plazo parecen ser un lugar probable para encontrar el riesgo de suicidio asociado al maltrato de los ancianos. Se han realizado pocas investigaciones sobre el suicidio en los centros de cuidados de larga duración (92), pero el maltrato a los ancianos en las residencias de ancianos está bien documentado (93), pero se ha pasado por alto durante mucho tiempo (94). El maltrato de residente a residente en los centros de larga duración está poco estudiado (95). Los residentes de las residencias de ancianos pueden tener muchos factores de riesgo, pero la conducta suicida en estos centros puede pasar desapercibida, no ser denunciada o no ser reportada (88). El suicidio también suele determinarse mediante autopsia, pero menos del uno por ciento de las muertes de los pacientes de las residencias de ancianos son objeto de autopsia porque se supone que la mayoría de las muertes son el resultado de enfermedades y desórdenes relacionados con la edad (96).

La prevención del suicidio en las poblaciones de edad avanzada busca reducir los factores de riesgo de suicidio y reforzar los factores de protección. La depresión y otros diagnósticos de salud mental, el abuso de sustancias, las enfermedades y discapacidades físicas, el dolor crónico asociado al envejecimiento y el aislamiento social aumentan la probabilidad de suicidio de los ancianos. Muchos de estos factores de riesgo pueden verse agravados en las personas mayores si existe un historial de maltrato físico o psicológico (88). Por lo tanto, las medidas preventivas deben incluir la atención adecuada de las necesidades de salud mental y física, el control apropiado de sustancias, en particular los medicamentos recetados, y, en el caso de las enfermedades crónicas o terminales, el tratamiento adecuado del dolor. Además, fortalecer las conexiones sociales y enseñar a las personas mayores habilidades de afrontamiento para que puedan adaptarse a los cambios asociados con el envejecimiento (97).

CAPÍTULO IV



Abuso al Anciano

Abuso en el Adulto Mayor

Para el año 1996 fue desarrollada la “*Declaración de Almería sobre el Anciano Maltratado*”, la cual surgió en el marco de la “*Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado*”. En esta ponencia se define el maltrato hacia personas mayores como “cualquier acto u omisión

que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente” (98).

En Colombia, para el año 1997, en el Foro Nacional sobre Tercera Edad, realizado en Bogotá, Álvarez (99) habla acerca de “la marginación y el maltrato al adulto mayor, donde lo define como cualquier acción voluntaria, accidental o fortuita, que lleva a ofensa o descuido de una persona mayor de 60 años, por algún familiar, por un tercero o por la sociedad”.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su “Informe mundial sobre la violencia y la salud” de 2002, indica que el maltrato es una cuestión de apreciación, por lo cual su definición no es exacta y puede ser difusa y compleja, dado que identificar un comportamiento como inaceptable, tiene una alta carga cultural (100).

En el año 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró la “Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores” (101), documento en el que la definición de este problema se asemeja un poco a las anteriores mencionadas, pero atañen estos hechos a personas con quien el adulto mayor comparte algún vínculo. De esta manera, la declaración define el maltrato como cualquier acción u omisión que se presenta de forma única o repetida, que causa daño o angustia al adulto mayor, y que se genera en un vínculo de confianza, expectativa o dependencia.

En 2004, Muñoz, en su libro *Personas mayores y malos tratos* (102), sugiere una definición similar a las ya conocidas hasta el momento, haciendo mayor énfasis en el efecto que tienen estos hechos sobre la calidad de vida de la víctima.

Así, su definición engloba también cualquier acto u omisión hacia una persona adulta mayor, que se genere ya sea en el entorno familiar o institucional, que atenta contra su vida, seguridad, integridad física, psicológica o que comprometa su calidad de vida. Además, Muñoz indica que este problema se potencializa con las relaciones jerarquizadas que envuelven la sociedad, siendo el maltrato a esta población una de las últimas formas de violencia identificada como problema social.

Han surgido otras definiciones similares, como la de De Paúl y Larrión (103), en el año 2006, en su texto “El maltrato a los mayores. Algunas cuestiones generales”, donde lo definen como situaciones de malestar físico, de privación o psicológico, como resultado de un acto u omisión de quien se encarga del cuidado. O la definición dada en 2008 por Iborra (104), en su libro *Maltrato de personas mayores en la familia en España*: “cualquier acción voluntariamente realizada, es decir, no accidental, que dañe o pueda dañar a una persona mayor; o cualquier omisión que prive a un adulto mayor de la atención necesaria para su bienestar, así como cualquier violación de sus derechos”. En esta autora hace énfasis en la intencionalidad de los hechos, al acuñar el maltrato a situaciones accidentales.

En Chile, para el año 2012, el Servicio Nacional del Adulto Mayor publicó la *Guía Prevención del maltrato a las personas mayores* (105), en la cual se define este problema como “cualquier acción u omisión que produce daño y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona”.

También, en México, para el año 2013, en la *Guía de práctica clínica* (106). *Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor* se define este problema como “cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de sus derechos fundamentales del individuo de 60 años o más, el cual puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional” (68).

Las distintas definiciones existentes sobre esta problemática coinciden en que el maltrato no es únicamente una acción, sino que, por el contrario, la falta de cuidados necesarios a personas de mayor edad también se constituye como maltrato. Así mismo, se observan diferencias entre estas, enmarcadas principalmente en la intencionalidad o no de causar daño y en el vínculo existente entre victimario y víctima. Sin lugar a duda, todas estas definiciones dejan de manifiesto que estos hechos vulneran y atentan contra el bienestar de la persona mayor en todos los ámbitos (107).

Tipos del maltrato al adulto mayor

El maltrato al adulto mayor puede manifestarse en diferentes maneras (102) y con frecuencia, una persona mayor maltratada es víctima de más de un tipo de abuso (108). Estos hechos han sido clasificados en cinco tipos de maltratos: físico, psicológico, económico, sexual y negligencia (102,104).

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (109) menciona estas cinco categorías y agrega el abandono como forma de maltrato.

Primeramente, el maltrato físico es el uso intencional de la fuerza que acaba en lesión corporal, dolor, deterioro funcional, enfermedad, angustia o muerte; es todo acto que genere lesiones, y que incluye empujar, golpear, quemar, patear, etc., (102,109).

Este tipo de maltrato puede ser evidente por las marcas que deja a la persona adulta mayor, las cuales alcanzan a ser visibles.

Por otro lado, el maltrato psicológico podría ser uno de los más ocultos y subestimados. Es cualquier agresión no verbal o verbal que quebranta contra la dignidad de la persona y causando miedo o angustia (103), incluyendo amenazas, humillaciones, aislamiento, y control o limitación de algunas actividades, como salir de casa o hablar por teléfono (109).

Caso contrario al anterior, el maltrato económico o financiero es el uso ilegal, no autorizado de los recursos o propiedades de la persona adulta mayor, en medio de un vínculo de confianza y en beneficio de la otra persona (104).

Por otra parte, las personas adultas mayores asimismo pueden ser víctimas de maltrato sexual, el cual incluye toda interacción sexual o contacto físico, directo o a través de la ropa, que no es deseado por la víctima y se ejerce bajo presión (107,110,111). Este tipo de maltrato atenta contra el pudor de la persona adulta mayor y comúnmente se mantiene en secreto (102).

Otra tipología de maltrato, posiblemente el más frecuente, es la negligencia, definida esta como la “falta de satisfacción de las necesidades de atención al adulto mayor, por parte de la persona responsable de su protección, que puede poner en riesgo la seguridad y la salud del adulto mayor” (104).

Algunas de las manifestaciones de este tipo de maltrato son: la falta de atención médica, nutricional, hidratación, higiene, ropa y refugio, descuido en el cuidado y distanciamiento físico (109). Por su parte, el autoabandono es la falta de autocuidado, que puede acoger una persona, que amenaza su salud, y que se debe a un rechazo hacia sí mismo (103).

Las prevalencias de maltrato hacia el adulto mayor pueden variar según los tipos (112). El maltrato más frecuente en esta población es el psicológico, seguido del económico, la negligencia, el físico y, en último, el maltrato

sexual (110). Sin embargo, la frecuencia con la que se presenta cada tipo de maltrato varía de acuerdo con el género, el contexto y las características socioeconómicas. El maltrato sexual y físico se manifiestan principalmente en mujeres (104), y la negligencia, usualmente en quienes tienen poco apoyo social y bajos ingresos (113,114).

Estado del arte del maltrato en relación con los factores demográficos, sociales, económicos, de salud y familiares

El maltrato al adulto mayor es un problema aún oculto, considerado en muchas culturas como una situación privada; generalmente, sucede bajo relaciones de confianza que involucra aspectos físicos, psicológicos, económicos, sociales y familiares (102,115).

En México, la Encuesta sobre Maltrato a Personas Mayores (116) reportó una prevalencia de maltrato a la población adulta mayor del 16,2% para el año 2006; en el 2012, en este mismo país se presentó una prevalencia de 10,3% (117). Entre las prevalencias más altas encontradas en la literatura científica, resalta la hallada en un estudio realizado en área rural de Egipto en el año 2011, correspondiente a 43,7% (118).

En Colombia, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (119) encontró entre los años 2004 y 2011, alrededor de 10 mil adultos mayores víctimas de alguna agresión.

De acuerdo con lo hallado en la presente investigación, la prevalencia de maltrato al adulto mayor en la ciudad de Pasto, Colombia para el año 2016 fue del 13,0%; muy similar a la reportada por el estudio SABE (Colombia) en el año 2015 que fue de 12,3% (120) y a en Antioquia en 2012 que fue de 8,8% (121).

