



*Universitat
Abat Oliba CEU*

Envejecimiento y Asistencia Psicológica ante Crisis General

TRABAJO FIN DE GRADO

Autora: Inés Vidri Serra
Tutora: Montserrat Lacalle Sisteré
Grado en: Psicología
Universitat Abat Oliba CEU
Curso académico: 2021-2022

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping initial 'I' followed by the name 'NÉS VIDRI' in a cursive script.

Firma:

Inés Vidri Serra

“A los que buscan aunque no encuentren.

A los que avanzan, aunque se pierdan.

A los que viven aunque se mueran. “

MARIO BENEDETTI

Resumen

El escenario de una población envejecida y el aumento de las situaciones de crisis general genera un ámbito de estudio de elevada importancia social. Ambas áreas de conocimiento poseen una línea de investigación considerable sobre la que se apoya el objetivo principal del trabajo. Se persigue reflexionar sobre las peculiaridades de respuesta ante crisis general de las personas mayores, para determinar las formas de actuación necesarias del/la psicólogo/a de las emergencias ante esta población. La metodología implementada ha sido bibliográfica, en base de datos electrónica y en libros, a través de la cual se ha hecho una observación y razonamiento de la literatura existente al respecto. Se discute la influencia de la representación social que cobra el proceso de envejecimiento en la vejez sobre su propio estudio, incluido el ámbito de crisis general. Como conclusión, la carencia de estudios acerca de la respuesta psicológica ante momentos de crisis de la población envejecida vislumbra la inexistencia de una psicología de las emergencias gerontológica y plantea las bases ya existentes para su construcción.

Palabras claves

Envejecimiento – Discriminación por edad – Psicología de las Emergencias – Crisis – Trauma
--

Resum

L'escenari d'una població envellida i l'augment de les situacions de crisi general genera un àmbit d'estudi d'elevada importància social. Ambdues àrees de coneixement tenen una línia de recerca considerable sobre la qual recolza l'objectiu principal del treball. Es persegueix reflexionar sobre les peculiaritats de resposta davant de crisi general de la persona gran, per determinar les formes d'actuació necessàries del/la psicòleg/oga de les emergències davant aquesta població. La metodologia implementada ha estat bibliogràfica, en base de dades electrònica i en llibres, a través de la qual s'ha fet una observació i raonament de la literatura existent sobre això. Es discuteix la influència de la representació social que cobra el procés d'envelliment a la vellesa sobre el seu propi estudi, inclòs l'àmbit de crisi general. Com a conclusió, la manca d'estudis sobre la resposta psicològica davant moments de crisi de la població envellida albira la inexistència d'una psicologia de les emergències gerontològica i planteja les bases ja existents per a la seva construcció.

Palabras clau

Abstract

The scenario of an aging population and the increase of general crisis situations generates a field of study of high social importance. Both areas of knowledge have a considerable line of research on which the main objective of this work is based. The aim is to reflect on the peculiarities of general crisis response of the elderly, in order to determine the necessary forms of action of the emergency psychologist in this population. The methodology implemented has been bibliographic, in an electronic database and in books, through which an observation and reasoning of the existing literature on the subject has been made. The influence of the social representation of the aging process in old age on its own study, including the general crisis field, is discussed. As a conclusion, the lack of studies on the psychological response to moments of crisis in the aging population shows the inexistence of a psychology of gerontological emergencies, and raises the already existing bases for its construction.

Keywords

Aging – Age discrimination – Emergency psychology – Crisis – Trauma

Sumario

Introducción	10
Objetivos	11
Metodología	11
1. Conceptualización del envejecimiento en la vejez.....	13
1.1. Literatura: historia y actualidad	13
1.2. Envejecimiento biológico, psicológico y social.....	17
1.3. Discriminación por edad: Edadismo	24
1.4. El envejecimiento de la población.....	25
1.5. Propuestas de cambio para la mejora	26
2. Respuesta e intervención en crisis	28
2.1. Atención psicológica en momentos de crisis	28
2.2. Psicología de las emergencias	31
2.3. Respuesta biopsicosocial ante crisis general	33
2.4. Profesionalización de la psicología de emergencias	39
2.5. Defensa de una Psicología de las emergencias	42
2.6. Desarrollo del trauma.....	44
3. Psicología del envejecimiento e intervención en crisis	46
3.1. Literatura: crisis general en la vejez	46
3.2. Proceso de adaptación ante crisis general en la vejez.....	48
3.3. Intervención y tratamiento a largo plazo	51
4. Discusión	54
5. Conclusiones	57
6. Limitaciones y futuras propuestas	62
7. Bibliografía	63

Introducción

La salud mental de las personas mayores en momentos de crisis es un objeto de estudio destacado en el ámbito de la emergencia psicológica. Principalmente, debido a la vulnerabilidad inherente al proceso multidimensional de envejecimiento en la vejez que, por el contrario, no se encuentran en grupos más jóvenes.

Este objeto de estudio cobra importancia en el contexto de una sociedad que tiende a envejecer de forma progresiva. Sumado al aumento de las situaciones en las que existe una alta probabilidad de que las personas padezcan problemas de salud mental. Un ejemplo imperante de estas cuestiones es la reciente experiencia de la pandemia por COVID-19.

La discriminación por edad o Edadismo, arraigada a muchas formas sociales, parece limitar el avance de estas cuestiones tanto en el ámbito académico como práctico. Entre los daños más perjudiciales, se destaca el entramado de creencias peyorativas que hay acerca del envejecimiento en la vejez. El envejecimiento de la población, sin embargo, posee la potencialidad de generar cambios estructurales en áreas de gran importancia para aumentar la calidad de vida de las personas. Entre estas, los momentos susceptibles de atención y asistencia psicológica.

La razón de ser del presente trabajo nace bajo las consideraciones anteriores. Se persigue entender los principales fenómenos biopsicosociales que se dan en el proceso de envejecimiento de la mano del estudio gerontológico. De esta forma, incluirlos en el conocimiento acerca de la respuesta del ser humano en momentos de crisis general. Y en última instancia, entender de qué forma podría, la ya existente psicología de las emergencias, beneficiarse en su principal objetivo; atender y apoyar a la persona. En este caso personas mayores ante la ruptura de su equilibrio psicológico en momentos de crisis.

Para alcanzar los objetivos anteriores, se divide el cuerpo teórico del trabajo en tres pilares fundamentales, cuya construcción se ha realizado en base a una exhaustiva revisión bibliográfica.

En el primer pilar presentado se abordan las cuestiones relacionadas directamente con el envejecimiento en la vejez. Desde el ámbito gerontológico, se analizan los aspectos más importantes en la vida de una persona envejecida. Así como los principales problemas, tanto individuales como sociales, que requieren de actuación conjunta para mitigar y aumentar la calidad de vida de estas personas.

La psicología de las emergencias y su objeto de estudio presiden el desarrollo del segundo pilar. En este se pretende demostrar el cuerpo teórico y la experiencia práctica que existe alrededor de la respuesta humana ante emergencias psicológicas.

Por otro lado, se persigue describir la normalidad psicológica a la que se enfrenta la persona en momentos de crisis general y finalmente la forma en la que se proporciona apoyo profesional en base a este conocimiento.

Por último, el tercer pilar materializa el objetivo principal; dar forma a una psicología de las emergencias gerontológicas. Este objetivo final se pretende alcanzar a través de la convergencia del estudio de los aspectos característicos y de la vivencia multidimensional del envejecimiento, junto con el conocimiento y formas de actuación de la psicología de las emergencias.

En última instancia una persona no puede evitar no gestionar su propio malestar. El apoyo proporcionado ayudará o no a la manera en la que lo haga, pero nunca se reducirá su capacidad de autodeterminación. La motivación del presente estudio reside en descubrir de qué forma puede la psicología ayudar a las personas mayores, sin desvalorizar su idiosincrasia vital, a gestionar los momentos más duros de su vida. Como son los momentos de crisis.

Objetivos

1. Revisar la bibliografía acerca del proceso de envejecimiento en la vejez desde una perspectiva multidimensional y multidisciplinar.
2. Revisar la bibliografía acerca de la psicología de las emergencias y su objeto de estudio.
3. Analizar la relación entre los cambios que se producen en el proceso de envejecimiento y la respuesta ante crisis general del individuo.
4. Investigar la asistencia psicológica ante crisis general en personas mayores por parte del/la psicólogo/a de las emergencias.

Metodología

En el presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en un periodo de ocho meses. Desde octubre de 2021 hasta junio de 2022 respectivamente. Las bases de datos revisadas han sido: Dianlet, el servicio de biblioteca de la Universidad Abat Oliva, el servicio de la biblioteca de la Universidad Nacional de Irlanda y Google

Académico. El criterio de selección de los artículos revisados ha sido principalmente el tema investigado y la fecha de publicación. Se han priorizado los artículos más recientes en aquellos temas que requieren de constante actualización científica.

Los términos clave para identificar los artículos utilizados han sido: “proceso de envejecimiento”, “vejez”, “personas mayores”, “discriminación por edad”, “Edadismo”, “psicología de las emergencias”, “trauma”, “crisis psicológica”. Adicionalmente, se han empleado los mismos términos en inglés: “Ageing process”, “old age”, “elderly”, “age discrimination”, “Ageism”, “psychology of emergencies”, “trauma” y “psychological crisis”. Las fechas de publicación oscilan entre el 2003 y el 2022 respectivamente.

En suma, se han revisado las publicaciones oficiales de distintas organizaciones públicas que son reconocidas por tener un importante papel en la promoción de conocimiento en relación con el tema principal del trabajo: Colegio general de la Psicología en España, Instituto de Personas Mayores y Servicios Sociales, Organización Mundial de la Salud y Help Age.

Finalmente, la búsqueda literaria ha abarcado la revisión de varios libros publicados. Se destaca la fecha de publicación de estos, la cual dista de ser reciente. No obstante, no están considerados obsoletos en su contenido.

1. Conceptualización del envejecimiento en la vejez

A continuación, se exponen los aspectos más importantes a presentar en relación con el envejecimiento en la vejez. Ambos conceptos están íntimamente relacionados, aunque cada uno define distintas realidades. A su vez, comparten una extendida historia de estereotipos y prejuicios que no juegan a favor de las personas a las que hacen referencia. Se destaca la necesidad actual, tanto en la comunidad científica como en la sociedad general, de reconceptualizar, es decir, educar una nueva visión de la realidad que envuelve ambos términos. Parte de esta argumentación se apoya en los estudios que señalan el impacto que pueden tener las creencias negativas asociadas al envejecimiento en la salud mental de las personas mayores (Barranquero y Ausín, 2019).

1.1. Literatura: historia y actualidad

Es lógico entender que a lo largo de la historia todos los seres humanos han pasado por un proceso de envejecimiento, dado que así lo indica nuestra naturaleza; sin embargo, lo que ha cambiado, es la duración de este proceso. Es decir, tal y como explica la Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021b), las personas viven más que antes en todo el mundo, y alcanzar la vejez, se ha vuelto la norma en vez de la excepción. En este sentido, existe un sentimiento de logro por haber descubierto los medios para aumentar la esperanza de vida, y paralelamente una progresiva adquisición de connotaciones negativas hacia el mismo logro, la vejez (Cantos, 2019; Lehr, 1988).

Como en cualquier otro aspecto de la vida humana, para entenderlo hay que revisar el proceso por el cual ha llegado a configurarse hasta el presente. En este caso la literatura permite hacerlo.

Por ejemplo, El Instituto de Mayores y Servicios Sociales ([IMSERSO], 2008) analiza la transformación lingüística y los mitos que acompañan estos cambios. Destaca la importancia de hacerlo en el estudio del ámbito gerontológico y se entiende que el sentido de atender a estas matizaciones radica en que de ellas suscita una posibilidad de cambio.

Dadas las limitaciones del presente trabajo no es posible realizar el recorrido histórico que existe de tales nociones. En este sentido, "La vejez" de Beauvoire (2013) es uno de los trabajos más citados entre los/las profesionales que tratan de avanzar en esta historia.

En la línea del anterior autor, una de las conclusiones que expone Lehr (1988), sirven para resumir la idea principal que se pretende transmitir. La autora sostiene que a medida que una sociedad se aleja de su forma primitiva y empieza a poseer una estructura industrializada de convivencia, la concepción sobre las personas mayores se vuelve más negativa. Es por ese motivo que se identifica la atribución de un valor positivo en las sociedades cazadoras-recolectoras y posteriormente agrícolas al hecho de ser viejo/a (López y Marín, 2016).

Por el contrario, en la sociedad occidental actual, caracterizada por ser un estado de bienestar individualista a través de muchas formas de vida social e individual, se manifiesta un valor negativo hacia la vejez y todo lo relacionado. La vejez como plenitud de la vida y apogeo vital, que se consideraba en las sociedades tradicionales, se ha olvidado para dar paso a la visión de esta como la última etapa de la vida en la que no hace falta “gastar” recursos dentro de la estructura social (Philibert, M, 1998 como se citó en IMSERSO, 2008).

En resumen, de lo anterior, la vivencia individual actual del envejecimiento en la vejez, tanto en la esfera física, psicológica y social no es la misma que la que se vivía en el pasado y tampoco el significado que se le otorga en sociedad.