En un estudio de revisión sistemática realizado por Gerino et al., (122) en el 2018 evidenciaron que el mayor riesgo de las mujeres con respecto a los hombres a sufrir maltrato que se ha observado en el trabajo realizado por Vinuela Veloz et al., (123), concuerda con hallazgos previos. De manera general, el hecho de que las mujeres mayores sean más propensas que los hombres a sufrir todo tipo de maltrato podría originarse en la brecha de género que actualmente aqueja nuestras sociedades y que afecta a las mujeres independientemente de su edad (124).

Como resultado del desequilibrio de poderes y discriminación social, la desigualdad de género acarrearía como consecuencia para las mujeres mayor

vulnerabilidad, falta de detección e invisibilidad, dependencia económica, mayor aislamiento y soledad, falta de apoyo, persistencia de los roles tradicionales de género y maltrato continuado (125).

En Italia, en estudio realizado por Badenes Ribera, Fabris y Longobardi (126), sugirieron que los adultos mayores separados o viudos con mala salud y autonomía limitada eran más propensos a experimentar maltrato, resultados similares encontrados en la investigación anterior (34,127).

También Badenes et al., (22) no evidenciaron diferencias entre los adultos mayores que experimentaron Maltrato y los mayores adultos que no sufrieron maltrato por sexo y edad. Sin embargo, el género y la edad todavía son factores muy debatidos en la investigación sobre Maltrato en la población adulta, y no hay acuerdo (34,113,128). Según la investigación de Fraga et al. (129) en una ciudad italiana, los hombres corren un mayor riesgo de sufrir todas las formas de maltrato, excepto abuso físico y sexual.

En los estudios de Estados Unidos (EEUU) hallaron que los ancianos más jóvenes tienen un mayor riesgo de todas las formas de maltrato (113,128,130). En el estudio de Badenes et al., (22) en el análisis de la trayectoria sugirió que el estado de salud era un predictor de maltrato financiero y negligencia. Se necesitan más investigaciones para aclarar por qué esta variable (estado de salud) sólo predijo el maltrato económico.

En cuanto a las relaciones entre los tipos de maltrato, los hallazgos sugirieron que el maltrato físico y sexual era un predictor de maltrato psicológico y verbal (22). Maltrato psicológico y verbal estaba relacionado con la explotación financiera y el abandono, y el maltrato financiero y la negligencia estaban relacionados.

La relación entre maltrato físico-sexual y psicológico ha sido confirmada en un estudio anterior (131,132). Burgess, Ramsey Klawnsnik y Gregorian (133) encontraron correlaciones entre maltrato sexual, físico y psicológico. En el estudio en adultos mayores italianos (22), se evidenció que el maltrato psicológico y verbal fue la forma de abuso más extendida.

Por otro lado, las características de fondo, como la raza, el origen étnico y la identidad sexual, así como los factores personales, como las creencias culturales, el aislamiento social y la soledad, pueden interactuar con el género y colocar a las mujeres mayores en un gran riesgo de sufrir maltrato (134).

Identificamos cuatro artículos (85-88) que abordaban el maltrato de las mujeres mayores en el contexto de uno o más factores de riesgo potenciales adicionales. Lo único entre estos estudios fue un enfoque en las experiencias de victimización pasadas y actuales de las lesbianas mayores (135), la inclusión de la cohesión familiar como un predictor del maltrato a las personas mayores en las familias chinas americanas (136), y una exploración de las percepciones de maltrato entre los adultos mayores nativos americanos rurales (137).

CAPÍTULO V



Marco Normativo del Anciano

Normatividad Internacional

En Costa Rica, en donde el tema del maltrato en la vejez ha cobrado relevancia en la agenda política a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley núm. 7.935 de 1999), que incluye entre sus objetivos garantizar igualdad de oportunidades, vida digna, protección y seguridad social en la vejez (138).

Posteriormente, en 2006 se promulgó el decreto ejecutivo núm. 33.158, que declara el 15 de junio como día nacional contra el abuso, maltrato, marginación y negligencia contra las personas adultas mayores con el fin de apoyar actividades dirigidas a eliminar ese flagelo. Se estableció que el Día había de ser celebrado en lugares públicos y privados con encuentros entre generaciones que estimulen el respeto (138).

Por otra parte, en 2016 se aprobó en Costa Rica la Política Institucional para garantizar el acceso a la justicia de personas adultas mayores (139), con el objetivo de adecuar los servicios del Poder Judicial a las necesidades de este grupo poblacional por medio de los diferentes despachos y oficinas judiciales.

Costa Rica cuenta además con el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), órgano rector en materia de envejecimiento y vejez y que tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante la formulación y ejecución de políticas públicas.

El CONAPAM (140) adopta medidas para la prevención y erradicación de toda forma de violencia hacia las personas mayores; en coordinación con instituciones públicas y privadas fortalece los mecanismos de detección y atención a la violencia intrafamiliar, el abuso y el maltrato a las personas mayores en todo el país. Existe asimismo la Unidad de Gestión Social, que se encarga de recibir denuncias sobre maltrato y brindar orientación al respecto.

Además, la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores elaboró un programa con enfoque de derechos, que se encarga de articular acciones e intereses para garantizar un adecuado cuidado de las personas mayores y satisfacción de sus necesidades (140).

En el Estado Plurinacional de Bolivia los esfuerzos por proteger a las personas mayores se concretan a partir de la Constitución Política del Estado promulgada en 2009, en la cual se reconocen por primera vez los derechos, garantías y beneficios de las personas adultas mayores (141).

En este mismo año, por medio del decreto supremo núm. 0264 se declaró el 26 de agosto Día de la Dignidad de las Personas Adultas Mayores en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia (141). Además, en 2013 se promulgó la Ley núm. 369, Ley General de las Personas Adultas Mayores, que tiene por objetivo regular los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores, así como la institucionalidad para su protección (142).

En 2013, se elaboró el Consejo de Coordinación Sectorial Por una Vejez Digna, a partir del decreto supremo núm. 1.807 (141). En 2016, la Asamblea Legislativa Plurinacional ratificó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores por medio de la Ley núm. 872 de 21 de diciembre de 2016 (143).

Posteriormente, en 2017, en cumplimiento de la Ley núm. 369 y con la ratificación de la Convención, el Ministerio de Justicia formuló el Plan Multisectorial de Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores 2016-2020, que responde al desafío de generar y ampliar mecanismos de garantía y protección de derechos de las personas adultas mayores (144).

En el caso de Chile, la Ley núm. 20.427 de 2010 modificó la Ley núm. 20.066 de 2005 de Violencia Intrafamiliar e incorporó el maltrato de personas mayores en la legislación nacional (145). En conformidad con dicha Ley, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) del Ministerio de Desarrollo Social de Chile, dirige el Programa contra la Violencia y el Abuso al Adulto Mayor en el 2019 (146), el cual busca proteger y atender a tiempo a todas aquellas personas mayores víctimas de alguna situación de abuso, maltrato o violencia intrafamiliar.

El SENAMA cuenta además con el Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC), que atiende consultas sobre situaciones que vulneran los derechos de las personas mayores y brinda información sobre vejez y envejecimiento en el 2019 (147).

Por su parte, los esfuerzos en materia de derechos humanos de personas mayores en el Perú se concretan a partir de la Ley núm. 28.803 de 2006, que incluye en su artículo 8 (Gobierno del Perú, 2006) la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), que son espacios de prestación de servicios básicos integrales y multidisciplinarios para el bienestar y promoción social de las personas mayores.

El CIAM tiene entre sus objetivos organizar talleres de autoestima y de prevención del maltrato, en el 2007 (148). Además, en 2016 se promulgó la Ley núm. 30.490 (149), que enuncia como principio la promoción y protección de los derechos de las personas mayores.

En su artículo 33 declara el 15 de junio como el Día Mundial de la Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato a las Personas Adultas Mayores. En 2005 se crearon los Centros de Orientación Socio Legal para la defensa de los

derechos de las personas mayores, concebidos por el Centro Proceso Social, y que tienen por objetivo trabajar con personas adultas mayores por la protección de sus derechos, enfocándose en apoyarlas para hacer frente a los problemas que ellas enfrentan (150).

El Brasil por su parte, cuenta desde 2003 con la Ley núm. 10.741 *Estatuto do Idoso*, que tiene por objetivo regular los derechos especiales de las personas mayores de 60 años y establecer derechos fundamentales y de ciudadanía, así como de asistencia judicial. En su artículo 4 establece que ninguna persona mayor deberá ser objeto de ninguna forma de negligencia, discriminación, violencia, crueldad u opresión, y que todo atentado a sus derechos será penalizado conforme a la ley (151).

Para el caso de El Salvador, su Ley contra la Violencia Intrafamiliar en el decreto núm. 902 de 1996, establece los mecanismos para prevenir, sancionar y erradicar la violencia y enuncia de forma específica la protección especial a personas mayores (152). Además, El Salvador es uno de los países que ratificó en 2018, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

En Colombia, el artículo 46 de la Constitución Política Nacional ampara los derechos de las personas mayores y promueve su protección por parte del Estado, la sociedad y la familia.

Además, la Ley núm. 1.251 de 2008 (153) dicta las normas para la protección, promoción y defensa de los derechos de las personas mayores. En 2017 se aprobó la Ley núm. 1.850 (154), que tiene por objetivo sensibilizar a la población respecto a los derechos de las personas mayores, visibilizar las situaciones de maltrato y desnaturalizar las acciones que configuran estos hechos, elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el 2018 (155).

Normatividad nacional

La Constitución de la República del Ecuador de 2008 (156), en su capítulo tercero sobre derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, sección primera sobre personas mayores, establece que estas recibirán protección contra la violencia.

También se brindará protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica y se adoptarán medidas de protección y atención contra

todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones (156).

Las entidades como los ministerios del Ecuador, de salud, de inclusión económica y social, comisión de los derechos humanos, la comisaría de la mujer de la ciudad de Cuenca; de los que se espera, atiendan y cubran las necesidades del adulto mayor; y que los problemas como el maltrato y sus complicaciones, según las investigaciones, no tienen programas orientados en la detección, tratamiento y seguimiento; sus acciones son limitadas y están en etapas incipientes.

CAPÍTULO VI



Abuso hacia los Ancianos

El maltrato a los adultos mayores es definido como el daño intencional infligido a una persona adulta mayor o la falta de protección de una persona adulta mayor contra el daño o la privación de la satisfacción de sus necesidades básicas (1), es una grave violación de los derechos humanos sobre la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2)

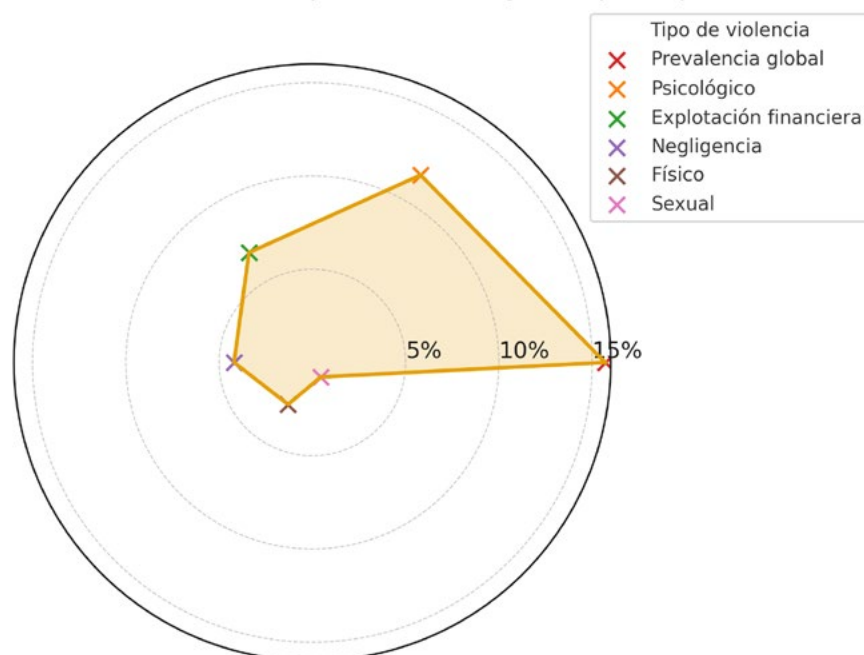
ha llamado la atención. Es considerado un problema de salud pública a ser intervenido, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (3). Según la literatura, tiene un impacto negativo en la integridad psicológica y física del individuo victimizado, y aumenta el riesgo de mortalidad, morbilidad, ingreso hospitalario e institucionalización (4–6).

Las principales formas de maltrato a los adultos mayores son el psicológico, el físico, el sexual, la explotación financiera y la negligencia (6–8). little is known regarding the significance of different EM definitions with respect to health outcome. This paper explores the association between different definitions of EM and their subtypes and suicidal ideation (SI. La vejez es un periodo de la vida marcado por un grado de fragilidad. La información sobre su prevalencia y los factores de riesgo puede ayudar a desarrollar estrategias de prevención e intervención que minimicen su impacto en dicha población.

Una reciente investigación sobre el maltrato a las personas mayores en países de todo el mundo estimó una tasa de prevalencia conjunta del 15,7% (9). Las formas más comunes de maltrato fueron el psicológico (11,6%), seguido de la explotación financiera (6,8%), la negligencia (4,2%), el físico (2,6%) y el sexual (0,9%). Estos tipos parecen coincidir con los de una revisión previa de la literatura (10). Los resultados de los estudios realizados en diferentes países muestran un grado de heterogeneidad (6,9,10).

Figura 1. Prevalencia de Maltrato Geriátrico

Prevalencia de maltrato a personas mayores por tipo



Esto último puede atribuirse, en parte, a factores culturales relacionados con la exposición y, en parte, a aspectos metodológicos, como los métodos de recopilación de datos, el tamaño de las muestras y las clasificaciones de ingresos, además de las definiciones y los instrumentos utilizados para registrar los diferentes tipos de maltratos en contra las personas mayores (6,9,10).

En los Estados Unidos, la edad más temprana se ha asociado sistemáticamente con un mayor riesgo de maltrato en contra de esta población, incluido el abuso emocional, físico, financiero y la negligencia (4,10-12).

Resultados similares se encontraron en Colombia, donde el 15% de los adultos mayores jóvenes (60-74 años) manifestaron maltrato físico (0,6%), psicológico (4,9%), negligencia (0,9%) y no se manifestaron casos de maltrato económico ni sexual (13).

Sin embargo, estudios de México (7,14)089, Europa (15) y Asia (16,17) which comprises a nationally representative sample of non-institutionalized Korean older adults living in the community. A total of 10,184 older persons (4179 men and 6005 women) informan que las personas mayores están en mayor riesgo. Mientras que en los adultos mayores colombianos entre edades de 75 a 89 años la prevalencia de maltrato físico fue de 1,5%, psicológico 4,4%, negligencia 2,2% y económico 2,2% (13). Mientras que, en el Ecuador sugieren una disminución de la ocurrencia del maltrato con respecto a la edad (18).

En cuanto al sexo, en estudios incluyendo informes de Portugal (19), Irán (20) India (21), Corea (16) Italia (22), Corea (16,17), Irlanda (15), Israel (23), México (7,14), Colombia (13,24-26) y Ecuador (18), indican que las mujeres son más propensas que los hombres de sufrir maltrato en las personas mayores, en concreto, al maltrato psicológico (12) y el abuso financiero (23). Sin embargo, un estudio reciente realizado en Seúl, Corea (17) descubrió que los hombres sufren abusos emocionales y financieros.

Algunos estudios de Estados Unidos, Canadá y Europa indican que estar casado se asocia con el maltrato a los adultos mayores (27) específicamente, con el maltrato psicológico y físico (28,29). Sin embargo, otros estudios de Estados Unidos, Europa, México y China han encontrado que ser soltero, separado/divorciado o viudo se asocia con mayores probabilidades de abuso de ancianos agregado (14,15,30) y cada uno de los tipos de maltrato individual (11,12,28,30,31).

Por otro lado, en el estudio de Cano et al. (25) realizado en Colombia encontraron mayor maltrato en los adultos mayores casados (33,9%) y viudos (28,1%). Mientras que, en otro estudio colombiano (13) se encontró que mayor prevalencia de maltrato a los adultos mayores jóvenes sin pareja (54,3%) que en los adultos mayores jóvenes en unión libre o casados (45,7%).

En cambio, el estudio SABE en Ecuador en el 2009 no reporta un análisis con relación al estado civil por lo que se requiere una actualizar información.

Los hallazgos relacionados con la raza/etnicidad provienen de los Estados Unidos y Canadá y sugieren que grupos raciales/étnicos específicos tienen tendencias de riesgo divergentes en relación con diferentes tipos de maltrato a las personas mayores (12).

En comparación con los caucásicos, los adultos mayores afroamericanos pueden tener un mayor riesgo de abuso financiero y abuso psicológico (12,32), y los adultos mayores aborígenes han demostrado un mayor riesgo de abuso físico y sexual (33), mientras que los adultos mayores hispanos han mostrado un menor riesgo de abuso emocional, abuso financiero y negligencia (11,12). En cuanto a los adultos mayores afrocolombianos (21,2%) presenta mayor maltrato.

Los bajos ingresos han predicho el maltrato general a los adultos en México (14), Irlanda (15), la India (21) y Colombia (13); el maltrato económico financiero (34), el maltrato psicológico, físico (11) y la negligencia (4) en los Estados Unidos; el maltrato físico y sexual en Canadá (33).

En relación al funcionamiento cognitivo, en Estados Unidos y Europa los adultos mayores con un deterioro cognitivo presentan mayor maltrato económico (32,35-37). Mientras que en Corea la longevidad aumenta la posibilidad de exposición al maltrato a los adultos mayores, el deterioro cognitivo (16).

En Colombia, el deterioro cognitivo leve tiene 4,72 veces más prevalencia de maltrato psicológico que quienes no presentan este tipo de deterioro, esta prevalencia oscila entre el 1,37 y 23,95 respectivamente (13). En un estudio de revisión sistemática también demostraron que hay más probabilidades de que los adultos mayores con problemas cognitivos sufran maltrato (38).

El estado de salud bueno se consideró un factor de protección contra el maltrato a los adultos mayores (20). En los estudios realizados en Estados Unidos (28), Irlanda (15), Israel (23), Italia (37), Portugal (19) y Corea (16) which

comprises a nationally representative sample of non-institutionalized Korean older adults living in the community. A total of 10,184 older persons (4179 men and 6005 women, encontraron que los adultos mayores con mal estado de salud tenían un alto riesgo de maltrato, mientras que Pillemer (38) halló que no había asociación entre el estado de salud y el maltrato, en Estados Unidos.