Actualidad

Siguiendo la definición de salud de la OMS (2014) se afirma que la esfera física de la persona no define su estado de salud. De esta forma, la presencia de enfermedades físicas propias del envejecimiento no son peso suficiente para categorizar a la persona mayor como carente de salud. Ésta viene determinada por factores físicos, psicológicos y sociales (OMS, 2022). Es por ello por lo que cualquier intento de mejorarla se deberá intervenir, en la medida de lo posible, en todas estas esferas de la vida humana. El envejecimiento, como parte de la vida de una persona, va a estar determinado y puede estudiarse desde la esfera física, psicológica y social. No obstante, la edad puede analizarse desde distintas perspectivas y criterios por los cuales se mide el paso del tiempo en el ser humano.

Cantos (2019) determina que categorizar a las personas de forma objetiva sobre la base de los años vividos hace referencia a la edad cronológica. La edad biológica, defiende que se refiere a la funcionalidad vital de la persona, dándose la posibilidad de poseer mayor o menor edad biológica en una misma edad cronológica. La edad psicológica expresa que hace referencia a la capacidad de adaptación y respuesta del individuo, y, por lo tanto, a una flexibilidad de las capacidades psicológicas en base a

los cambios que se producen. La edad social, por último, la autora expone que son las expectativas conductuales de una determinada edad cronológica.

La manera en la que se entiende y conceptualiza los cambios que se dan a lo largo del proceso de envejecimiento (edad cronológica; biológica; psicológica; social), explica cómo la sociedad se acerca y trata a las personas mayores. Si la sociedad entiende que los cambios biológicos, y consecuentemente también psicológicos relacionados con la edad cronológica, son una declinación, ¿qué imagen se consigue de la persona mayor?, y, ¿qué espacio se le otorga en sociedad?

La Gerontología es la ciencia integradora que estudia el envejecimiento en la vejez desde todas sus dimensiones. Las disciplinas que la conforman (Geriatría, la Gerontología social, la Biología del envejecimiento y la vejez, la Psicología del envejecimiento y la vejez, etc.) toman un objeto de estudio distinto en la globalidad del ámbito gerontológico. Consecuentemente, dentro de un marco consensuado se pueden encontrar confusiones por motivo de discordancia en la nomenclatura empleada.

Hasta ahora se ha hecho referencia al envejecimiento de forma predominante. Dado que la división de la vida por etapas, que de forma consensuada, se divide entre infancia, adolescencia, adultez y vejez (Fernández-Ballesteros, 2004) formaría parte del constructo social y seguramente de forma más adecuada de un constructo político.

Sin embargo, teniendo en cuenta lo anterior, es importante señalar que desde la Gerontología hay una marcada alusión a la carencia de interés y estudio en la etapa de la vejez comparado con el resto de las etapas vitales (Noriega et al., 2017).

En consonancia con las distintas miradas que se realizan sobre la edad, López y Marín (2016), distinguen tres tipos de perspectiva que contempla el proceso del envejecimiento:

- Ciclo vital. Tiene en cuenta los cambios biológicos que se dan en el organismo con el paso del tiempo que además los organiza según un proceso de crecimiento y declinación. En la infancia se encuentra en una fase de crecimiento hasta que llega a la adultez, en la que se frena el crecimiento y empieza la fase de declinación.
- Transcurrir de la vida. Es una alternativa a la perspectiva del ciclo vital. Se considera que el ser humano es cambiante, así como las características del medio en el que se desarrolla y, por lo tanto, el estado actual de la persona en la vejez es un continuo de pérdidas y ganancias.

- Curso de vida. Se tienen en cuenta los procesos sociales y culturales en los que está envuelta la persona.

El estudio del ciclo vital es de suma importancia. Por ejemplo, entender lo que causa las pérdidas de memoria en el envejecimiento permite elaborar un plan de tratamiento farmacológico y psicosocial que ayude a mantener el estado cognitivo o incluso a prevenir su deterioro.

Sin embargo, es interesante no perder de vista lo que se ha expuesto cómo “el Transcurso de vida”, y considerar que estas pérdidas de memoria no determinan que esa persona esté en un estado de declive (López y Marín, 2016; Noriega et al., 2017)

Para enfatizar la distancia terminología que existe sobre este tema cabe destacar que algunos de estos autores hablan del transcurrir de la vida bajo el término de ciclo vital. Se intuye de esta forma que no resulta sencillo entender la complejidad del asunto bajo esta disposición y que podría relacionarse con la carencia de atención científica que ha marcado al ámbito gerontológico, como previamente se ha anunciado (Noriega et al., 2017).

Si bien, el concepto ciclo de vida, es un término extendido tanto en el lenguaje académico como en el popular, muchas veces es utilizado de modo descontextualizado (Ibáñez, 2020), como es en el caso anterior. En conclusión, rigurosamente, la edad biológica es el objeto de estudio principal de la Geriatria, y no el de la Psicología o Sociología propiamente.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, es evidente que el problema está en ver los cambios del envejecimiento como un problema, pero no que estos sean uno como tal (Cruikshank, 2003 como se citó en Berger, 2009).

Todo y que, la edad cronológica y la edad biológica son formas objetivas de dirigirse a la edad, la edad social varía en el tiempo y es la que explicaría las actitudes discriminatorias hacia las personas mayores, así como el cambio con respecto a la vivencia del envejecimiento en el pasado (Domínguez, 1998, como se citó en Barranquero y Ausín, 2019). Ni la edad cronológica ni biológica, si bien necesaria en el estudio, puede definir a una persona en tanto que a lo largo de su vida va a vivir experiencias de muy diferente índole en cualquier momento. En otras palabras, la interiorización de estas ideas ayuda a entender que independientemente de la edad cronológica, el momento vital en el que se encuentre una persona va a estar determinado por factores de naturaleza variada, y como consecuencia no es correcto homogeneizar a ningún grupo etario bajo este criterio.

Los/las profesionales que participan en la creación del Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS, 2015) afirman que ha habido un avance en el estudio y ajuste consecuente de la transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional. Sin embargo, ante la diversidad personal que existe entre las personas mayores, el informe denuncia que no hay un nivel adecuado de formación entre los/las profesionales de la Gerontología y que por el momento la solución a estos dilemas no son un deber primario en las agendas gubernamentales (OMS, 2015; Bazo, 2008).

1.2. Envejecimiento biológico, psicológico y social

Es necesario diferenciar qué es envejecimiento y qué es vejez, ya que sin una experiencia previa en el ámbito podrían tratarse como sinónimos.

López y Marín (2016) defienden que el envejecimiento puede definirse como un proceso que se inicia en el momento del nacimiento y acompaña a la persona hasta su fallecimiento.

En consonancia, definen la vejez como la etapa final del proceso de envejecimiento. Es decir, como producto, y paralelamente como proceso por el cual la persona sigue desarrollándose hasta sus últimos días. De esta forma, la vejez es el resultado de lo que anteriormente ha sucedido en la vida de la persona; “la vejez se construye desde el momento en que se nace” (López y Marín, 2016, p.176).

Una profesional muy reconocida en el ámbito gerontológico, Fernández-Ballesteros (2004) expone que en la medida en la que existen distintos estados de la vida, la vejez es uno de ellos y el envejecimiento ocurre a lo largo de todos.

Si bien las definiciones anteriores hacen pensar en una realidad adherida únicamente a la esfera individual del ser humano, son a la vez un constructo social en cuanto que generan un significado compartido en los miembros de la sociedad (Cantos, 2019).

Fernández-Ballesteros (2004) defiende que, partiendo de la antropología biopsicosocial del ser humano, tanto el envejecimiento como la vejez son susceptibles de estudio multidisciplinar, estando, por lo tanto, incluidos como conocimiento psicológico y social, superando la perspectiva biológica determinante.

Los dilemas tanto individuales como sociales que envuelven el envejecimiento y la vejez son objeto de estudio pertinente y necesario en el ámbito psicológico. El conocimiento del origen de los problemas psicológicos que envuelven esta etapa de la vida proporciona herramientas para prevenir su aparición, así como para empoderar su gestión y superación.

En resumen, tal y como enmarca IMSERSO (2008) los cambios biológicos relacionados con la edad, sumado al espacio social y cultural que adquiere la persona mayor, son la principal fuente de influencias que marcan el proceso dinámico de envejecer.

Envejecimiento Biológico y psicológico

La personalidad humana no viene adherida al nacimiento, al contrario, esta se forma una vez la persona está en contacto con el medio que la rodea y en interacción con su biología. De hecho, cuanto mayor es la persona, más fácil es identificar su idiosincrasia.

La Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano (2000, como se citó en López y Marín, 2016) señala que efectivamente las personas mayores son el grupo de la población entre la que encontramos más diferencias interindividuales. En este contexto, Robert J. Havighurst (1961, como se citó en OMS, 2015), pionero de la Gerontología, defiende y justifica que, si dentro de esta ciencia se encuentra una multiplicidad de valores y profesionales, es por la existencia de dicha diversidad.

Es coherente, por lo tanto, que los/las profesionales del ámbito se refieran a “vejeces” (Berger, 2009; López y Marín, 2016) en vez de vejez, en tanto que no es posible definir esta etapa de la vida incluyendo a todas las personas que se encuentran en ella.

El estereotipo alrededor de los cambios biológicos del envejecimiento postula que se trata de la constante aparición de enfermedades por las cuales se genera un “destino” predominantemente hospitalario del que la persona mayor no puede escapar (Barranquero y Ausín, 2019). Para confrontar esta visión es necesario atender a lo que sucede más allá de los signos que se observan en la apariencia física y comportamental de la persona mayor.

El proceso de envejecimiento como antes descrito, en el ámbito biológico, es conocido bajo el término senescencia. Los cambios fisiológicos de la senescencia se dividen en base a la naturaleza o bien primara del propio proceso, sin que este pueda ser detenido, o por naturaleza secundaria (Berger, 2009). Esta última hace referencia a la individualidad y unicidad de los sucesos y factores de la vida de cada persona, que van a influir en el proceso de envejecimiento (Berger, 2009). De esta forma, el envejecimiento primario, determinado por herencia, en contacto con el medio exterior que transcurre a lo largo de la vida, genera el envejecimiento secundario (Berger, 2009).

Consecuentemente lo que sucede es que cualquier aspecto negativo que aparezca en la vejez puede relacionarse directamente con la edad y no como producto del envejecimiento secundario (IMSERSO, 2011).

Son numerosas las teorías que intentan explicar la etiología de estos cambios biológicos. Ya en 1999 el biólogo Medvedev, especializado en genética y gerontología (como se citó en Berger 2009; López y Marín, 2016) citó más de 300 teorías.

Entre ellas, Berger (2009), destaca la teoría del desgaste, la teoría de adaptación genética y la teoría de adaptación selectiva, como aquellas que se mantienen activas en el debate de investigación actual.

La principal definición de este proceso, senescencia, puede describirse por un cambio en la capacidad funcional de todos los sistemas vitales a medida que la edad avanza, atisbando los primeros signos de cambio ya en la adolescencia (Fernández-Ballesteros, 2004). Como resultado, en la vejez, aparecen múltiples formas de enfermedad que no aparecen en edades más tempranas, al no constar con una vulnerabilidad biológica como se da en esta última etapa de la vida.

No obstante, para entender la aparición de una enfermedad en la vejez, es necesario ser consciente de la compleja relación entre el envejecimiento primario y secundario. Los hábitos de salud, incluyendo fundamentalmente una buena nutrición, actividad física continuada, y la abstinencia de sustancias dañinas, son factores clave (Berger, 2009), en la calidad de vida que resulta durante este proceso.

Los cambios que se manifiestan en la apariencia física son los primeros signos del envejecimiento de una persona para consigo misma y los demás, constituyendo de esta forma la principal fuente de la discriminación (IMSERSO, 2011).

Sin embargo, en un plano menos visible existe también un enlentecimiento de los sentidos: pérdida de audición (presbiacusia), disminución de la plasticidad del cristalino (presbiopía) y cataratas, cambios en el olfato y el gusto, etc., lo cual tiene un gran impacto en la vida social generando vulnerabilidad y pérdida de autosuficiencia (López y Marín, 2016). En este sentido, Berger (2009) enfoca los cambios hacia la tecnología asistida que permite reducir el deterioro de calidad de vida que puede surgir, así como la prevención del deterioro por parte de la medicina.

Por último, el cerebro, como cualquier otro órgano queda sujeto a la influencia del envejecimiento primario y secundario. La reducción de la producción de neurotransmisores se relaciona con la capacidad de transmisión sináptica y por lo tanto con un enlentecimiento cognitivo general (Fernández, 2010).

A nivel morfológico, el cerebro reduce su tamaño; las áreas relacionadas con la memoria, como el hipotálamo, o la capacidad ejecutiva del córtex prefrontal se observan significativamente reducidas comparado con población joven (Berger, 2009). En esta situación, cobra sentido el concepto de reserva cognitiva haciendo referencia al efecto protector que puede ejercer el envejecimiento secundario sobre estos cambios normativos del cerebro en la vejez.

El enlentecimiento cognitivo provocado por la senescencia se produce de una forma gradual, y encuentra su auge de manifestación a partir de los 70 años (Fernández-Ballesteros, 2004). Debido a que las funciones psicológicas dependen de la funcionalidad biológica de los sistemas a los que pertenece, los aspectos anteriormente citados se relacionan con pérdidas en los distintos dominios psicológicos como la percepción, la atención, habilidad visoespacial, orientación, memoria, lenguaje y cálculo. Las pruebas de coordinación viso-motriz o de memoria de trabajo corroboran dicha relación entre el envejecimiento biológico y psicológico (IMSERSO, 2011).