En México, el estado de salud regular presentó una prevalencia de 52% en el maltrato (8) y en Colombia la leve satisfacción con la salud se asoció con el maltrato físico.

Respecto a las relaciones familiares, se encontró en los adultos mayores maltratados un alto porcentaje de mayores que conviven con familias disfuncionales (57,9%), en Colombia (13). Mientras que en Ecuador no se evidenció una prevalencia al respecto.

Por otro lado, el maltrato a los adultos mayores chinos que residen en Estados Unidos está significativamente asociado con la ideación suicida (39).

Este hallazgo es consistente con el de un estudio realizado en Hubei (China), que sugirió que el maltrato a los adultos mayores era un factor de riesgo para la ideación suicida entre 2.039 adultos mayores chinos (31). El grado de asociación entre el maltrato a las personas mayores, la ideación suicida y la depresión (39,40). Mientras que, en Colombia la ideación suicida (10,5%) es un factor de riesgo del maltrato físico (13).

Los estudios realizados en distintos países han encontrado una relación entre la mala salud emocional y el maltrato a los adultos mayores, incluyendo el maltrato general en México (14) e Irlanda (15). La depresión o los síntomas depresivos se han asociado específicamente con el maltrato psicológico y físico en el Reino Unido (30), China (31), Canadá (28) y Colombia (24,25).

Por último, el estado de salud sobre el riesgo de maltrato a los adultos mayores es la mayor tasa de hospitalización, morbi-mortalidad y mortalidad (16,39).

Por otra parte, en las publicaciones a nivel mundial muestran la creación de varios instrumentos, protocolos y directrices destinados a detectar y evaluar el maltrato a las personas mayores (41).

La mayoría de ellos fueron creados para ser utilizados en hospitales, clínicas o en el ámbito de la atención domiciliaria (42).

Hasta el momento, sólo se conoce la adaptación lingüística al español de dos instrumentos de España (Índice de Sospecha de Maltrato a Personas Mayores y Formulario de Evaluación de Trabajo Social) (43). y para población hispanohablante existe instrumento la Escala Geriátrica de Maltrato (en inglés, *Geriatric Mistreatment Scale – GMS*), creado y validado en México por Giraldo Rodríguez y Rosas Carrasco (14), este instrumento consta en la versión final de 22 ítems que evalúa el maltrato físico, psicológico, negligencia, económico y sexual. Presentó una consistencia interna (*alfa de Cronbach* = 0,83) adecuada.

En Colombia, la escala Geriátrica de Maltrato fue validado por Pabón-Ponches (44) en el 2019, mientras que, en población ecuatoriana adulta mayor no se encuentra validada ni se ha demostrado las propiedades psicométricas.

Por lo tanto, el propósito del presente estudio será adaptar y analizar propiedades psicométricas de la escala Geriátrica de Maltrato en adultos mayores ecuatorianos. Adicionalmente, comparar la prevalencia de maltrato a los adultos mayores ecuatorianos y colombianos, y determinar la asociación entre el maltrato al adulto mayor y la ideación suicida está influenciada por la depresión, deterioro cognitivo, problemas en la calidad de vida relacionada con la salud y disfunción familiar, y ello, comparar con las condiciones demográficas (según grupo de Edad, sexo, estado civil y etnia) y la condición económica.

Por otro lado, en la investigación empírica sobre el maltrato a los ancianos como factor de riesgo o comportamiento suicida en los adultos mayores es limitada.

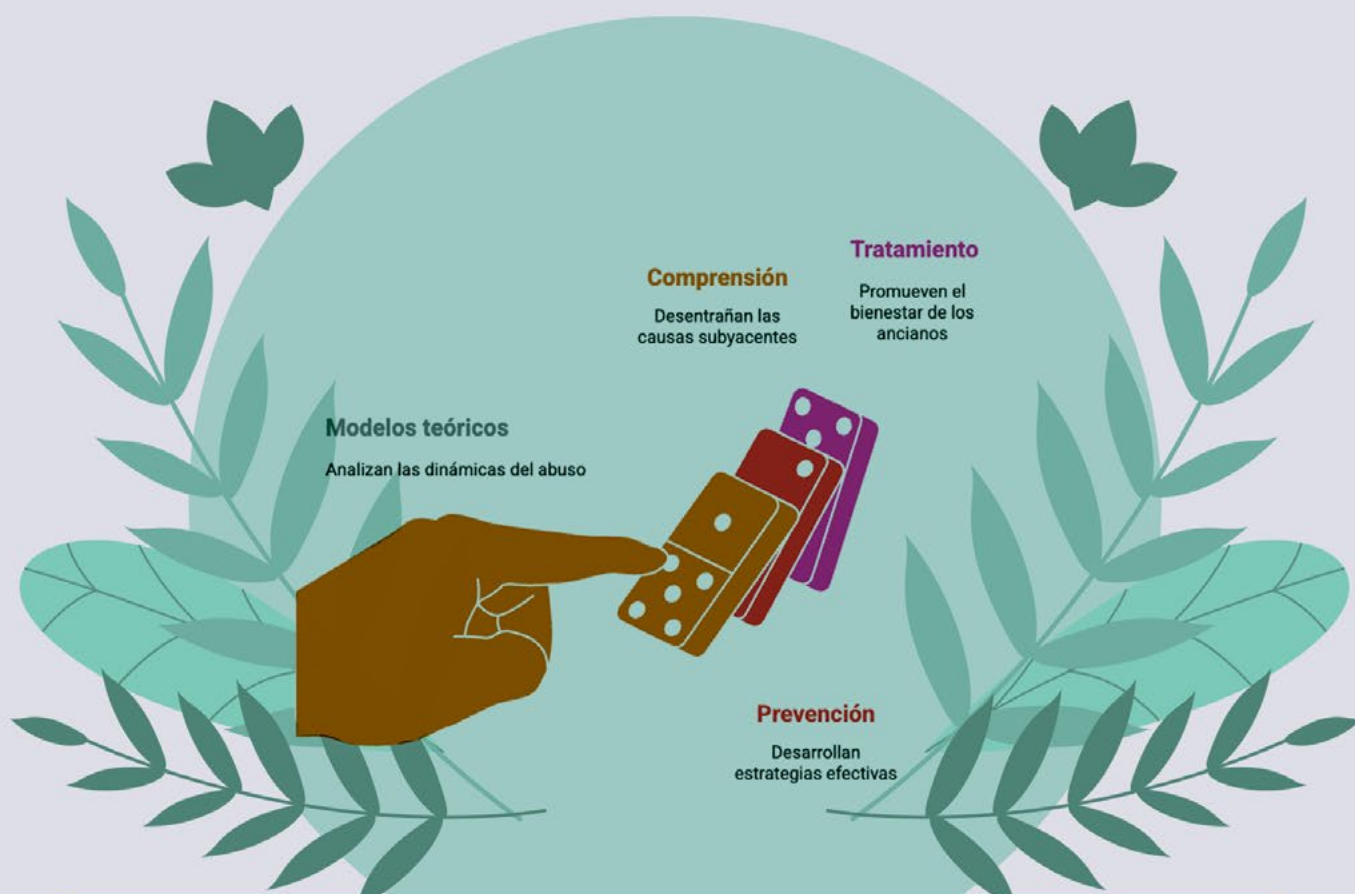
En un informe, Kim e Im (45) en el 2010, buscaron una relación entre el maltrato y el riesgo de suicidio en una amplia muestra de coreanos mayores de 65 años expuestos al maltrato dentro de sus familias.

Descubrieron que los individuos que habían sufrido abusos tenían un mayor riesgo de suicidio que los que nunca habían sido maltratados. En otro informe, también con una población asiática, Wu et al. (31) en el 2013, examinaron la asociación entre el maltrato físico y psicológico y la ideación suicida en una población de chinos rurales de 60 años o más.

Suprincipal hallazgo fue que el maltrato a las personas mayores se correlacionó fuerte y positivamente con la presencia de ideación suicida. Incluso teniendo en cuenta la influencia de posibles factores socioculturales, ambos estudios aportan contribuciones significativas a la comprensión de la conexión

entre el maltrato a los ancianos y el suicidio. Por lo tanto, en esta investigación se indaga la relación del maltrato a los ancianos con la ideación suicida y su consumación en los ancianos maltratados.

CAPÍTULO VII



Modelos Teórico del Abuso al Anciano

Modelo conductual del Maltrato

El modelo fue desarrollado por John Watson y posteriormente desarrollado por Bernstein y Nietzel en 1980, ambas se relacionan con la teoría de aprendizaje social (157). Postulan que tanto la conducta normal como la anormal son producto del aprendizaje. No admite enfermedades mentales.

Los aportes de esta teoría, está en la descripción de la persona que ejerce violencia, y la describe como *doble fachada*: en el espacio exterior tienen una imagen cargada de cualidades positivas, y en la intimidad, muestran características opuestas y contradictorias (158). Esta diferencia trae aparentemente una doble victimización, porque la víctima es señalada como desequilibrada o loca y se le atribuye la causa de todos los problemas (159).

Modelo psiquiátrico/psicológico

La causa del maltrato se encuentra en las características patológicas del cuidador (trastornos neuróticos o psicóticos, drogas), dependencia económica, alcoholismo, enfermedad mental. Como manifestaciones más representativas estarían: dificultad para controlar los impulsos, estados de ansiedad altos, baja autoestima, escasa empatía con la persona que cuidan, afectividad negativa hacia la persona que cuidan, depresión y estrés (102).

Entre los fundamentos de este enfoque podemos señalar la teoría sobre el aprendizaje social, según la cual las personas que han sufrido abusos o maltrato o han vivido en un ambiente social donde se producían estos comportamientos tienden a reproducir estos mismos comportamientos (160–163).

Según esta teoría, en la vida familiar se establecen modelos de conducta que se perpetúan y que el individuo asimila roles que desempeñará a lo largo de su vida, convirtiendo así en un campo de entrenamiento para la violencia (102).

Una variante de este planteamiento la encontramos en la teoría del apego. En este enfoque se pone de manifiesto la transmisión intergeneracional del abuso, de tal manera que los niños maltratados por la persona encargada de cuidarlos desarrollan patrones en los que esperan de los demás un comportamiento hostil y rechazó, de manera que los adultos que fueron maltratados en su infancia pueden asumir el papel de verdugos (164).

La teoría de la cognición social pone el énfasis en la falta de conocimiento y formación que los cuidadores tienen sobre las características del envejecimiento, necesidades, cambios que se producen en la vejez, lo que lleva al cuidador a demandar de las personas mayores comportamientos y conductas que no pueden desarrollar debido a su deterioro o envejecimiento (165).

Finalmente encontramos también la perspectiva interaccionista, según la cual el maltrato se produce cuando entre la persona mayor y el cuidador son mayores las interacciones negativas que las positivas. Los cuidadores no propician conductas positivas en el anciano, suelen ser negligentes y descuidan las demandas de la persona mayor. La situación de fragilidad del anciano contribuye a que se puedan plantear estos comportamientos de abuso, descuido y desatención por parte del cuidador (102).

Modelo ecológico multidimensional

El modelo es más completo ya que integra a los sistemas y entornos que intervienen en el maltrato (159). Obedece a aislamiento social, cuidadores o ancianos sin redes de apoyo. El efecto más devastador para la víctima es la indiferencia, humillaciones, y de la sociedad falta de sensibilidad y compasión. explora la relación entre los factores individuales y contextuales o sociales, y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento (166).

Según Iborra Marmolejo (167) que sigue este modelo para el análisis de los factores de riesgo, esta perspectiva considera la violencia como el resultado de una compleja relación entre varios sistemas, a saber, el individual (sexo, edad, dependencia, demencia, etc.), el relacional (estrés, agresividad, convivencia, etc.), el comunitario (aislamiento, falta de apoyo, etc.) y el social (edadismo, cultura violenta, etc.).

Teoría psicológica interpersonal del suicidio

La teoría psicológica interpersonal del suicidio propone dos requisitos previos para un intento de suicidio potencialmente mortal: 1) un deseo intenso de morir y 2) la capacidad de autolesión letal (168). El deseo intenso de morir surge de la fuerte creencia de que uno es una carga para los demás y/o la creencia de que uno no pertenece. La sensación de ser una carga se deriva de la convicción imperiosa de que uno es un estorbo y no cumple las expectativas.

Esto lleva a pensar que la propia muerte puede ser más valorada que la propia vida. La falta de pertenencia surge de una necesidad insatisfecha de relaciones sociales y de la percepción de que uno no es atendido por aquellos que le importan.

La teoría psicológica interpersonal del suicidio identifica tanto el conflicto familiar como el deterioro funcional como asociados al suicidio tardío porque

ambos pueden producir la sensación de ser una carga para los demás (73). Ver a uno mismo como una carga está relacionado con la pérdida de sentido de la vida entre los adultos mayores (169). La autonomía social y financiera son expectativas para los años dorados, y la dependencia de otros puede ser una incongruencia intolerable.

El maltrato emocional o psicológico puede contribuir a la sensación de carga y desconexión de los mayores. Ser humillado, ridiculizado o ignorado puede disminuir la autoestima y producir una sensación de desconexión social. Esto puede ocurrir con frecuencia cuando los ancianos son maltratados. Los ancianos también tienen una necesidad psicológica de pertenencia y de sentir que los demás les valoran y cuidan. Cuando esta necesidad no se satisface, puede surgir un deseo pasivo de muerte (170).

Un individuo que realiza un intento de suicidio potencialmente mortal también debe ser capaz de quitarse la vida. Esto requiere superar el miedo, el dolor y el instinto innato de autoconservación (168).

Esto puede ocurrir al experimentar traumas, violencia o autolesiones. Estas condiciones disminuyen la resistencia natural a las autolesiones letales, lo que, a su vez, aumenta la susceptibilidad a un comportamiento suicida posiblemente mortal con el tiempo. Infligir violencia y ser afligido por la violencia habitúa comparativamente a los expuestos a una capacidad de autolesión letal.

La teoría psicológica interpersonal del suicidio indica que el riesgo de suicidio y el comportamiento suicida pueden encontrarse tanto en los maltratadores como en las víctimas. La teoría posiciona el suicidio como el resultado de un proceso en el que un individuo llega a creer que es una carga, así como que está socialmente desconectado y que tiene una capacidad disminuida para resistirse a participar en una autolesión letal que puede llevar a la muerte. La teoría de Joiner (168) propone que las condiciones necesarias para el suicidio surgen de condiciones adversas a lo largo del tiempo.

Conclusiones finales

El análisis integrado de la depresión, la ideación suicida y el abuso al anciano permite afirmar que la vejez, lejos de ser únicamente una etapa de declive biológico, es un momento del ciclo vital profundamente marcado por las condiciones sociales, familiares y culturales en las que transcurre.

La evidencia revisada muestra que la vulnerabilidad psicológica de las personas mayores no es un rasgo inherente a la edad, sino el resultado de trayectorias de vida atravesadas por pérdidas, enfermedad, pobreza, discriminación por edad y, en muchos casos, diversas formas de maltrato. Cuando estos factores se acumulan, aumenta de manera significativa el riesgo de síntomas depresivos y la aparición de pensamientos de desesperanza.

A lo largo del libro se ha puesto de manifiesto que la depresión en la vejez continúa subdiagnosticada y, con frecuencia, normalizada como algo “propio de la edad”. Esta falsa naturalización dificulta su reconocimiento temprano e impide que muchas personas mayores accedan a tratamientos psicológicos y psiquiátricos oportunos. La ideación suicida, por su parte, suele permanecer silenciada por el estigma y por la creencia errónea de que *el anciano ya ha vivido su vida*, lo que contribuye a minimizar el sufrimiento subjetivo y a invisibilizar las señales de alarma que podrían motivar intervenciones preventivas.

El maltrato hacia las personas ancianas se revela como un fenómeno complejo, multidimensional y todavía infraregistrado. Las formas de abuso psicológico, económico y de negligencia, aunque menos visibles que la violencia física, tienen un impacto profundo en la autoestima, el sentido de valía personal y el deseo de vivir.

La revisión realizada muestra que existe una relación consistente entre experiencias de maltrato, presencia de depresión y mayor probabilidad de pensamientos suicidas. No se trata de fenómenos aislados, sino de un entramado de factores que se refuerzan mutuamente y que exigen abordajes integrales.

Desde el punto de vista normativo, los marcos internacionales y las legislaciones nacionales han avanzado en el reconocimiento de los derechos de las personas mayores. Sin embargo, persiste una brecha importante entre la letra de la ley y su aplicación efectiva en los servicios de salud, en las instituciones de cuidado y en los contextos comunitarios.

El desafío no es solo contar con normas protectoras, sino asegurar mecanismos reales de denuncia, protección, reparación y acompañamiento psicosocial para quienes sufren abuso, así como programas de apoyo y formación para cuidadores formales e informales.

En el plano clínico y comunitario, las conclusiones de este libro subrayan la necesidad de adoptar modelos de atención centrados en la persona, que reconozcan la singularidad de cada historia de vida y eviten la visión reduccionista del anciano como paciente pasivo o carga familiar.

La evaluación sistemática de síntomas depresivos, de indicadores de riesgo suicida y de posibles situaciones de maltrato debería convertirse en un componente rutinario de la práctica profesional con población mayor, tanto en contextos sanitarios como sociales.

Esto implica contar con instrumentos válidos y confiables, así como con protocolos claros de derivación y actuación interdisciplinaria.

En el ámbito de la investigación, se hace evidente la necesidad de estudios longitudinales y multicéntricos que permitan comprender mejor la evolución conjunta de depresión, ideación suicida y experiencias de abuso en la vejez, incorporando variables culturales, espirituales y contextuales propias de América Latina.

Igualmente, resulta prioritario avanzar en la validación de escalas específicas de detección de maltrato y en la evaluación de intervenciones psicoeducativas, terapéuticas y comunitarias orientadas a fortalecer redes de apoyo y resiliencia en la población anciana.

Finalmente, este libro invita a repensar la vejez desde una perspectiva ética y humanizadora. La forma en que una sociedad trata a sus personas mayores revela sus valores más profundos. Reconocer la dignidad de cada anciano, escuchar su voz, protegerlo del abuso y ofrecerle acompañamiento ante el sufrimiento emocional no son actos de caridad, sino exigencias de justicia. Si el contenido de estas páginas contribuye a sensibilizar, cuestionar prácticas

instaladas y promover políticas y acciones concretas que garanticen una vejez vivida con respeto, cuidado y esperanza, el propósito fundamental de esta obra habrá sido cumplido.