Con todo, hay algunos componentes cognitivos que, a pesar de experimentar un cambio, van a seguir proporcionando una funcionalidad adecuada en la persona incluso alcanzando su máxima expresión llegada la vejez (Berger, 2009; Fernández-Ballesteros, 2004).

Esto es lo que se ha comentado con anterioridad sobre el continuo de pérdidas y ganancias que se da a lo largo de la vida. En particular, las variables de personalidad, afectivas y familiares no presentan un nivel de deterioro en los estudios con grandes poblaciones (IMSERSO, 2004). En efecto, la amplitud del vocabulario o el equilibrio afectivo se perfeccionan en la vejez (Fernández-Ballesteros, 2004).

En resumen, no se puede negar que los efectos del envejecimiento quedan reflejados en los resultados de pruebas psicométrías construidas para evaluar el nivel físico y cognitivo de la persona. No obstante, las capacidades psicológicas para hacer frente a la adversidad, fruto de procesos de aprendizaje durante toda la vida, justifican que las personas mayores mantengan una actitud positiva y motivación ante su experiencia, pudiendo incluso presentar tendencias de cambio positivo (IMSERSO, 2004).

Noriega et al., (2017) desarrollan en su trabajo el paradigma detrás del Modelo de Optimización Selectiva con Compensación. Proponen que un envejecimiento óptimo, aquel que persiguen tanto las instituciones y organizaciones públicas, estaría adecuadamente enfocado cuando el objetivo fuese minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias.

Es decir, consideran que las limitaciones biológicas y culturales bajo las que se encuentra la persona mayor pueden ser satisfactoriamente transitadas a través de un apoyo del medio externo y el papel activo del individuo. En este último caso, se defiende que la persona mayor, tal y como lo ha hecho a lo largo de su vida, tiene la capacidad de desarrollar recursos y estrategias personales para combatir determinadas situaciones de la vejez.

Envejecimiento Social

La persona mayor desarrolla un papel determinado dentro de la estructura social, en el núcleo laboral, familiar, político y económico. A su vez, el estado tiene un rol esencial en la vivencia de estos aspectos. Tal y como enmarca IMSERSO (2008) el simple hecho de envejecer incluye esta idea; la persona mayor se sitúa en un universo cultural envuelto de costumbres y creencias acerca del rol que ha de desempeñar. En resumen, para conseguir un desarrollo sano de las actividades sociales, tanto la persona como la sociedad tienen un papel a desempeñar (Lehr, 2008).

El incremento de la esperanza de vida ha proporcionado un marco de tiempo en el que las acciones del estado son fundamentales para optimizarlo al máximo posible. Si esto no sucede, las creencias detrás de los estereotipos se cumplen, la persona mayor envejecida no recibe el soporte para gestionar su propia vida y las dificultades que esta pueda presentar.

En el marco jurídico de toda Europa Occidental, el proceso de envejecimiento de una persona es considerado parte de la vejez (etapa de la vida) una vez alcanza los 65 años (Barranco, 2020). Los cambios que atraviesa la persona al llegar a la vejez implica una nueva forma de convivir en el mundo y consigo mismos, y en algunos casos la identidad puede llegar a verse afectada (IMSERSO, 2008). Como ejemplificación, el cese de la actividad laboral a partir de la edad de jubilación, a los 65 años, implica no formar parte de la población activa dentro del mercado laboral, pudiendo ser el extremo opuesto al rol social que se había empleado con anterioridad (Noriega et al., 2017).

De hecho, en la medida en la que una persona es legalmente aceptada para jubilarse, entonces se la considera una persona mayor. La explicación radica en que, a nivel jurídico, y en concreto dentro del grupo de población activa, se considera que una persona puede acceder a las prestaciones que proporciona la seguridad social en base a esta edad cronológica. Es por ello por lo que, sin haber existencia de un concepto jurídico de persona mayor, esta se relaciona directamente con el alcance de

la edad de jubilación, y la jubilación se relaciona de forma directa con la vejez (Barranco, 2020; IMSERSO, 2008).

¿Qué consecuencias tiene la inexistencia de un concepto jurídico de persona mayor, y su consecuente o alternativa vinculación a la jubilación? Lehr (2008), argumenta que, ante la diversidad personal, la edad cronológica, como muchas otras maneras de funcionamiento institucional, es claramente un factor poco acertado para decidir medidas políticas.

Cambios personales tan importantes como el anterior, van a requerir de un proceso de adaptación por parte de la persona (Noriega et al., 2017) así como un trato estatal que promueva la participación y adquisición de nuevos roles sociales bajo las características personales que conlleva el envejecimiento. En este sentido, el envejecimiento activo es la propuesta que la OMS introduce en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento (1982) como medida para optimizar la salud y promover la adquisición de un rol activo en la persona que envejece. Por el contrario, vincular a la persona mayor como alguien pasivo, inactivo o desvinculado, valores adheridos a la jubilación (IMSERSO, 2008) no ayudan a mejorar la calidad de vida perseguida.

Ribera et al. (2016) revisan las partes de la legislación española que recogen estas cuestiones. Concluyen que, a pesar de haber una intención protectora ante la discriminación por edad, su puesta en práctica no parece estar cumpliendo de forma adecuada. Parte del motivo podría deberse a que el beneficio económico suele liderar el objetivo de las medidas adoptadas por parte del estado (Barranco, 2020; Ribera et al., 2016).

Rogero-García (2009), señala que actualmente las personas mayores que están en situación de dependencia reciben cuidado por parte de los integrantes de su red social (cuidado informal), por parte de instituciones públicas o privadas (cuidado formal), una combinación de ambas o en el peor de los casos ninguna de las opciones anteriores. En su estudio, el autor concluye que el 89,4% de la muestra (6.134 personas mayores en situación de dependencia que realizaron la Encuesta Nacional de Salud en 2003) recibían cuidado informal, el 22,9% cuidado formal, privado o público (14,8% y 8,1% respectivamente), y el 7,5% no recibía cuidado de ningún tipo. La tendencia, sin embargo, apunta a una reducción de las estructuras de vivienda compartida por varias generaciones, sobre lo que Lehr (2008) argumenta que supondrá una preeminencia de cuidados formales más que informales con el tiempo. La autora añade que si bien se reporta una mayor prevalencia de personas mayores que viven solas, esto no parece estar vinculado con la falta de vínculos afectivos.

No obstante, la soledad está asociada a factores como fragilidad, dependencia funcional, situaciones sociofamiliares deficitarias, problemas de salud, posibles alteraciones del comportamiento y rechazo sistemático a las ayudas sociales. Generando de esta forma un grupo de riesgo social y sanitario (Santos-Olmo, 2008).

En el ámbito sociosanitario, se denuncia la intención ahorrativa que se realiza hacia las personas mayores en el consumo de ciertos medicamentos, a través de medidas como el “copago farmacéutico”, “euro por receta” o la obligación de “visar” ante las autoridades correspondientes. También, a la edad como criterio para el acceso a recursos destinados a la detección precoz de determinadas enfermedades, así como para el incumplimiento de protocolos de diagnóstico y tratamiento (Ribera et al., 2016).

Los estudios relacionados con la salud mental de las personas mayores son escasos y en ellos parece que los prejuicios y estereotipos alrededor de los cambios psicológicos propios del envejecimiento funcionan como sesgo evaluativo (de Mendonça, 2003).

Las consecuencias resultan en no establecer un diagnóstico que permita el acceso al tratamiento necesario por el error de considerar que el cuadro sintomatológico forma parte del curso normativo del envejecimiento. Sobre todo, en presencia de sintomatología depresiva (OMS, 2017).

Otros autores exponen que esta reticencia a “gastar” es una característica de la mayoría de las políticas públicas. Aun cuando llevan el nombre de envejecimiento activo y saludable, las características de la vejez se utilizan como una forma de justificar determinadas acciones con para estas personas y “salvar” el gasto público “innecesario” (Barranco, 2020).

Ante estos datos, la OMS (2017) declara que aproximadamente más del 20% de personas mayores sufren de algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los trastornos con más prevalencia. Configurando el 6,6 % de la discapacidad total en este grupo etario (OMS, 2017).

A su vez, la organización señala que el estado civil, el nivel socioeconómico y la presencia de discapacidades son riesgo de problemas en salud mental dentro de esta población.

En concreto, mantener la actividad laboral, estar soletero/a, poseer un mayor nivel económico, vivir solo/a y el número de contactos con personas significativas, serían los factores que más relacionan más positivamente con la salud mental en la vejez (Zamorano, et al., 2019).

Si bien es cierto que las personas mayores hacen uso de un mayor número de recursos médicos y sociales con el fin de apoyarse en los cambios que acarrea el envejecimiento. De forma general, son calificados con un nivel de dependencia mayor al que necesitan (Barranquero y Austin, 2019; Berger, 2009).

En este contexto, Gómez (como se citó en Geriatricarea 2019) refuta esta dañina creencia haciendo hincapié en la fuerza de la medicina paliativa. El Dr. defiende que este tipo de cuidados permiten no solo apoyar al paciente hasta sus últimos días, también involucra a la red de personas que se encuentran alrededor, familiares, enfermos y los/las propios/as profesionales que pueden verse afectados por la defunción del paciente.

En otras palabras, no existe un gasto inadecuado, más bien necesario y con una amplia gama de beneficios humanitarios para el futuro.

1.3. Discriminación por edad: Edadismo

La discriminación por edad, y con ello las creencias, estereotipos, prejuicios y actitudes de los cuales se han ido dando pistas, llevan el nombre de Edadismo.

La discriminación es la manifestación visible de la representación mental en base a la cual se realiza la acción (Ribera et al., 2016). Negar el empleo por cuestión de edad, en este caso a personas mayores, es un ejemplo observable de Edadismo. Barranquero, y Austin (2019) defienden que se trata de la discriminación con más peligro debido a que cualquier persona, una vez llegada a la vejez, puede sufrirla.

Como riesgo y complicación a la hora de eliminar estas conductas, se encuentra que carecen de un componente consciente en muchas ocasiones (Fernández-Ballesteros, 2004). Además, la propia formulación del Edadismo no permite considerar las tendencias y características positivas de la persona mayor, exagerando únicamente de forma negativa otras pocas (Barranquero y Ausín. 2019). Teniendo en cuenta lo anterior, se vuelve a destacar el papel del estado para promover la deconstrucción de estos aspectos.

Es interesante enlazar el Edadismo con lo que el sociólogo Duarte (2015) desarrolla en su teoría de las sociedades adultocéntricas. El autor defiende que hay una coexistencia de sistemas de poder, entre otros como el capitalismo, racismo y patriarcado, con aquel que discrimina por edad.

El mundo según Duarte gira en torno a la persona adulta, esta es el ideal a seguir y la fuente de plenitud humana. De esta forma, en consonancia con la teoría desarrollada hasta el momento, hay una profunda y poderosa ignorancia al resto de poblaciones

etarias. De hecho, el autor alude a la influencia de la ciencia en la construcción de un sentido del paso del tiempo, en términos de crecimiento y declinación.

Es decir, desde la perspectiva del ciclo vital que se ha comentado con anterioridad, reconoce que la dificultad para entender que estas nociones son un constructo social provienen del origen científico en la distinción de las etapas vitales.

1.4. El envejecimiento de la población

Entender el envejecimiento es un paso clave para cambiar la condición de vida de las personas mayores y reducir el trato discriminatorio que reciben, más aún en el contexto demográfico en el que se encuentra este segmento de la población.

“Un mundo de 7 mil millones” es el nombre que el Fondo de Población Mundial de las Naciones Unidas ([UNFPA], 2011) elige para celebrar en 2011 el alcance de los 7.000 millones de personas en el mundo. En 2050, OMS (2021b) estima que la población aumente significativamente, pudiendo llegar a los 11.000 millones en 2100. A este escenario la organización añade que ha habido un aumento de la esperanza de vida, y que el número de personas mayores superará en los próximos años a las personas entre 15 y 24 años, habiendo ya superado a los menores de cinco años en 2018. Esto significa un cambio en la estructura poblacional tradicional, existiendo una tendencia doble de crecimiento por la que se ha superado el alcance de 1000 millones de habitantes, en cientos de miles de años, a en tan solo 200 alcanzar 7000 millones, aclara la organización.

A fecha de hoy, la población total en millones es de 7,954 y en total el 10% son personas de más de 65 años (UNFPA, 2022).

En base a este marco nace la Década del Envejecimiento Saludable, desde 2021 hasta 2030, como respuesta de la OMS a las necesidades que genera una población en crecimiento y envejecida.

Bazo Royo (2008) expone que el envejecimiento es una realidad que se da en todas las sociedades y culturas, sin embargo, la visión de este es diferente entre muchas de ellas; no todas las agendas sociales y políticas marcan como prioridad el comedido, a pesar de que sea un escenario global. Las desigualdades en la calidad de vida de las personas que viven en países subdesarrollados son un ejemplo de ello, comenta la autora. Además, añade que la representación social del envejecimiento también abarca el ámbito demográfico. En ocasiones se alude al miedo de la sociedad ante el crecimiento poblacional y a la mirada del envejecimiento como un desafío al que

enfrentarse, en vez de percibirlo como una oportunidad de mejorar y aprender (Barranco, 2020).

1.5. Propuestas de cambio para la mejora

Desde las propuestas que responden a las necesidades del envejecimiento poblacional se incide en comprender que el estado de una persona mayor no es cuestión de azar y que en este sentido, a pesar del estado de salud, pueden gozar de las mismas condiciones de vida que el resto de los grupos etarios (OMS, 2021b). En este contexto, se añade que la violación de los derechos de una persona mayor es una situación que se repite de forma reiterada.

Retomando la idea del envejecimiento como un problema construido por la sociedad (Cruikshank, 2003, como se citó en Berger 2009) el informe mundial sobre la discapacidad (OMS,2011) hace referencia a un cambio esencial, aún en proceso de hacerse realidad, en la mirada hacia las personas con alguna dificultad de salud. Esto es cualquier estado que condicione su funcionalidad diaria y genere una interferencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria.

La nueva mirada involucra tres actores en su aparición, en vez de atribuir únicamente al cuerpo de la persona (OMS, 2011). De este modo se entiende que la presencia de un problema de salud no determina que una persona posea una discapacidad, empero es su interacción con factores personales y ambientales los que dan pie a su aparición (OMS, 2021a).

Por ende, las formas de discapacidad se encuentran en cualquier edad cronológica todo y que, en la vejez, dadas las características de esta, existe una alta prevalencia (OMS 2011; OMS, 2021a).

Consiguientemente, la discapacidad se plantea como una realidad multidimensional en la que participan factores personales, incluida la actitud de la persona, y factores del entorno físico y social (Zamorano et al, 2019).

Puede realizarse una analogía de esta transición con la teoría de locus de control de Julian Rotter (1966). Según Rotter las personas tienen la posibilidad de atribuir el control de lo que sucede en sus vidas, o bien a sus propias capacidades o a factores externos. Ante una persona con un problema de salud, la sociedad y el estado solían atribuir el poder de cambio a la “curación” del problema; el locus de control era externo. Si bien existía un problema social con respecto las personas “con discapacidad”, el estado no proporcionaba más respuesta que soluciones superficiales y segregativas

como por ejemplo escuelas especiales o instituciones residenciales (OMS, 2011), sin ello significar la posibilidad de ejercer un rol activo y participativo real.

Hoy en día, el locus de control de la sociedad ante una persona en situación de discapacidad es interno. Se ha pasado de un modelo médico a un modelo social, y se considera que una persona con una determinada condición se encuentra por la forma de su ambiente en una situación de discapacidad (Barranco, 2020; OMS, 2011). Una persona mayor en silla de ruedas tendría que poder pasear por la plaza real de Madrid; sin embargo, la forma de su pavimento no lo permite. Desde la perspectiva tradicional, la silla de ruedas sería vista como el problema y no el pavimento o la no existencia de paseo adicional.

Los derechos humanos son objeto de muchas críticas, y en todas ellas se destaca la subjetividad desde la cual parecen estar formulados. En el contexto de una persona en situación de discapacidad, se ha hecho referencia a que dar por hecho que la persona es autosuficiente e independiente tiene como consecuencia negar a las que no son percibidas como tal, el goce del derecho en cuestión (Barranco, 2020). Y, en el caso de las personas mayores, según datos de IMSERSO (2014), el 31.9% mayores requiere de ayuda para realizar alguna de las actividades de la vida diaria.

En otras palabras, la condición de fragilidad y necesidad relativa en la que se coloca a las personas mayores no permite que la persona haga uso del principio bioético de autonomía (Ribera et al., 2016).

Con el cambio de paradigma hacia un modelo social, se celebra que se presente la autonomía no como un presupuesto, sino como un objetivo para la posesión de esos derechos (Barranco, 2020). Y que, por lo tanto, todas aquellas respuestas sociales a mitigar los problemas de las personas mayores (entre todas las que comparten la misma situación) las consideren como agentes con dignidad y capacidad de actuación y determinación propia.

Por ese motivo, la OMS (2021a) lucha por promover que en la medida en la que se responda institucionalmente de forma coherente y haciendo uso de estos conocimientos; las condiciones de vida de una persona mayor no están inamoviblemente a ser “menores” que las de otro grupo etario, por el contrario, será en base a las posibilidades y facilidades que se le concedan, que tengan una buena calidad de vida.

La vulnerabilidad intrínseca a la condición humana no es sino un mito más. La creación de vulnerabilidad social (Barranco, 2020), por el contrario, es la realidad a la que se enfrentan muchas personas. Son múltiples los/las profesionales que denuncian esta falta de consideración.

Leher (2008) pone el gran ejemplo de la persona mayor que es capaz de conducir, pero no de caminar, y la falta de vehículos cuyo diseño sea capaz de paliar esta dificultad. Como este, múltiples ejemplos se pueden encontrar en la vida diaria de las personas mayores en interacción con el medio social y cultural en el que viven.

El envejecimiento tiene como limitación la elevada vulnerabilidad a la enfermedad, sin embargo, cualquier acción del estado que promueva y prevenga su aparición estará ayudando a una construcción del envejecimiento en la vejez como óptimo, activo y preventivo de la dependencia (IMSERSO, 2011).

2. Respuesta e intervención en crisis

Este apartado trata de introducir la existencia de una nueva especialidad dentro de la psicología general que, en los últimos años, y a raíz del aumento de situaciones que aclaman su trabajo, ha ganado terreno, y con ello una línea de esfuerzos para integrar dentro del sistema sanitario.

2.1. Atención psicológica en momentos de crisis

Debido a que hay un alto grado de heterogeneidad en la nomenclatura que presentan los distintos estudios del ámbito, se utiliza el marco teórico que las autoras Wairnib y Bloch (1998/2001) presentan en su obra *Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma*.

A lo largo del desarrollo de una persona, pueden aparecer factores físicos, psicológicos y sociales que causan la activación de una respuesta en crisis. Estas circunstancias empero poseen causas variadas. Por ende, para estas autoras, la naturaleza del evento precipitante es el que permite la distinción teórica:

- Crisis Universal. Se producen, o bien por las propias características del desarrollo humano, como, por ejemplo: la infancia y la niñez temprana, la concepción o esterilidad, las crisis que involucran la identidad sexual, las crisis de madurez, la jubilación, la muerte, etc. Por otro lado, las crisis universales, pueden ser causadas por circunstancias que se alejan de la aparente cotidianidad y previsión de la persona. Lo que las autoras identifican en otros autores/as, como crisis circunstanciales o extraordinarias: violaciones, aborto, suicidio, enfermedad subidas o crónicas, viudez, accidentes automovilísticos, etc. Por lo tanto, el término crisis universal hace referencia a la vulnerabilidad inherente a la propia vida, de que estos acontecimientos aparezcan en algún momento del desarrollo vital de la persona. No obstante, otros autores marcan

una diferencia entre las crisis relacionadas con la etapa vital y aquellas circunstanciales, sin generar una categoría conjunta (Fernández, 2010).

- El trauma. Acontecimiento singular y totalmente destructivo, en el que suelen haber afectados más allá de las personas inmediatamente involucradas, esto es familiares y la comunidad en general. Incluiría sucesos como: accidentes aéreos, huracanes, exposición a elementos tóxicos, asesinatos en serie, tiroteos, bombas terroristas, etc.

Para estas autoras, tanto las crisis universales como el trauma generan un concepto integrador, que facilita la academia de estos aspectos: momentos de crisis general.

La dificultad terminológica, a la que se hace alusión, reside en el hecho de emplear el término trauma aun cuando no ha habido presencia de estados psicológicos desadaptativos o patológicos. Por ende, si bien no dificulta la práctica del/la profesional en el ámbito de las emergencias, sí que refleja una clara dificultad académica y literaria a la hora de dirigir el estudio. De ahí la necesidad de incluir esta idea al inicio del apartado.

Los criterios que unen a todo suceso dentro de la categoría de crisis general, por lo tanto, se pueden resumir en la definición de un acontecimiento que implica una crisis emocional y psicológica (Consejo General de la Psicología en España [CGPE], 2020), en la que hay una limitación en los recursos personales que no permiten gestionar la situación, debido a las necesidades que el ambiente exige (Robles-Sánchez, 2020). De esta forma, independientemente de la naturaleza del evento precipitante, toda crisis general conlleva una pérdida que requiere de un proceso de adaptación a la nueva realidad (Cavanillas de San Segundos y Martín-Barrajón, 2012).

Los acontecimientos organizadores de una crisis general en la persona o comunidad reciben un nombre distinto, según Bodón y Ríos (2019) por la consideración de cuatro patrones: el número de afectados, el impacto que ocasiona en la comunidad, y la capacidad de recursos asistenciales que se poseen para abordar el suceso. Es decir, a las características del evento.

Ante esto, estas autoras aluden a cuatro posibles escenarios:

- Urgencia. Accidente en el que no hay un elevado número de afectados, la comunidad no se ve afectada, y existen recursos asistenciales para hacerle frente.
- Emergencia. Involucra a un mayor número de afectados y ejerce un cierto impacto comunitario, pero con capacidad local para paliar las necesidades que se desprenden.

- Desastre y Catástrofe. Sucesos en los que hay un gran número de personas afectadas, y la capacidad de respuesta asistencial se ve en el límite de sus capacidades. Existiendo, en el caso de la catástrofe, una incapacidad total de respuesta asistencial, requiriendo ayuda externa, como por ejemplo un Tsunami, comentan las autoras.

Sin embargo, catalogar cualquiera de estos eventos, incluidas las crisis generadas de forma “esperada” por el transcurrir de la vida (crisis universales), como superior a otro evento, únicamente por las dimensiones del acontecimiento, resulta de una consideración del todo subjetiva según Wairnib y Bloch (1998/2001).

En congruencia con la anterior conceptualización, otros autores afirman que a lo largo de la vida pueden aparecer diversos tipos de crisis y que aquellas desencadenadas por un acontecimiento que constituye una amenaza grave para la integridad psicológica o física del individuo, es considerada una situación traumática (Canvillas de San Segundo y Martín-Barrajón, 2012).

En contraposición se consideran eventos de “pequeña magnitud” aquellos que no conllevan un gran despliegue de recursos comunitarios (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021a). Estos últimos, equipararían al término crisis universales de las autoras Wairnib y Bloch (1998/2001).

Ante este marco teórico, durante el presente trabajo, se tiene en mente el concepto evento de riesgo traumático para no desestimar la importancia de cualquier crisis general, y tener en cuenta la diferencia entre el estado normalizado y el patológico, de respuestas humanas ante las mismas; considerando la problemática conceptual de hacer referencia a un evento como traumático, aun cuando no ha habido desarrollo de trauma por parte de la persona.

Queda resaltada la diferencia entre responder a una crisis general por la vivencia de un evento de riesgo traumático, y desarrollar un estado patológico (trauma). Así como la conciencia académica que existe alrededor de la diferencia entre los variados acontecimientos susceptibles de intervención psicológica en momentos de crisis psicológica; crisis vital, urgencia, emergencia, desastre y catástrofe.

Resulta evidente que para la Psicología de las emergencias (PSE) es importante, a la hora de planificar la intervención, poseer información acerca de las necesidades que el suceso despliega (Robles-Sánchez, 2020); un accidente de coche no implica la misma inversión de recursos que un atentado con múltiples afectados y daños materiales, tampoco lo hará una intervención con motivo de la muerte natural de un ser querido. Más aún, cuando los daños físicos a los que está expuesta una persona, ante un evento de riesgo traumático y cómo intervenir, están profundamente

estudiados y plasmados en los protocolos de actuación, sin gozar del mismo avance en el ámbito del daño psicológico (Bodón, 2020).

Dadas las limitaciones del propio trabajo, no es posible desarrollar con profundidad la intervención en crisis que se realiza en cada caso. No obstante, la formación del psicólogo en este ámbito debería incluir conocimiento acerca de los principales principios psicológicos que subyacen a estas experiencias de crisis general, así como los organizativos que se despliegan.

Tales ideas, se desarrollan a continuación a través de la evidencia empírica de distintos estudios sobre la reacción humana ante momentos de crisis general.

2.2. Psicología de las emergencias

De antemano, se presenta la definición que proporciona el CGPE (2020) por su claridad y reconocimiento en el área:

Entendemos la Psicología en emergencias y catástrofes como aquella rama de la psicología que se orienta al estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre, así como de la implementación de estrategias de intervención psicológica orientadas a la mitigación y preparación de la población, estudiando cómo responden las personas ante las alarmas y cómo optimizar la alerta, evitando y reduciendo las respuestas inadaptadas durante el impacto del evento y facilitando la posterior rehabilitación y reconstrucción.

(p.03)

La PSE, en este sentido, utiliza los términos emergencia y urgencia para hacer referencia a cualquier evento susceptible de intervención psicológica en crisis. De nuevo se presenta la diversidad en la nomenclatura empleada por los/los distintos profesionales.

Por otro lado, emergencia sería un concepto que engloba las características y necesidades temporales que toda crisis requiere, y que justifican la acción de la propia disciplina. Esto es una necesidad de actuación en un periodo de tiempo breve e inmediato, tras el inicio del evento desencadenante, que recurra al conocimiento psicológico para apoyar a la persona en el manejo propio de la situación.

Gracias al estudio que existe en el campo, se sabe que no son las características del evento lo que determinan el impacto psicológico en la persona (Fernández, 2010). Motivo por el cual, Wairnib y Bloch (1998/2001), consideran un alto nivel de inferencia tratar de determinar el daño psicológico de cada evento únicamente por sus características.

Bodón (2021) utiliza el término evento traumatogénico para señalar que un acontecimiento es potencialmente traumático sin serlo siempre y para todas las personas.