Referencias

1. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Cuenca. Portal Ciudadano Cuenca en Línea [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 8]. Available from: <https://enlinea.cuenca.gob.ec/#/>
2. Turismo Cuenca Ecuador. Conoce Cuenca [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 8]. Available from: <http://www.cuenca.com.ec/es/conoce-cuenca>
3. Historia de Apellidos de Cuenca. Los 100 Apellidos más comunes de Cuenca [Internet]. [cited 2025 Sep 8]. Available from: <https://www.historiaapellidos.com/provincia/cuenca.html>
4. Instituto Nacional de Estadística y Censos -INEC. Estadísticas Vitales [Internet]. 2016 [cited 2025 Oct 17]. Available from: moz-extension://e282f7de-bce0-4f59-a9d9-0bd97f00ab56/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.ecuadorencifras.gob.ec%2Fdocumentos%2Fweb-inec%2FPoblacion_y_Demografia%2FNacimientos_Defunciones%2F2016%2FPresentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC. Conozcamos Cuenca a través de sus cifras [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 8]. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/conozcamos-cuenca-a-traves-de-sus-cifras/>
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC. Encuesta de Salud, Bienestar del Adulto Mayor [Internet]. 2010 [cited 2025 Sep 13]. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-salud-bienestar-del-adulto-mayor/>
7. American Psychiatric Association. Help With Depression [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression>
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder. Evidence-Based Eye Care. 2003;4(4):186–7.

9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(June):593–602.
10. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*. 2013;34:119–38.
11. Haro J, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha T, De Girolamo G, Guyer M. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *International journal of methods in psychiatric research*. 2006;17 Suppl 1(4):S78–82.
12. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(2):229–33.
13. World Health Organization. Depression [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
14. LeMoult J, Gotlib IH. Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*. 2019;69:51–66.
15. Kircanski K, Mazur H, Gotlib IH. Behavioral activation system moderates self-referent processing following recovery from depression. *Psychological Medicine*. 2013;43(9):1909–19.
16. Luppino F, De Wit L, Bouvy P, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx B. Overweight, Obesity, and Depression. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(3):220–9.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
18. Kraepelin E. *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh: E&S Livingstone; 1921.
19. Manthorpe J, Iliffe S. Suicide in later life: Public health and practitioner perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;25(12):1230–8.

20. Agustini B, Lotfaliany M, Woods RL, McNeil JJ, Nelson MR, Shah RC, et al. Patterns of Association between Depressive Symptoms and Chronic Medical Morbidities in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020;68(8):1834–41.
21. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ*. 2011;343(7825):683–7.
22. Jafari H, Ghasemi-Semeskandeh D, Goudarzian AH, Heidari T, Jafari-Koulaee A. Depression in the Iranian Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging Research*. 2021;2021.
23. Mohebbi M, Agustini B, Woods RL, McNeil JJ, Nelson MR, Shah RC, et al. Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among healthy community-dwelling older adults living in Australia and the United States. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2019;34(8):1208–16.
24. Ylli A, Miskurka M, Phillips SP, Guralnik J, Deshpande N, Zunzunegui MV. Clinically relevant depression in old age: An international study with populations from Canada, Latin America and Eastern Europe. *Psychiatry Research*. 2016;241:236–41.
25. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life - Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2012;136(3):212–21.
26. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113(5):372–87.
27. Pirkis J, Pfaff J, Williamson M, Tyson O, Stocks N, Goldney R, et al. The community prevalence of depression in older Australians. *Journal of Affective Disorders*. 2009;115(1–2):54–61.
28. Esch T, Stefano G, Fricchione G, Benson H. The role of stress in neurodegenerative diseases and mental disorders. *Neuroendocrinology Letters*. 2002;23:199–208.
29. Sjöberg L, Karlsson B, Atti AR, Skoog I, Fratiglioni L, Wang HX. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of Affective Disorders*. 2017;221:123–31.

30. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J, Penninx BW. Differential mortality rates in major and subthreshold depression: Meta-analysis of studies that measured both. *British Journal of Psychiatry*. 2013;202(1):22–7.
31. Da Silva SA, Scazufca M, Menezes PR. Population impact of depression on functional disability in elderly: Results from “São Paulo Ageing & Health Study” (SPAH). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2013;263(2):153–8.
32. Yan E, Chan KL, Tiwari A. A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors for Elder Abuse in Asia: <http://dx.doi.org/101177/1524838014555033>. 2014 Nov 6;16(2):199–219.
33. Deliema M. Elder Fraud and Financial Exploitation: Application of Routine Activity Theory. *Gerontologist*. 2018;58(4):706–18.
34. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*. 2016;56:S194–205.
35. Santos AJ, Nunes B, Kislaya I, Gil AP, Ribeiro O. Exploring the Correlates to Depression in Elder Abuse Victims: Abusive Experience or Individual Characteristics?: <https://doi.org/101177/0886260517732346>. 2017 Sep 20;36(1–2):NP115–34.
36. DeLiema M, Gassoumis ZD, Homeier DC, Wilber KH. Determining Prevalence and Correlates of Elder Abuse Using Promotores: Low-Income Immigrant Latinos Report High Rates of Abuse and Neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012 Jul 1;60(7):1333–9.
37. Barua A, Ghosh K, Kar N, Basilio A. Socio-demographic factors of geriatric depression. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2010 Jul;32(2):87.
38. Park SM, Cho S il, Moon SS. Factors associated with suicidal ideation: Role of emotional and instrumental support. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010;69(4):389–97.
39. Cabra O, Infante D, Sossa F. El suicidio y los factores de riesgo. *Revista Medica Sanitas*. 2010;13(2):28–35.

40. Park EO. Tipo mais prevalente de abuso aos idosos e sua correlação com depressão do idoso. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2019 Jan 1;32(1):95–100.
41. Thibault JM, O'Brien JG, Turner LC. Indirect life-threatening behavior in elderly patients. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2014;11(2):21–32.
42. Contreras C, Gutiérrez A, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*. 2006;29(5):66–74.
43. Ribot V, Alfonso M, Ramos M, A. G. Suicidio en el adulto mayor Suicide in elderly people. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2012;11:699–708.
44. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Prevención. Prevención del suicidio [Internet]. 2014 [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
45. Pérez-Amezcu B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, de Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Publica de Mexico*. 2010;52(4):324–33.
46. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas [Internet]. 2014 [cited 2021 Apr 19]. Available from: www.paho.org/
47. Tizón JL. Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿atender como “enfermedad” o como comunicación? *FMC Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria*. 2016;23(2):61–76.
48. Pérez S. EL suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1999;15(2):196–217.
49. Handley TE, Hiles SA, Inder KJ, Kay-Lambkin FJ, Kelly BJ, Lewin TJ, et al. Predictors of suicidal ideation in older people: A decision tree analysis. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014;22(11):1325–35.
50. Ioannou M, Debowska A. Genuine and simulated suicide notes: An analysis of content. *Forensic Science International*. 2014;245:151–60.
51. Runeson BS. Suicide after parasuicide. *British Medical Journal*. 2002;325(7373):1125–6.

52. Pozo M. Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un hospital de Lima-Perú. *Rev Fac Med Hum.* 2015;1:35–43.
53. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Medica de Chile.* 2013;141(10):1275–82.
54. Ordóñez Monak IA, Franco Agudelo SA, González Ortiz JO. Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007. *Revista Colombiana de Psiquiatria.* 2013;43(SUPPL. 1):56–64.
55. Zhang D, Yang Y, Sun Y, Wu M, Xie H, Wang K, et al. Characteristics of the Chinese rural elderly living in nursing homes who have suicidal ideation: A multiple regression model. *Geriatric Nursing.* 2017;38(5):423–30.
56. Bethancourt Y, Bethancourt J, Moreno Y, Saavedra A. Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores. *MediCiego.* 2015;21(1).
57. Moreno A. Suicidio en el anciano institucionalizado. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.* 2011;17(2):162–8.
58. Brent DA, Melhem N. Familial Transmission of Suicidal Behavior. *Psychiatric Clinics of North America.* 2008;31(2):157–77.
59. Lee HY, Hahm M II, Park EC. Differential association of socio-economic status with gender- and age-defined suicidal ideation among adult and elderly individuals in South Korea. *Psychiatry Research.* 2013;210(1):323–8.
60. Calvo G. JM, Sánchez P. R, Tejada PA. Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Revista de Salud Pública.* 2003;5(2):123–43.
61. Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis, datos para la vida [Internet]. 2018 [cited 2021 Sep 8]. Available from: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
62. Castro-Díaz S, Gómez-Restrepo C, Gil F, Uribe Restrepo M, Miranda C, De La Espriella M, et al. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes

con trastorno depresivo en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2013;43(SUPPL. 1):27–35.