Por lo tanto, si bien se hace referencia a las situaciones en las que los /las psicólogos/as de las emergencias (PE) actúan, como eventos traumáticos; es importante tener en cuenta que ello no significa la presencia inmediata de un estado patológico, sino que en un primer contacto se va a hacer referencia a una reacción normal ante una situación anormal. De hecho, más adelante se exploran los mecanismos que posee el ser humano para afrontar las crisis y que justifican esta mirada no patologizadora. De ahí que la autora señala que en un primer momento de intervención se trate a las personas no como pacientes sino como afectados. Dejando claro que la aparición de un trastorno mental no será consecuencia única y exclusivamente de las características del evento, sino que implica también factores personales, sociales y culturales (Bodón. 2021; Cavanillas de San Segundo et al., 2012; CGPE, 2020; Fernández, 2010; Wairnib y Bloch, 1998/2001).

Sucede lo mismo que en la etiología de cualquier estado o patología mental, donde a pesar de encontrar marcadores de riesgo, se habla siempre de una multicausalidad. De hecho, cualquiera de estos eventos, tanto en una persona sin padecimiento mental previo como la que lo padece, son susceptibles de verse afectadas de forma severa Wairnib y Bloch (1998/2001). Así, el papel del/la PE será reducir la vulnerabilidad psicología ante las más variadas contingencias y presión, regulando la crisis emocional y psicológica que está ocurriendo en las personas afectadas y el propio grupo asistencial (CGPE, 2020).

La construcción de este cuerpo teórico en España reconoce sus inicios formales más bien hace poco. Es en 1999 que se crea dentro del Colegio oficial de la psicología (COP), el grupo de Experto/os en Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes. El precedente de tal creación se atribuye a la inundación de un camping de Biescas (Huesca), ocasión en la que por primera vez se solicita la asistencia psicológica en momentos como este.

Por otro lado, se reconoce como pionero de las primeras teorizaciones, de la reacción humana ante crisis, al trabajo de Lideram en 1942, tras la muerte de 492 personas

que se encontraban dentro de un local nocturno cuándo prendió en llamas (Cavanillas de San Segundo et al., 2012; Wairnib y Bloch, 1998/2001).

Los posteriores desarrollos, dentro de la PSE, partieron del supuesto clave que reconoce las fortalezas de la persona para enfrentarse a una crisis de esta índole, así como reconocer las necesidades que de ella surge delante de la asistencia de los/las PE, y del resto de profesiones asistenciales dentro de la emergencia (Cavanillas de San Segundo et al., 2012; Wairnib y Bloch, 1998/2001).

Desde entonces, la progresiva evolución desde un modelo clínico tradicional al actual psicosocial en el ámbito psicológico también conlleva que los/las profesionales implicados en el ámbito apunten a que determinados comportamientos sociales han impulsado un aumento de la prevalencia de crisis psicológica o, en otras palabras, eventos de riesgo traumático respecto al pasado (CGPE, 2020; OMS, 2022; Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021a).

De esta manera, se ubica a la persona afectada en un contexto social en el que puede realizarse un importante trabajo de prevención por parte de la PSE (Poseck et al, 2006; Robles-Sánchez, 2020).

El CGPE (2020) apunta al cambio climático y a los altos niveles de contaminación como parte del motivo. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) argumenta que este terreno de vulnerabilidad haría referencia, entre otros, a problemas sociales como los altos niveles de desigualdad económica, discriminación de grupos marginados, y a problemas de carácter psíquico como son las altas tasas de trastorno mental en población general.

En resumen, factores sociales, familiares, de índole personal, esto son las propias capacidades de afrontamiento, y del propio suceso desencadenante junto con sus consecuencias, son los que van a determinar la respuesta de la persona y su proceso de recuperación tras la crisis (Cavanillas de San Segundo et al., 2012; CGPE, 2020; Fernández, 2010; OMS, 2022; Poseck et al, 2006; Robles-Sánchez, 2020; Wairnib y Bloch, 1998/2001).

2.3. Respuesta biopsicosocial ante crisis general

Una vez más, se destaca que la evidencia encontrada demuestra que la mayoría de las personas afectadas por un evento de riesgo traumático no desarrollan una patología (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021a); dándose en la mayoría de los casos un proceso de recuperación natural por parte de la persona (Poseck et al., 2006).

Las reacciones expuestas a continuación forman parte de la normalidad de la vivencia de una crisis general. Conocerlas es lo que permite prevenir que migren a un estado patológico. En otras palabras, la evolución hacia una mejor intervención en momentos de crisis está íntimamente ligada al estudio de la reacción humana ante tales eventos.

El bloqueo, en muchos casos temporal, en la capacidad adaptativa del individuo provoca consecuencias en el área física, cognitiva, emocional y comportamental (Bodón, 2021; Robles-Sánchez, 2022). Además, se recuerda que, esta reacción ante el estrés va a estar mediada por variables genéticas, de salud y personalidad, características del evento y traumas adicionales (Cohen, 2008).

Paralelamente, el estudio de las reacciones normativas ante una crisis es necesario para crear acciones sistematizadas por parte de los equipos de asistencia. Como resultado, independientemente del origen de la crisis general, se ha identificado una reacción dimensional normativa y similar en las personas que la experimentan (Hernández- Coronado et al., 2006 como se citó en Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021a). Respuesta que en muchas ocasiones poseen un carácter adaptativo, a pesar de su apariencia (Poseck et al., 2016).

Biología

La amígdala es la principal estructura cerebral implicada en la reacción ante la vivencia de un acontecimiento integrado como peligroso. Está activa al organismo ante la identificación de peligro, y es el hipocampo quien posteriormente se encarga de procesar y dotar de significado cognitivo a él input recibido (Cavanillas de San Segundo y Martín-Barrajón Morán, 2012; Poseck et al., 2016). La experiencia de reaccionar de forma precipitada ante la percepción de un peligro forma parte de la manera en la que es procesada la información. La respuesta de “lucha o escape” es la manifestación de los cambios psicofisiológicos que ocurren tras la activación del eje hipotálamohipófiso-adrenal y el sistema autonómico (Cohen, 2008), en una determinada situación.

Por lo tanto, el estrés que provoca la vivencia del acontecimiento identificado como peligroso, activa el sistema autonómico, el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y la conducta de lucha o escape (Fernández, 2010)

La función de la amígdala está relacionada con la emoción, el aprendizaje y la memoria. Esto incluye el aprendizaje de un miedo (Poseck et al., 2016). Por otro lado, el hipocampo en condiciones funcionales normativas permite que la corteza prefrontal del neocórtex acabe de procesar la información de forma adecuada (Cavanillas de

San Segundo y Martín-Barrajón Morán, 2012), permitiendo el control de la activación amigdalárica y el control de la situación estresante (Poseck et al., 2016). En otras palabras, el organismo posee de unos mecanismos de supervivencia para hacer frente a una situación de adversidad y sobrevivir.

Una sobreexcitación de la amígdala, precipitada por una crisis emergente, puede provocar un bloqueo en el correcto procesamiento de la información relacionada con el estresor (Cavanillas de San Segundo y Martín-Barrajón, 2012). De esta manera, el sistema hipotálamohipófiso-adrenal ante una situación de mucho estrés puede ejercer un efecto inesperado en la respuesta del cuerpo y generar un cambio en la estructura plástica cerebral (Cohen, 2008). Los estudios de neuroimagen demuestran este proceso de respuesta.

Gracias a estos avances, se explica la conducta que puede observarse en el individuo por parte del profesional que lo atiende. El cual puede observar una dificultad de generar una integración coherente del suceso desencadenante por parte de la persona (Busuttil, 2004). De hecho, para que éste pueda integrarse de forma correcta en la memoria, es necesario captarlo, entenderlo e integrarlo, aunque sea desde una logia personal (Fernández, 2010)

En este sentido, la hiperactivación del sistema nervioso simpático es un marcador biológico de riesgo para el desarrollo de patología tras el evento crítico (Delgado-Moreno, Robles-Pérez, Aznar Laín, y Clemente-Suárez, 2019, como se citó en Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021).

Psicología

En los primeros momentos de crisis se despliegan las reacciones fisiológicas nombradas, y estados afectivos intensos manifestados a través de angustia, ansiedad, ira, irritabilidad, hipervigilancia, manifestaciones vegetativas, sensación de irrealidad... (Fernández, 2010).

Tras esta fase aguda, Bonanno (2004, como se citó en Samper Lucena, 2016) identifica cuatro trayectorias psicológicas identificables en una persona en crisis:

1. Personas con una afectación mínima capaz de continuar con las actividades del día a día (35-65%)
2. Personas que tras un primer periodo de malestar agudo encuentran la forma de continuar con sus vidas (15-25%)
3. Personas que, ante la recuperación aparentemente normal tras el evento, sufren con posterioridad el inicio de un cuadro clínico (1-15%)

4. Personas que mantienen una afectación en el funcionamiento general de forma crónica (5-30%).

Otra forma de apreciar la diversidad de respuestas ante la que se encuentra el/la PE la exponen Poseck, et al. (2016). Las autoras definen 3 posibles trayectorias:

1. El trastorno. Como se ha comentado con anterioridad es la trayectoria que ha abarcado mayor atención clínica, hasta las nuevas evidencias que desmienten su determinante aparición.
2. La recuperación. La respuesta que configura un proceso natural en el que remiten las consecuencias funcionales iniciales. El 85% de personas afectadas por un evento de riesgo traumático se encontrarán en esta categoría según las autoras.
3. Resiliencia y Crecimiento postraumático. Para incluir a aquellas personas que consigan mantenerse en niveles funcionales e incluso aprender y crecer de la adversidad experimentada.

Ante el impacto psicológico que se genera, la persona desbordada en su equilibrio psicológico pone en marcha la capacidad de adaptación al medio exterior, el cual incluye una serie de estrategias personales adquiridas a lo largo de la vida. A través de procesos cognoscitivos, emocionales y perceptivos la persona es capaz de adaptarse, defenderse y controlar el estrés interno y externo (Cohen, 2008).

Estos modos de adaptación pueden incluir la negación, confusión, temor, tristeza, nostalgia, aplanamiento o embotamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud, irritabilidad, estrechamiento cognitivo, llanto incontenible, crisis de pánico, y desesperación (Cavanillas de San Segundo y Martín-Barrajón, 2012; Waimib y Bloch, 1998/2001). Respuestas que, a pesar de parecer desajustadas al afrontamiento de la situación, pueden resultar en formas adaptativas de adaptación (Cavanillas de San Segundo y Martín-Barrajón, 2012). Cuando la puesta en práctica de estas estrategias no obtiene el objetivo, es un signo de que el individuo podría desarrollar un estado patológico (Cohen, 2008).

No obstante, es importante señalar que mucha de la sintomatología considerada en los distintos trastornos psiquiátricos, como, por ejemplo: insomnio, pesadillas, recuerdos intensivos, nerviosismo, estado de ánimo bajo o ansiedad (Poseck et al., 2016; Samper Lucena, 2016), aparece en un contexto normativo en las personas afectadas por una crisis. Se trata, por lo tanto, de una movilización en torno a un continuo de reacciones que pueden adoptar diferentes formas (Poseck et al., 2016), pudiendo incluso hacer referencia a un síndrome post-traumático (Samper Lucena, 2016).

De hecho, tras la supervivencia de una crisis en el que se puede haber sobrevivido a condiciones indeseables para cualquier otro individuo, la persona puede manifestar no sentir entusiasmo, o estar irritable con respecto a los detalles de la cotidianidad (Wairnib y Bloch, 1998/2001), lo cual parece ser contradictorio a lo que alguien ajeno a la experiencia pudiera esperar del individuo.

Social

El contexto donde se produce la crisis es uno de los factores determinantes con respecto a la salud mental individual y comunitaria que resulta tras el impacto (Samper Lucena, 2016). Además, toda crisis conlleva una respuesta social que, dependiendo de las características de esta, se ha identificado una movilización inmediata o diferida en el tiempo, tanto en el círculo próximo como a nivel comunitario (Wairnib y Bloch, 1998/2001).

De esta manera, aquellas personas que quedan “salpicadas” de forma indirecta por la crisis van a formar parte del grupo al que atenderán por parte de la PSE.

Una manera consensuada de clasificarlas es a través de la distancia a la que se encuentran del desencadenante, llegando a hasta 6 niveles de clasificación (Bodón, 2020; Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b). Siguiendo la línea de lo expuesto anteriormente, se sustituye el término víctima, por afectado/a en la correspondiente explicación:

- a) Primer nivel. Personas afectadas que han vivido en primera persona el desencadenante de la crisis, sufriendo daño propio o material (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b) o aun saliendo ilesas (Bodon, 2020).
- b) Segundo nivel. Red de amigos y familiares que se desglosa por la noticia (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b), siendo un promedio de 10 personas por una del primer nivel. En el caso de un fallecimiento por cáncer, se estima que se crea una red de 6 allegados afectados entre los que puede darse duelo complicado (Canillas de San Segundo y Martín- Barrajón, 2012). Otros estudios hablan de cuatro personas afectadas directamente por el asesinato de otra (Armañanzas, 2012).
- c) Tercer nivel. Todo profesional incluido en el equipo profesional interviniente, (Bodón, 2020; Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b), y por lo tanto también el/la PE.
- d) Cuarto nivel. Colectividad que queda afectada por la cercanía desde la que se desarrolla el evento (Bodón, 2020). Para algunos autores, el cuarto nivel se

trata de un grupo de personas que sin poseer una formación o preparación de cómo enfrentar la situación, proveen su ayuda acercándose al área del evento y quedan por ello colateralmente afectadas (Taylor 1999, como se citó en Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b).

- e) Quinto y sexto. Personas afectadas de forma totalmente desvinculada a la persona del primer nivel. Como puede ser a raíz de observar imágenes de la situación (Bodón, 2020), poseer algún problema psicológico previo, o tener intenciones de utilizar el evento como beneficio propio (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b).
- f) Sexto nivel. Personas que podrían haber formado parte del primer nivel y que por cuestiones aleatorias no lo fueron (Bodón, 2020), o personas que están experimentando un malestar relacionado con haber sido “salvadas” de la situación, es decir ilesos, en comparación con el resto (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b)

Este conocimiento es el que permite que todas estas personas sean consideradas en la proporción de asistencia y apoyo necesario, junto con la organización de recursos necesarios. Por consiguiente, la errónea o carente gestión pública genera un aumento de vulnerabilidad en el desarrollo de patología tras el evento, por no proporcionar una respuesta inmediata y ajustada a la realidad (Robles- Sánchez, 2020). Motivos por los cuales se invierten esfuerzos en estudiar y analizar la relación entre las acciones provistas por los equipos de asistencia psicológica en momentos de crisis y la posterior salud mental de las personas asistidas (Minoletti et al., 2018). Con el objetivo final de remediar y mejorar las acciones que no son beneficiarias para las personas a las que se dirigen. Teniendo en cuenta, así mismo, que la percepción de apoyo social es un factor que condiciona el adecuado proceso de adaptación y recuperación del individuo (Fernández, 2010).

Consecuentemente, la protección ante el impacto de una crisis va a incluir la preparación de la población. Este aspecto queda plasmado en las presentaciones de organismos como el Conjunto de la Unión Europea (2010), quienes reclaman la preparación y cuidado de toda persona involucrada, tanto afectados como profesionales asistentes. En otras palabras, la preparación comunitaria ante crisis general es construida a partir de la organización pública ante estos eventos.

En todo caso, hay una tendencia voluntarista hacia la proporción de ayuda en momentos de crisis, más patente en los casos en los que está involucrado un gran número de personas, y que algunos autores consagran dicha naturaleza de apoyo por

la carencia de una formalización de la PSE (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021ab), y por ende una incompleta organización asistencial ante tales sucesos.

El encuentro social, por lo tanto, se identifica como un factor preventivo y de protección de la salud mental ante la exposición a la crisis general (Bodón, 2020; Samper Lucena, 2016). La creación de grupos que trabajen de forma conjunta en la resolución de problemas en actividades humanitarias de emergencias, sobre todo incluyendo a las personas con alta vulnerabilidad y marginadas, resulta una eficacia de la respuesta ante momentos de crisis general (OMS, 2022).

2.4. Profesionalización de la psicología de emergencias

El CGPE emite en 2020 la “Acreditación Nacional de Psicólogo/a Experto/a en Psicología de Emergencias y Catástrofes”, en la que se recogen los requisitos formativos de la especialidad. Apuntan de forma especial, a la importancia de poseer una vocación por el ámbito, debido a la vulnerabilidad a la que el/la PE está sujeto. Este documento forma parte de la “solución” ante el hecho de que la PSE no está considerada como una especialidad en sí misma. Hecho que justifica la denuncia de una correcta delimitación de la especialidad. Así como, la denuncia de una adecuada coordinación con el resto de las especialidades que se desarrollan en el ámbito de las emergencias, sobre todo con el psicólogo del ámbito clínico (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021a; Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b).

Los principios psicológicos que subyacen la respuesta humana ante una crisis son conocidos. Sin embargo, hay quien cuestiona la necesidad de la existencia de una rama especializada como la PSE. En estos aspectos, se hace hincapié en las incontables ocasiones, a lo largo de la historia, en las que el ser humano se ha visto expuesto a eventos de esta índole, durante las cuales no ha habido tal cosa como atención psicológica en emergencias (Cavanillas de San Segundo y Martín-Barrajón, 2012).

La polémica de la necesidad de actuación de un/a PE especializado, reside concretamente en el periodo posterior al suceso de riesgo traumático. La respuesta psicológica que se brinda entre el momento del impacto y las posteriores 72hs hace referencia a las intervenciones de primer orden. Aquellas personas que presenten signos de una mayor atención psicológica son las que recibirán la respuesta psicológica de segundo orden (Bodón y Ríos, 2019). El proceso por el cual se identifican las necesidades de atención de las personas afectadas se denomina triage psicológico.

La respuesta psicológica de primer orden es la que posee más apoyo en su existencia. Sin embargo, la duda reside en qué profesional de la psicología debería ejercer la intervención de segundo orden. Siendo posible que la persona no desarrolle sintomatología hasta transcurrido un tiempo tras la vivencia del evento de riesgo traumático en el pasado (Fernández, 2010).

La intervención en primer orden se realiza, principalmente, a través de los primeros auxilios psicológicos (PAP). Se trata de una serie de herramientas esenciales en la prevención o disminución de los problemas en salud mental, puestas en práctica en el primer contacto con las personas afectadas, promoviendo que hagan uso de respuestas adaptativas ante la crisis y restauren la capacidad de enfrentamiento en crisis (Argüello, 2007). Recordando que los recursos propios, ante la vivencia de un evento con riesgo traumático, pueden verse en un desbordamiento incapacitando a la persona para responder con conductas adaptativas. Además, el uso de estas herramientas psicológicas facilita la realización del triage psicológico. (Cavanillas de San Segundo y Martín-Barrajón, 2012; CGPE, 2020).

Ahora bien, ¿puede cualquier persona llevar a cabo los PAP? La OMS (2022) sugiere que el apoyo afectivo en el malestar psicológico agudo, esto son los PAP, deberían poder llevarlos a cabo cualquier profesional que actúe en el primer contacto con la persona en situación de malestar psicológico agudo. Es decir, se defiende que cualquier profesional formado puede realizar la intervención en primer orden y, de hecho, teniendo en cuenta el impacto positivo que puede generar en la salud mental de la persona a largo plazo, se convierten en una herramienta preventiva esencial (Romero-Heredía y Guarnizo-Chávez, 2021).

Como resultado de estas conclusiones, se pueden identificar, entre otras, dos líneas de trabajo en la formalización de una PSE.

Por un lado, se busca formar a los/las profesionales que actúan junto con los/las PE, en las técnicas de PAP. Por otro lado, se lucha por delimitar la función del/la PE, y de esta forma darle el espacio necesario en la red asistencial para realizar sus funciones. Sobre todo, a nivel de intervención en segundo orden.

Los autores Soto-Baño y Clemente-Suárez (2021) proponen un marco práctico ajustado a las necesidades personales y comunitarias descritas. Aluden a un tiempo de un mes post-evento en el que tendrá lugar la actuación del/la PE, en contraposición a la exclusiva intervención en el momento inmediato del acontecimiento. Además, añaden la matización de considerar la presencia previa de problemas en salud mental de las personas asistidas o la identificación de que el/la afectado requiera de una intervención específica tras el mes transcurrido.

De esta manera, los autores, generan un protocolo de actuación específico, en cooperación con el/la psicólogo clínico. Este/a último/a revelaría al/la PE tras este periodo, si precisa de necesidad. Con anterioridad a esta aportación, se vislumbraba la dificultad práctica que conllevaba la indeterminación de un periodo concreto de actuación por parte del/la PE (Wairnib y Bloch, 1998/2001).

Las intervenciones realizadas por parte del/la PE, por lo tanto, quedan bajo el concepto de intervención en crisis; intervenciones breves que facilitan recuperar el curso normal de la vida (Fernández, 2010). Los momentos de intervención y sus funciones se dividen fundamentalmente en tres etapas: alarma, impacto y post-impacto (antes, durante y después) (Cohen,2008; Robles-Sánchez, 2020; Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b). Por lo tanto, a diferencia del del/la psicólogo/a clínico, la actuación del/la PE no está sujeta únicamente a la atención en el momento agudo de la sintomatología.

La acreditación nacional de psicólogo/a experto/a en psicología de emergencias y catástrofes (CGPE, 2020) define con claridad las actividades que se llevan a cabo en cada una de las fases:

- Fase de alarma o normalidad. El objetivo principal es conseguir una adecuada preparación psicológica y social antes de la fase de impacto. De esta forma, se alcanza una comprensión y minimización de las consecuencias que podrían ocurrir. Entre otros, el/la PE debe realizar la formación necesaria atendiendo adecuadamente a las esferas de promoción, prevención e intervención. Todo ello a través del conocimiento y evidencia científica que aporta la investigación en cada momento.
- Fase de impacto o respuesta. Se trata del primero contacto con las personas afectadas, por ello el/la PE deberá presentar una actitud empática y de escucha activa para facilitar la expresión emocional del individuo según sus propias necesidades. Con esta actuación, se estará llevando a cabo una evaluación preventiva y detección de grupos de riesgo con especial atención a niños, ancianos y personas muy afectadas con posibilidad de transmitir la angustia al resto. La herramienta del triage psicológico, y por ende también del diagnóstico psicosocial (Argüello, 2007) refuerzan la realización de esta tarea. En última instancia se trabaja en iniciar la elaboración adecuada del duelo, sin olvidar que estas personas poseen a su vez fortalezas y recursos, como el resto de la población, para ejercer un rol activo en el afrontamiento de la dificultad vivida.

- Fase post-impacto o rehabilitación. Se trata principalmente de minimizar el impacto psicológico a corto plazo. Se persigue promover la recuperación de la funcionalidad previa, a través del seguimiento o intervención preventiva y/o terapéutica con personas afectadas, especialmente de los grupos de riesgo detectados, debido al efecto retardado que puede adoptar la sintomatología.

En cuanto a la temporalidad, la fase de impacto abarca las 42-72 horas posteriores al evento desencadenante, todo y que puede variar según la naturaleza de este y las necesidades que de este desprendan (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b). Por otro lado, la fase post-impacto abarcaría un periodo de 3 días a un mes tras el impacto, si no existe la necesidad de atención especializada durante este periodo (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b).

Actualmente, el terreno de la PSE está cada vez más presente y cuenta con leyes que reclaman su presencia, no obstante, no hay un acompañamiento de normativa que organice su forma de existencia en el sistema asistencial (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021a). En cualquier caso, la presencia de servicios en salud mental debe estar presente desde la atención primaria hasta la especializada y de esta forma solventar las situaciones de urgencia psicológica entre los afectados (OMS, 2022).

2.5. Defensa de una Psicología de las emergencias

Situaciones como el contexto de la COVID-19 evidencian, sin espacio para la duda, lo que los/las profesionales del ámbito han promulgado desde hace tiempo, es decir la indudable necesidad de una PSE para paliar los conflictos psicológicos a los que se dirige. No resulta difícil entender que, ante un accidente de tráfico, una catástrofe natural o una guerra se necesitan grandes inversiones en reseros económicos y humanos para arreglar los daños materiales e infraestructurales, así como atender a la salud física de las personas. Sin embargo, a pesar de poseer un mayor apoyo que en el pasado, parece que no existe el mismo despliegue de recursos para atender a la salud psicológica ante el mismo evento (Bodón, 2021). En otras palabras, exista o no una formalización de la especialidad, las consecuencias psicológicas desencadenantes no desaparecen y, de hecho, cada vez se conocen más.

En efecto, la reducción de riesgo físico y material no eliminará el riesgo de daño psicológico por sí solo, siendo necesaria esta forma de apoyo psicológico. Además, se considera que el hecho de que hasta los/las mismos/as PE (personas formadas) sean susceptibles de sufrir un impacto psicológico grave a largo plazo, sirve como importante señalización de la necesidad de la especialización.

La formalización de esta rama ayudaría a aumentar la potencialidad de asistencia psicológica en momentos de crisis al integrarla en cooperación con el resto de los/las profesionales del sistema asistencial (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021a; Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b). De hecho, tal y como señala Samper Lucena (2016), entre otros, la última ley de Protección civil española (2005) destaca el descenso de vulnerabilidad psicológica ante crisis con respecto hace unos años. Todo ello justificado por el aumento de conocimiento y las consecuentes acciones emprendidas desde las administraciones públicas.

Robles-Sánchez (2020) hace hincapié en los avances de la PSE con atención en la prevención de riesgos y el papel de las herramientas de la gestión segura de los riesgos. El autor deja claro que no puede eliminarse por completo la vulnerabilidad que actúa como riesgo ante la aparición de patología mental, pero, por otro lado, sí que es posible crear una serie de protectores.

Las barreras existentes ante una adecuada asistencia psicológica en momentos de crisis general se hacen patentes en numerosas ocasiones (Minoletti et al., 2018). En ese contexto la OMS (2022) señala que problemas que influyen de forma directa en la aparición de problemas sociales y psicológicos tras una emergencia: la pobreza y discriminación de grupos marginados, los trastornos mentales previos al suceso de riesgo traumático. Por otro lado, la organización también señala, el hacinamiento, la falta de privacidad, la pérdida de apoyo comunitario, y falta de información como problemas que surgen a raíz de la respuesta humanitaria.