63. Döme P, Kapitány B, Ignits G, Porkoláb L, Rihmer Z. Tobacco consumption and antidepressant use are associated with the rate of completed suicide in Hungary: An ecological study. *Journal of Psychiatric Research*. 2011;45(4):488–94.
64. Cavanaugh CE, Messing JT, Del-Colle M, O'Sullivan C, Campbell JC. Prevalence and correlates of suicidal behavior among adult female victims of intimate partner violence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2011;41(4):372–83.
65. Osgood NJ, Manetta AA. Abuse and suicidal issues in older women. *Omega: a Journal of Death and Dying*. 2001;42(1):71–81.
66. Simon RI. Silent suicide in the elderly. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 1989;17(1):83–95.
67. Simon TR, Anderson M, Thompson MP, Crosby A, Sacks JJ. Assault Victimization and Suicidal Ideation or Behavior Within a National Sample of U.S. Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002;32(1):42–50.
68. Abbott J. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1995;273(22):1763–7.
69. McCoy M. Domestic violence: Clues to victimization. *Annals of Emergency Medicine*. 1996;27(6):764–5.
70. Conwell Y, Thompson C. Suicidal Behavior in Elders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2008;31(2):333–56.
71. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Suicide at 50 years of age and older: Perceived physical illness, family and financial strain. *Psychological Medicine*. 2004;34(1):137–46.
72. Oyama H, Sakashita T, Ono Y, Goto M, Fujita M, Koida J. Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: A meta-analysis of the evidence from Japan. *Community Mental Health Journal*. 2008;44(5):311–20.

73. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in Older Adults. *Psychiatric Clinics of North America*. 2011;34(2):451–68.
74. Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, et al. Risk factors for late-life suicide: A prospective, community-based study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002;10(4):398–406.
75. Dong XQ, Simon M, Mendes De Leon C, Fulmer T, Beck T, Hebert L, et al. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2009;302(5):517–26.
76. Mosqueda L, Dong X. Elder Abuse and Self-neglect. *Jama*. 2011;306(5).
77. O'Brien J, Thibault J, Turner L, Laird-Flick H. Self-neglect: An overview. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1999;11(2):1–19.
78. Posner K, Brodsky B, Yershova K, Buchanan JMannJ. The classification of suicidal behavior. In: Nock M, editor. *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. New York, NY: The Oxford University Press; 2014.
79. Hawton K, Harriss L. Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: Characteristics and outcome of a 20-year cohort. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;21(6):572–81.
80. Reiss NS, Tishler CL. Suicidality in Nursing Home Residents: Part II. Special Issues. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2008;39(3):271–5.
81. McIntosh JL, Hubbard RW. Indirect self-destructive behavior among the elderly: A review with case examples. *Journal of Gerontological Social Work*. 1988;13(1/2):37–46.
82. Nelson FL, Farberow NL. Indirect self-destructive behavior in the elderly nursing home patient. *Journals of Gerontology*. 1980;35(6):949–57.
83. Noyes R. The Many Faces of Suicide: Indirect Self-Destructive Behavior. *American Journal of Psychiatry*. 1980;137(10):1289–1290.
84. Joe S, Niedermeier D. Preventing suicide: A neglected social work research agenda. *British Journal of Social Work*. 2006;38(3):507–30.

85. Kennedy GJ, Tanenbaum S. Suicide and aging: International perspectives. *Psychiatric Quarterly*. 2000;71(4):345–62.
86. O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: Suicide in older people. *British Medical Journal*. 2004;329(1):895–9.
87. Fulmer T, Guadagno L, Dyer CB, Connolly MT. Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(2):297–304.
88. Salvatore T, Dodson K, Hull A, Harr D, Brown J. Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *The Forensic Mental Health Practitioner*. 2018;1(1):1–11.
89. National Center for Injury Prevention and Control. National Center for Injury Prevention and Control. 2015. Suicide: Facts at a glance. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.PDF>
90. Kosberg JI. The Abuse of Elderly Men. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1998;9(3):69–88.
91. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*. 1998;280(5):428–32.
92. Mezuk B, Prescott MR, Tardiff K, Vlahov D, Galea S. Suicide in older adults in long-term care: 1990 to 2005. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56(11):2107–11.
93. Allen PD, Kellett K, Gruman C. Elder abuse in Connecticut's nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2004;15(1):19–42.
94. Lindbloom EJ, Brandt J, Hough LD, Meadows SE. Elder Mistreatment in the Nursing Home: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2007;8(9):610–6.
95. Rosen T, Pillemer K, Lachs M. Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggression and Violent Behavior*. 2008;13(2):77–87.

96. Gruszecki AC, Edwards J, Powers RE, Davis GG. Investigation of elderly deaths in nursing homes by the medical examiner over a year. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2004;25(3):209–12.
97. Suicide Prevention Resource Center. Older Adults [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.sprc.org/populations/older-adults>
98. Kessel H, Marín N, Maturana N. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1996;31:367–72.
99. Álvarez C. Crisis intergeneracional y anomia cultural, la marginación y maltrato al anciano. En: *Memorias del Foro Nacional sobre Tercera edad “Hacia una política de participación de los viejos”*. Procuraduría delegada para la defensa del menor y la familia. Bogotá; 1997.
100. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. 2002. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
101. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores [Internet]. 2002. Available from: http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf
102. Muñoz J. Personas mayores y malos tratos. Madrid: Pirámide; 2004. 68–70 p.
103. De Paúl J, Larrión J. El maltrato a los mayores. Algunas cuestiones generales. In: *El maltrato de personas mayores Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. Donostia, Gipuzkoa: Hurkoa Fundazioa, Instituto Vasco de Criminología; 2006. p. 11–5.
104. Iborra I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia; 2008.
105. Gobierno de Chile. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Guía Prevención del maltrato a las personas mayores. 2012.

106. Gobierno Federal de México. Guía de práctica clínica. Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor.; 2013. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2013.
107. Agudelo-Cifuentes MC, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Restrepo-Ochoa DA. Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*. 2020;38(2).
108. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. Vol. 13, *Geriatrics and Gerontology International*. 2013. 466–474 p.
109. Centers for Disease Control and Prevention. Elder Abuse Prevention [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 19]. Available from: https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Ffeatures%2Felderabuse%2Findex.html
110. Yon Y, Mikton C, Gassoumis Z, Wilber K. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(2):e147–56.
111. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. <https://doi.org/10.2105/AJPH2009163089>. 2011 Sep 20;100(2):292–7.
112. Organización Mundial de la Salud. Aumenta el maltrato a las personas de edad: según la OMS, afecta a uno de cada seis ancian [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>
113. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health*. 2010;100(2):292–7.
114. Acierno R, Watkins J, Hernandez-Tejada MA, Muzzy W, Frook G, Steedley M, et al. Mental Health Correlates of Financial Mistreatment in the National Elder Mistreatment Study Wave II. *Journal of Aging and Health*. 2019;31(7):1196–211.

115. Agudelo-Cifuentes MC, Arango DC, Cardona AS, Cardona AS, Rodríguez DM, Restrepo-Ochoa DA. Social and family characteristics associated with elder abuse in Pasto, Colombia 2016. *Revista CES Psicología*. 2019;12(1):32–42.
116. Giraldo-Rodríguez L. Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF). 2006;2006(March):1–54.
117. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O, Mino-León D. Abuse in Mexican Older Adults with Long-Term Disability: National Prevalence and Associated Factors. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(8):1594–600.
118. Abdel Rahman TT, El Gaafary MM. Elder mistreatment in a rural area in Egypt. *Geriatrics and Gerontology International*. 2012 Jul;12(3):532–7.
119. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Gobierno de Colombia. 2012. [cited 2021 Oct 15]. Sobre la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor. Available from: moz-extension://e282f7de-bce0-4f59-a9d9-0bd97f00ab56/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.medicinalegal.gov.co%2Fdocuments%2F20143%2F49508%2FViolencia%2BIntrafamiliar.pdf
120. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. 2016. [cited 2025 Oct 15]. Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). Available from: moz-extension://e282f7de-bce0-4f59-a9d9-0bd97f00ab56/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FVS%2FED%2FGCFI%2Fdoc-metodologia-sabe.pdf
121. Arango DC, Cardona AS, Duque MG, Cardona AS, Sierra SMC. Health status of elderly persons of Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016;19(1):71–86.
122. Gerino E, Caldarera AM, Curti L, Brustia P, Rollè L. Intimate partner violence in the golden age: Systematic review of risk and protective factors. *Frontiers in Psychology*. 2018;9(SEP):1–14.
123. Vinueza-Veloz MF, Nuñez-Rivero Y, Leyva-Montero M de los Á, Montero-López IL, Mera-Segovia CM. Socio-demographic determinants of violence

- in older people in Ecuador. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*. 2021;56(1):41–6.
124. Rai A, Choi YJ. Domestic Violence Victimization among South Asian Immigrant Men and Women in the United States: <https://doi.org/10.1177/08862605211015262>. 2021 May 21;
125. Voith LA, Lee H, Russell K. How Trauma, Depression, and Gender Roles Lead to Intimate Partner Violence Perpetration Among a Sample of Predominately Low-Income Black, Indigenous, Men of Color: A Mixed Methods Study: <https://doi.org/10.1177/0886260520967139>.
126. Badenes-Ribera L, Fabris MA, Longobardi C. Elder Mistreatment in an Italian Population: Prevalence and Correlates. *International Journal of Aging and Human Development*. 2021;92(1):1–17.
127. Dong X, Chen R, Wu B, Zhang NJ, Mui ACYS, Chi I. Association between Elder Mistreatment and Suicidal Ideation among Community-Dwelling Chinese Older Adults in the USA. *Gerontology*. 2015;62(1):71–80.
128. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a nationally representative study. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. 2008;63(4):248–54.
129. Fraga S, Lindert J, Barros H, Torres-González F, Ioannidi-Kapoulou E, Melchiorre MG, et al. Elder abuse and socioeconomic inequalities: A multilevel study in 7 European countries. *Preventive Medicine*. 2014;61(1):42–7.
130. Acierno R, Hernandez-Tejada MA, Anetzberger GJ, Loew D, Muzzy W. The National Elder Mistreatment Study: An 8-year longitudinal study of outcomes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2017;29(4):254–69.
131. Prino LE, Longobardi C, Settanni M. Young Adult Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences: Prevalence of Physical, Emotional, and Sexual Abuse in Italy. *Archives of Sexual Behavior*. 2018;47(6):1769–78.

132. Wiglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, Liao S, Gibbs L, Fitzgerald W. Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(3):493–500.
133. Burgess AW, Ramsey-Klawnsnik H, Gregorian SB. Comparing routes of reporting in elder sexual abuse cases. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2008 Oct 8;20(4):336–52.
134. Roberto KA. The complexities of elder abuse. *American Psychologist*. 2016;71(4):302–11.
135. Stacey M, Averett P, Knox B. An Exploration of Victimization in the Older Lesbian Population. <https://doi.org/101080/1556488620181468368>. 2018 Jul 4;13(5):693–710.
136. Gao X, Sun F, Marsiglia FF, Dong X. Elder Mistreatment Among Older Chinese Americans: The Role of Family Cohesion. *International Journal of Aging and Human Development*. 2019;88(3):266–85.
137. Jervis LL, Sconzert-Hall W, The Shielding American Indian Elders Project Team. The conceptualization of mistreatment by older American Indians. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2017;29(1):43–58.
138. Gobierno de Costa Rica. La Gaceta, N° 103. 2006 [cited 2021 Mar 15]. Decreto ejecutivo núm. 33158 que declara el 15 de junio ‘Día Nacional contra el Abuso, Maltrato, Marginación y Negligencia contra las Personas Adultas Mayores. Available from: <https://www.imprentanacional.go.cr/gaceta/>
139. Poder Judicial de Costa Rica. San José. 2016. Políticas para garantizar el adecuado acceso a la justicia de la población adulta mayor.
140. CONAPAM (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor). San José. 2014 [cited 2021 Mar 15]. Red de Cuido. Available from: <https://www.conapam.go.cr/red-cuido/>
141. Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia. La Paz. 2013 [cited 2021 Mar 15]. Decreto supremo núm. 1807”, Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, N° 588. Available from: <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/edicions/buscarEspeciales/13>

142. Asamblea Legislativa Plurinacional. La Paz. 2013 [cited 2021 Mar 15]. Ley núm. 369 de 01 de mayo de 2013: Ley General de las Personas Adultas Mayores”, Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, N° 0520. Available from: <https://www.derechoteca.com/gacetabolivia/ley-369-del-01-mayo-2013/>
143. Asamblea Legislativa Plurinacional. La Paz. 2016. Ley núm. 872 de 22 de diciembre de 2016”, Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, N° 921.
144. Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional de Bolivia. La Paz. 2018 [cited 2021 Mar 15]. Resolución ministerial núm. 007/2018. Available from: <https://www.justicia.gob.bo/portal/reglamentos.php>
145. Ministerio de Justicia de Chile. Santiago. 2010 [cited 2021 Mar 15]. Ley núm. 20427 que Modifica la Ley núm. 20.066 de Violencia Intrafamiliar y Otros Cuerpos Legales para Incluir el Maltrato del Adulto Mayor en la Legislación Nacional. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1011723&idParte=8896838&idVersion=2010-03-18>
146. MDS/SENAMA (Ministerio de Desarrollo Social/Servicio Nacional del Adulto Mayor). Santiago. 2019 [cited 2021 Mar 15]. Programa contra la Violencia y el Abuso al Adulto Mayor. Available from: <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/5120/2012/3>
147. SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor). Santiago. 2019 [cited 2021 Mar 15]. Atención Ciudadana (SIAC). Available from: <http://www.senama.gob.cl/atencion-ciudadana-siac>
148. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú. Lima. 2007 [cited 2021 Mar 15]. Pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM). Available from: www.mimp.gob.pe
149. Gobierno del Perú. El Peruano, Lima. 2016 [cited 2021 Mar 15]. Ley núm. 30490 de la Persona Adulta Mayor. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>

150. Viera M. Lima, Red Latinoamericana de Gerontología. 2012. Centro de Orientación Socio Legal para Personas Mayores, Centro Proceso Social, Perú.
151. Gobierno del Brasil. Brasilia. 2003 [cited 2021 Mar 15]. Lei N° 10.741, de 1° de outubro de 2003, Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá Outras Providências. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm
152. Asamblea Legislativa. San Salvador. 1996 [cited 2021 Mar 15]. Decreto núm. 902: Ley contra la Violencia Intrafamiliar”, Diario Oficial, N° 241. Available from: <https://www.refworld.org/docid/4c6955592.html>
153. Gobierno de Colombia. Bogotá. 2008 [cited 2021 Mar 15]. Ley núm. 1251 de 2008 por la cual se Dictan Normas Tendientes a Procurar la Protección, Promoción y Defensa de los Derechos de los Adultos Mayores. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=33964>
154. Gobierno de Colombia. Bogotá. 2017 [cited 2021 Mar 15]. Ley núm. 1850 de 2017, por la cual se Establecen Medidas de Protección al Adulto Mayor en Colombia, se Modifican las Leyes núm. 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se Penaliza el Maltrato Intrafamiliar por Abandono y se Dictan Otras Di. Available from: http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_isn=106265
155. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Bogotá. 2018. Cartilla sobre buen trato a las personas mayores.
156. Gobierno de Ecuador. Quito. 2008 [cited 2021 Mar 15]. Constitución de la República del Ecuador. Available from: www.lexis.com.ec
157. Nietzel MT, Bernstein DA. Effects of instructionally mediated demand on the behavioral assessment of assertiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1976 Jun;44(3):500.
158. Bernstein DA. Manipulation of avoidance behavior as a function of increased or decreased demand on repeated behavioral tests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974 Dec;42(6):896–900.
159. Eu. Yuly Adams C. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012;23(1):84–90.

160. Belsky J. Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*. 1993;114(3):413–34.
161. Botash AS, Babuts D, Lynch L, Manuel J, Hara MO. Evaluations of Children Who Have Disclosed Sexual Abuse via Facilitated Communication. *Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1994;148(12).
162. Kaufman J, Cicchetti D. Effects of Maltreatment on School-Age Children's Socioemotional Development: Assessments in a Day-Camp Setting. *Developmental Psychology*. 1989;25(4):516–24.
163. KAUFMAN J. Depressive Disorders in Maltreated Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1991;30(2):257–65.
164. Powell JL, Cheng VK, Byron Egeland BE. Transmisión del maltrato de padres a hijos. *Infancia y Aprendizaje*. 1995;18(71):99–110.
165. Lewis M, Brooks-Gunn J. Toward a theory of social cognition: The development of self. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 1979;1979(4):1–20.
166. Rubio Acuña M. Maltrato institucional a adultos mayores. *GEROKOMOS*. 2012;23(4):169–71.
167. Iborra Marmolejo I. Risk factors of elder mistreatment within family in the Spanish population. *Zerbitzuan Revista de Servicios Sociales*. 2008;(45):49–57.
168. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2005.
169. Van Orden KA, Bamonti PM, King DA, Duberstein PR. Does perceived burdensomeness erode meaning in life among older adults? *Aging and Mental Health*. 2012;16(7):855–60.
170. Fässberg MM, van Orden KA, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E, et al. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2012;9(3):722–45.

La vejez no debería doler tanto. Detrás de muchas sonrisas cansadas hay depresión, deseos de morir y maltrato silencioso que casi nadie quiere mirar. Este libro se atreve a nombrar ese sufrimiento y a mostrar cómo se entrelazan la depresión, la ideación suicida y el abuso en la vida de las personas mayores.

Pensado para estudiantes y profesionales de la salud y las ciencias sociales, Depresión, ideación suicida y abuso al anciano es una invitación urgente: ver, escuchar y proteger a quienes lo dieron todo y hoy corren el riesgo de ser olvidados.



REDLIC | Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

**Tríada crítica en la vejez:
depresión, conducta suicida y abuso
en el adulto mayor**

Tríada crítica en la vejez: depresión, conducta suicida y abuso en el adulto mayor es una obra fundamental para comprender los desafíos emocionales, sociales y clínicos que enfrentan las personas mayores en la actualidad. Con un enfoque interdisciplinario y sustentado en evidencia científica reciente, este libro analiza tres problemáticas que, aunque muchas veces invisibilizadas, afectan de manera profunda la calidad de vida en la vejez: la depresión, la conducta suicida y las diversas formas de abuso.

A través de un abordaje integral y sensible, los autores profundizan en los factores de riesgo, los signos de alerta, los determinantes socioculturales y las consecuencias psicológicas y físicas que configuran esta “tríada crítica”. Asimismo, ofrecen herramientas prácticas para la detección temprana, la intervención oportuna y la prevención en distintos contextos de atención: familiar, comunitario, clínico y gerontológico.

Esta obra está dirigida a psicólogos, psiquiatras, médicos geriatras, trabajadores sociales, cuidadores, profesionales de la salud, investigadores y estudiantes comprometidos con el bienestar del adulto mayor. Su lectura también es un llamado a la acción para instituciones, familias y comunidades, promoviendo una mirada más humana, respetuosa y protectora hacia la población envejeciente.

Con un lenguaje accesible pero profundamente riguroso, *Tríada crítica en la vejez* se consolida como un aporte indispensable para reflexionar, comprender y actuar frente a los retos que acompañan el envejecimiento en el siglo XXI.

ISBN: 978-9942-659-37-8