Es por ello por lo que en la literatura se observa una tendencia a enfatizar de forma reiterada el papel y poder de la prevención y promoción de la salud. Citando a Robles-Sánchez (2020):

La reducción de riesgos no es un problema de carácter humanitario, sino del desarrollo y, por tanto, no puede tratarse sino a partir de la planificación. Por ello se hace necesario generar mapas de riesgo en función de la probabilidad de ocurrencia de determinados eventos y el impacto que puedan ocasionar sobre una población diana para poner en marcha los mecanismos preventivos oportunos, aumentando las reservas estratégicas, almacenando productos, preparando equipos virtuales, etc., para que en un momento determinado puedan ponerse en marcha de forma inmediata y de esta forma al comunicar los riesgos el responsable político determinado pueda calmar los temores,

normales en la población afectada, de que se dispone de los medios para afrontar la amenaza que se avecina. (p.117)

La forma en la que se construye un protocolo de actuación es en base al conocimiento de lo que va a suceder, de ahí el papel de la prevención. La posibilidad de prevención, por lo tanto, abarca en gran medida la formación que se realiza para atender a estos imprevistos que lleva consigo la vida humana. Entre ello, el análisis de la diversidad comunitaria, la identificación de las vulnerabilidades existentes, y la detección de puntos débiles, es un paso clave para generar ofertas de disminución de riesgo y promoción de resiliencia (Robles-Sánchez, 2020). Tareas directamente relacionadas con el papel del/la PE en momentos de crisis.

2.6. Desarrollo del trauma

Hasta ahora se ha tratado de enfatizar el poder de la prevención en el desarrollo de estados patológicos tras la vivencia de un evento de riesgo traumático, en contraposición con la tradicional cultura de la victimología. En la que prevalece una visión sesgada hacia los aspectos negativos del ser humano (Poseck, et al., 2006). No obstante, resultaría incorrecto sobrestimar la prevalencia de cuadros clínicos relacionados con esta experiencia, los cuales requieren de una atención psicológica especializada.

Los cuadros clínicos que aparecen tras la vivencia de una crisis tratan primordialmente de Trastorno por estrés post traumático (TEPT), Trastorno depresivo mayor, Trastornos de ansiedad (Soto-Baño y Clemente-Suárez ,2021b), Trastornos por abuso o dependencia de sustancias, disfunciones sexuales, Trastornos del sueño, Trastornos somatomorfos, Trastornos gastrointestinales, Trastornos adaptativos, descompensación de Trastornos de personalidad premórbidos, aislamiento social, y conductas hetero/autoagresivas (Cavanillas de San Segundo y Martín-Barrajón, 2012; Fernández, 2010). Se estima que 14% de las personas afectadas por un suceso de riesgo traumático desarrolla TEPT, siendo aún más prevalente cuando existe una voluntariedad humana en la ocurrencia del evento o si este se repite en el tiempo (Soto-Baño y Clemente-Suárez ,2021b).

En cuanto a la historia de esta clínica, es a raíz de los conflictos bélicos de la segunda guerra mundial, que el TEPT adquiere una mayor atención de estudio (Samper Lucena, 2016). En la actual versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5], 2013), el TEPT se incluye en el capítulo denominado Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. El criterio A hace referencia a las características del evento desencadenante para considerarlo susceptible de

diagnóstico. Sin embargo, y en coherencia con lo expuesto, no hay un detalle exhaustivo acerca de lo que es o no un evento susceptible de causar trauma psicológico.

Tal y como se ha descrito, la vivencia de ningún evento genera de forma inamovible un estado patológico, y en este sentido se han identificado factores de riesgo o protección para su desarrollo (Cavanillas de San Segundo y Martín-Barrajón, 2012; Poseck, et al., 2006; Samper Lucena, 2016). En todo caso, la aparición de un estado patológico se debe a la prolongación de la respuesta normativa descrita (Ruiz y Guerrero, 2017), generando un continuo dimensional, en el extremo del cual se encuentra el trastorno. En este punto, según la propuesta de Soto-Baño y Clemente-Suárez (2021b), la intervención tendría que derivarse a los servicios de salud mental sanitarios y especializados, como el/la Psicólogo/a General Sanitario o el /la Especialista en Psicología Clínica.

Cosa et al., (2011) realizan un análisis de los aspectos que generan controversia con respecto al diagnóstico de TEPT. Concluyen que, a pesar de no haber una clara unanimidad entre las presentaciones clínicas predominantes, la intrusión de imágenes relacionadas con el evento, las conductas evitativas de aquello relacionado con el trauma y la sintomatología de hiperactivación constituirán una homogeneidad clínica en las personas que padecen el trastorno. Los síntomas, por lo tanto, se categorizan en 3 categorías: activación cortical, pensamiento intrusivo y evitación. Además, como factor generalizado, existe una significativa dificultad para generar una narrativa estructurada y coherente con respecto al trauma, en la historia vital del individuo (Busuttil, 2004).

La presencia del cuadro sintomatológico debe perdurar durante más de un mes de tiempo. En el caso de no alcanzar esta temporalidad, el DSM-5 (2013) añade el Trastorno de estrés agudo con duración mínima de 3 días. O, por el contrario, se incluye un especificador del TEPT con el nombre “expresión retardada”, haciendo referencia a la forma clínica de la sintomatología que aparece al menos 6 meses después del acontecimiento.

Otros autores/as discuten la verdadera utilidad de la etiqueta diagnóstica, aludiendo a la reiterada situación en la que, tras un breve periodo de tiempo, la persona deja de cumplir con los criterios necesarios (Cova et al., 2011; Poseck, et al., 2006). Justificando en este caso, la mirada positiva de los síntomas, sin tener que clasificarlos como parte de un trastorno mental.

Una vez más, se debe matizar que, dentro de la multicausalidad del estado patológico, juegan un papel importante las características personales, la herencia genética, las

experiencias complejas previas a la actual, la situación económica y social, las características de aflicción hacia la pérdida, y los tipos de asistencia sensibles a los valores culturales (Cohen, 2008; Ruiz y Guerrero, 2017; Samper Lucena, 2016). En relación con las variables personales, las personas que desarrollan sintomatología TEPT parecen presentar un alto neuroticismo y bajo optimismo, junto a la presencia de marcadores biológicos que indican una alta excitación cortical, en relación con la forma emocional de responder ante la crisis general (Samper Lucena, 2016).

3. Psicología del envejecimiento e intervención en crisis

Recordando las fases de intervención del/la PE, una vez reunida la información acerca de quién necesitará ayuda (niveles de afectados correspondientes), como parte esencial de los principios de prevención y promoción, se trata de identificar los grupos con características que configuran un estado de elevada vulnerabilidad. Es decir, las poblaciones especiales o de riesgo (CGPE, 2020). Entre ellos los/las niños/as, mujeres embarazadas, personas en situación de discapacidad, personas con problemas de salud mental y las personas mayores (Cohen, 2008). Esta forma de actuación viene respaldada por la importancia de tener en cuenta la diversidad cultural, la edad y momento vital de cada individuo, y los grupos vulnerables (Estrategia Internacional para la Reducción de desastres ([EIRD], 2005 como se citó en Argüello, 2007).

En otras palabras, las personas mayores van a identificarse como grupos en situación de vulnerabilidad desde el primer momento de intervención del/la PE. Consecuentemente, esto implica el conocimiento de los factores que generan esta vulnerabilidad. Esto es, la respuesta general de crisis en la persona mayor.

3.1. Literatura: crisis general en la vejez

El afrontamiento de una crisis general conlleva, como se ha comentado con anterioridad, un componente fisiológico, psicológico y social respectivamente (Cohen, 2008; Ruiz y Guerrero, 2017; Samper Lucena, 2016). Como en cualquier otro momento vital, la persona mayor depende de una gran variedad de factores para desarrollar una respuesta adaptativa de crisis general. Y, en este caso, la atención debe dirigirse a lo que conlleva encontrarse en la etapa vital de la vejez.

En cuanto a las propuestas de asistencia actual, existen guías prácticas que se han emitido desde entidades como el COP (2020), la OMS (2021; 2022) o la organización Help Age (<https://www.helpage.es/>; 2012), entre otras. En ellas se advierte de la

necesidad de prevenir, coordinar, asesorar, intervenir, investigar y formar en base a las necesidades de la persona mayor en momentos de crisis general.

Estas consideraciones encuentran existencia en el hecho de que la capacidad funcional de reaccionar, y hacer frente a los momentos de crisis general, están condicionados por el momento vital en el que se encuentra la persona; pudiendo aparecer limitaciones que compliquen un adecuado afrontamiento (Wairnib y Bloch, 1998/2001).

En el caso de las personas mayores, los cambios biológicos y psicológicos que conlleva el proceso de envejecimiento aumentan la vulnerabilidad en dos sentidos:

- El proceso de adaptación dimensional, por el cual la persona se enfrenta y supera la vivencia de riesgo traumático, va a verse modificado (Mayordomo, et al., 2015).
- A raíz de los cambios multidimensionales del proceso de envejecimiento, la persona mayor está más expuesta a sufrir abusos, robos, negligencias, asaltos (Busuttil, 2004), caídas, accidentes de tráfico, y atropellos (Pytlak et al., 2016). Es decir, en este segmento de la población existe una mayor vulnerabilidad, por sus propias peculiaridades, a vivenciar un evento de riesgo traumático. En consecuencia, la persona mayor debe de hacer frente a las pérdidas relacionadas con su etapa vital (cambios sujetos al proceso de envejecimiento; o crisis universales según Wairnib y Bloch, 1998/2001) y, por otro lado, al aumento de vulnerabilidad a tener que afrontar situaciones de crisis general adicionales.

A este contexto, se debe también añadir como influencia una de las dinámicas sociales que adquiere la sociedad occidental, entre muchas otras, de ser edadista. Las consecuencias de esta realidad apuntan a un mayor aislamiento y exclusión social de la persona mayor (Argüello, 2007), que a su vez se ha visto relacionado con unas peores consecuencias psicológicas en la gestión de estados de crisis general (Mayordomo, et al., 2015; Xiao, et al., 2020).

Como ejemplificación, en el contexto de la COVID-19, se han disparado los comportamientos edadistas a través de discursos públicos, que describirán a las personas mayores como necesitados de ayuda e incapaces de contribuir a la mejora de la situación (Pinazo-Hernandis, 2020). A su vez, esta crisis ha permitido poner de relieve la capacidad de afrontamiento demostrada por las personas mayores. Llegando a experimentar una mejora de variables psicológicas durante la pandemia (Molina et al., 2021). Diaz, et al. (2016) además, destacan la importancia de deconstruir la mirada patologizadora de la persona mayor, sobre todo en momentos

de crisis general en los que hay un grupo etario heterogéneo de afectados. Argumentan que, gracias a su memoria histórica de cómo se han resuelto situaciones críticas en el pasado, pueden proporcionar un estado de tranquilidad al resto de afectados, entre ellos los más pequeños. Y de esta manera convertirse, las personas mayores, en elementos resilientes clave para la comunidad.

En resumen de lo anterior, muchas de las formas sociales que se dan en influencia de la dinámica edadista de la sociedad, constituye una limitación destacada en la expresión y correcta asistencia del malestar emergente en crisis general. Es decir, la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la población mayor, y a la que se hace referencia, apunta predominantemente a un problema de índole social.

En este marco, son numerosos los/las profesionales que prestan atención a las peculiaridades del envejecimiento a la hora de afrontar momentos de crisis general desde la integridad de la persona mayor (Argüello, 2007; Busttil, 2004; Flannery 2003; Maercker y Bachem, 2013; Mayordomo, et al., 2015; Xiao, et al., 2020).

Estos estudios, encuentran sus orígenes en los supervivientes del Holocausto, veteranos de guerra (Busuttil, 2004; Flannery 2003; Kimron et al., 2019) y personas mayores que sufrieron un abuso sexual en la infancia (Flannery 2003). Para aquel entonces, no existía el conocimiento que hoy se posee ni las herramientas para realizar una psicoeducación adecuada. En este sentido, es interesante señalar la influencia de las diferencias culturales en la forma de afrontar la vivencia de una crisis en población mayor. Estas personas tienden a expresar menos la sintomatología en comparación con el resto de la población más joven (Flannery 2003).

Además, este marco cultural permite el estudio de la gestión comunitaria que se llevó a cabo en el momento de la guerra, y la actual salud mental de las personas mayores que la sufrieron (Armañanzas, 2012). Destacando, una vez más, la fuerza de factores sociales en el estado de salud resultante tras la vivencia de crisis general. Existiendo un peor funcionamiento en los supervivientes de guerras a las que no se había dedicado atención mediática, esto es, un apoyo social adecuado (Busuttil, 2004; Molina et al., 2021).

3.2. Proceso de adaptación ante crisis general en la vejez

De acuerdo con lo expuesto hasta el momento, Zamorano, et al., (2019) señalan que existe una peor calidad de vida y nivel de funcionamiento general en las personas mayores de 65 años, aun cuando se controlan los factores predisponentes. Por lo tanto, está asociado únicamente al hecho de envejecer. Es decir, las personas mayores son un grupo de riesgo ante la vivencia de crisis general debido a su edad

biológica, no a su edad cronológica, que puede suponer una reducción de la fortaleza intrínseca y resiliencia (Molina, 2021; Mayordomo, et al., 2015; Pinazo-Hernandis, 2020). Esto deja abierta la posibilidad, y necesidad, de considerar el aprendizaje que contiene la persona acerca de cómo afrontar la adversidad. Capacidad que viene condicionada primordialmente por variables no biológicas, y por lo tanto, se mantienen estables en la vejez.

No obstante, la presencia de cualquier problema psicológico puede agravar estas condiciones. Aún más cuando entre las personas mayores hay alta prevalencia de estados emocionales complicados (Díaz et al., 2016; Flannery 2003). Por lo tanto, su asistencia y prevención debe de ser profesionalmente abordada.

En este contexto, los factores relacionados con un mayor bienestar y calidad de vida se dirigen a la capacidad de afrontamiento y adaptación de la persona. La capacidad de atontamiento se puede definir como la diversidad de recursos adquiridos y modificados a lo largo de la vida, cognitivos y conductuales, para hacer frente a la adversidad (Mayordomo, et al., 2015).

La posesión de determinadas estrategias de afrontamiento se ha relacionado con un peor estado de salud tras la vivencia de crisis general entre población mayor (Molina et al., 2021). De ahí que se examinen las respuestas de estrés que resultan adaptativas para promover su adquisición entre esta población definiendo a la persona mayor como un sujeto activo dentro de unos determinantes sociales (Herrera et al., 2018).

Las variables sociodemográficas tales como el estado civil, el nivel educativo, el poder adquisitivo, el género, (Busuttil, 2004; Molina, 2021; Mayordomo, et al., 2015; Xiao et al., 2020), la práctica religiosa (Mayordomo, et al., 2015), experiencia traumática en el pasado (Busuttil, 2004), entre otras, parecen jugar un papel determinante en las formas de afrontamiento de la persona mayor. Consecuentemente, los problemas sociales detrás de estas variables son parte de la inadecuada asistencia psicológica, a personas mayores en momentos de crisis general (Grande et al., 2019).

Como ejemplificación de estas diferencias, entre mujeres existe un mayor riesgo de padecer dificultades psicológicas tras la vivencia de crisis (Mayordomo, et al., 2015; Xiao et al., 2020). Las explicaciones actuales radican en las diferencias contextuales vividas por ambos géneros (Mayordomo, et al., 2015), que pueden traducirse a la dinámica patriarcal del sistema social actual. Otros autores aluden a formas distintas de codificar la memoria del suceso o a diferencias en esquemas cognitivos entre ambos sexos (Xiao et al., 2020). Todo y que algunos estudios apuntan a que no existen resultados homogéneos con respecto a las diferencias de género (Herrera et

al., 2018). Por otro lado, el nivel de educación se relaciona con una mirada más amplia a las estrategias y recursos personales para hacer frente a la situación, esto es una mayor reserva cognitiva (Mayordomo, et al., 2015; Xiao et al., 2020; Herrera et al., 2018).

A pesar de estas diferencias, explicadas por factores no relacionados con la edad de forma directa, parece que existe una tendencia, por la que el estilo de afrontamiento centrado en el problema es reemplazado por un estilo centrado en la emoción, a medida que se envejece (Busuttil, 2004; Mayordomo, et al., 2015; Herrera et al., 2018).

Algunos autores apuntan a que se podría deber a una mayor capacidad de distanciamiento y reevaluación positiva de la situación estresante (Mayordomo, et al., 2015). La relación entre la autoeficacia, la edad, y la búsqueda de ayuda también se destaca entre estas explicaciones; la edad no determina el afrontamiento centrado en la emoción, pero al estar asociada a la autoeficacia existe cierta correlación que podría explicar dicha tendencia (Herrera et al., 2018).

Por otro lado, las nuevas formas de vida que adquiere la persona mayor, como el cese de la actividad laboral o la disminución de interacción social, podrían precipitar el cambio en el estilo de afrontamiento (Busuttil, 2004). Habiendo un aumento en las conductas de evitación ante la situación estresante o de reevaluación positiva (Trouillet, 2009, como se citó en Mayordomo, et al., 2015).

El análisis de las capacidades del colectivo para hacer frente a las demandas del ambiente, y todos los factores psicosociales que se relacionen con un peor ajuste post-impacto de la crisis, permiten prevenir la presencia de afrontamientos patológicos tipo TEPT. De ahí la importancia de estos estudios.

Marcadores biológicos

El estudio biológico de los procesos de afrontamiento, descrito en apartados anteriores, demuestra la evidencia de una serie de marcadores biológicos en relación con la interrupción del proceso normativo para gestionar la crisis general. En las personas mayores, los cambios cerebrales originados por el envejecimiento suponen, entre otros, un enlentecimiento del procesamiento de la información y una reducción morfológica de determinadas estructuras (Berger, 2009; Fernández, 2010). Todo ello dentro de un continuo de normalidad en el proceso de envejecimiento en la vejez, sin alcanzar deterioros cognitivos patológicos.

Busuttil (2004) destaca que estudios de neuroimagen han evidenciado una correlación biológica con respecto a las dificultades de estructurar una narrativa coherente sobre

el estado de crisis general (paso esencial para la recuperación post-impacto). Por otro lado, es interesante señalar que Connolly, et al. (2018) aluden a la influencia de la activación biológica, y la reactividad emocional y fisiológica correspondiente en el TEPT, en presencia de senescencia celular prematura. En concreto, hacen referencia al efecto de los procesos inflamatorios y oxidativos, que se dan en la presencia de estrés, en la longitud de los Telómeros- secuencias de ADN encargada de proteger a éste de cualquier daño-. Los resultados de estos autores permiten que emerja un correlato entre el envejecimiento y los estados de salud negativos asociados al estrés.

De hecho, Flannery (2003) pone de relieve como se ha descubierto que la memoria a largo plazo (también relacionada con estructuras morfológicamente reducidas durante el envejecimiento [Berger, 2009]) juega un papel clave en la sintomatología intrusiva tras el impacto del suceso con riesgo traumático o incluso en el caso de TEPT establecido. Además, el autor añade la matización de que las memorias del suceso pueden verse evocadas por, recordatorios del ambiente, o por pérdidas, tales como las que experimentan las personas mayores en la vejez; pérdida de seres queridos, del rol social laboral y familiar, inicio de enfermedades crónicas etc. (Díaz et al., 2016).

3.3. Intervención y tratamiento a largo plazo

Existe más literatura alrededor de tratamientos adaptados a población mayor que la existencia de tratamientos ad hoc a esta población, en momentos de crisis general. De antemano, parece que es el tiempo entre el momento del impacto y las manifestaciones individuales posteriores, las que guían la forma de intervención (Cohen, 2008). En este criterio, parece que las peculiaridades de la persona mayor estarían siendo incluidas o en todo caso, podrían incluirse.

En cuanto a la prevalencia de trastornos relacionados con el estrés en personas mayores, los estudios epidemiológicos no son homogéneos. Un estudio en áreas de conflicto, llevado a cabo por la OMS (2019), estimó una reducción de la prevalencia de TEPT a medida que la edad avanza. La misma organización, sin embargo, destaca la incertidumbre de estos resultados.

La Sociedad Europea de Trauma y Disociación (ESTD) es una red de profesionales que tiene como principal objetivo compartir las evidencias científicas con respecto al efecto, prevención y tratamiento del estrés. Gracias al trabajo que realizan, existe una potente fuente de información y conciencia para los/las profesionales de salud mental sobre lo que llaman “epidemia rampante” de la traumatización, la disociación y todas las dificultades que estas comportan (ESTD, 2022).

Bisson y Olf (2021) analizan los estudios que permitieron generar estas guías clínicas. Entre sus conclusiones, se destaca que existe más evidencia de eficacia entre las terapias: Cognitivo conductual centrada en el trauma, Terapia de Procesamiento cognitivo, Terapia cognitiva, la Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y exposición prolongada. En cuanto a farmacología, destacan la terapia con metilendioximetanfetamina (MDMA).

Para el interés del presente trabajo, los beneficios de estas terapias adaptadas a la población mayor llevan tiempo demostrando su eficacia, incluido el tratamiento farmacológico y la terapia en grupo (Busutil, 2004).

Mercker y Bachem (2013) defienden que el tratamiento de estados psicológicos complicados, tras la vivencia de crisis general en personas mayores tiene que tratarse desde terapias desarrolladas en ámbito gerontológico. Estos son tratamientos que poseen evidencias de éxito entre esta población. Entre ellas, destacan la terapia de Revisión de vida (RDV), diseñada para personas con demencia y posteriormente aplicada en presencia de estados depresivos, y cuidados paliativos. En consonancia con la historia expuesta, las primeras aplicaciones de RDV se originan en los supervivientes del holocausto y posteriormente veteranos de la segunda guerra mundial (Mercker y Bachem, 2013).

Díaz, et al. (2016) señalan que ante la no conciencia de haber sufrido un malestar de esta índole, en ocasiones es la vivencia de una nueva crisis general la que actúa como factor reactivador de un estado patológico no resuelto en el pasado. En este sentido, RDV trabaja en la revisión de estos procesos para generar el desarrollo de una narrativa coherente con respecto a los recuerdos fragmentados de la crisis general (Mercker y Bachem, 2013).

Como se puede intuir, los beneficios de RDV residen en cómo se dirige a las pérdidas y ganancias particulares de este segmento de la población, comparado con cómo lo hacen otras técnicas (Mercker y Bachem, 2013).

En el caso de considerar la prevalencia de enfermedades neurales en la vejez, existe la posibilidad de que una persona con demencia sufra una reactivación de un estado patológico tipo TEPT en el presente debido a no haberse tratado adecuadamente en el pasado (Flannery, 2003). La reactivación iría desencadenada por el trato recibido a lo largo del proceso neurodegenerativo, en las necesidades emergentes. Siendo necesario realizar una exploración previa a fases avanzadas de la enfermedad con tal de identificar una historia de trauma y adaptar el trato una vez alcanzadas dichas fases (Flannery, 2003). Aun así, fuera de los estados neurodegenerativos, parece que esta evaluación de experiencias de riesgo traumático previas parece ser un elemento clave

en la atención de todas las personas mayores (Busutill, 2004). Debido también a que la vivencia complicada de una crisis general en el pasado es un factor de riesgo para desarrollar estados patológicos tras la vivencia de crisis general en el presente entre población mayor (Xiao et al., 2020).

Se recuerda en este apartado que la intervención a largo plazo, esto es pasado un mes según Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b, la debería realizar un/a psicólogo/a clínico/a respectivamente.

4. Discusión

Gran parte del contenido y argumentación de este trabajo ha destacado el papel y la influencia de la construcción social del envejecimiento en la vejez.

Este fenómeno se puede identificar en los resultados obtenidos de cara a los objetivos planteados al inicio del trabajo; el estudio de cualquier temática relacionada con el proceso multidimensional del envejecimiento parece estar altamente influenciada por la representación social que se posee de este. Estas argumentaciones justificarían la carencia de estudios relacionados con cualquier aspecto de la salud de las personas mayores, en comparación con otros grupos etarios. Siendo el caso de la adultez, donde existe más esfuerzo de investigación. Dar cuenta de esta realidad, ha permitido enfocar la exposición de la información de una forma que enfatizara la necesidad de cambio inminente, en todo momento.

El análisis de las perspectivas de edad cronológica, biológica, psicología y social, desmantelan esta operación de igualar la edad cronológica y biológica al estado de salud. De esta forma, el paso del tiempo o los cambios propios del envejecimiento, dejan de determinar la salud integral de la persona mayor. El destino fatalista que proporciona un incorrecto uso del concepto Ciclo vital en la psicología humana, deja de serlo ante estas conceptualizaciones. Todo ello junto con la perspectiva del transcurrir de la vida, se ha conseguido proporcionar una visión más amplia ser humano, como un ser cambiante en un mundo cambiante. A través de tales formulaciones, el nacer no está abocado a un inevitable deterioro integral del ser humano. Por el contrario, el vivir proporciona la experiencia de pérdidas compensadas a su vez de la adquisición de ganancias, en cualquier momento vital, incluida la vejez.

En última instancia, se resalta a lo largo de todas estas afirmaciones la causa de estas; una conducta social de discriminación por edad, conceptualizada como Edadismo. Cuya manifestación, como se describe a través de numerosos ejemplos, se hace visible en la mayoría de las formas sociales; político, económico, familiar y sanitario. Para resaltar esta idea, se comenta la conceptualización de Duarte (2015) en la que el Edadismo se entiende como un sistema de poder más, entre capitalismo, racismo y patriarcado. El posicionamiento del Edadismo junto con el resto de los sistemas de poder, que lideran la sociedad actual, y en los que existe una formidable atención académica, permite intuir la dimensionalidad de su presencia.

Una visión desde los derechos humanos permite discernir entre aquellas acciones que podrían estar únicamente guiadas por cualquier otro fin que no sea preservar la integridad y dignidad de las personas mayores. Por lo tanto, las propuestas de mejora, desde el presente trabajo, se defiende deberían estar basadas en los derechos

humanos adecuadamente entendidos. Creando de esta forma, las condiciones sociales y ambientales que estas personas necesitan para optimizar las fortalezas y capacidades que poseen sobre su existencia y momento vital.

Estas consideraciones formaban parte de las ideas previas a la realización del trabajo. No obstante, la búsqueda y exhaustiva investigación literaria han hecho posible generar un cuerpo teórico organizado, basado en datos corroborados. Permitiendo de esta manera, exponer con claridad que, en cualquier etapa de la vida, la vida humana abarca una inmensidad de diversidad, sobre todo en la vejez. De ahí su brillante conceptualización bajo el término vejezes.

En relación con las vivencias humanas susceptibles de causar un impacto psicológico susceptible de atención profesional, tras la revisión literaria de estas cuestiones, se decide hacer uso del término crisis general o evento de riesgo traumático, para minimizar la confusión terminológica que existe alrededor de los conceptos crisis y trauma.

Se identifica un avance teórico y práctico en el ámbito de estudio de la PSE, gracias al cual se amplía la evaluación de las causas por las que el individuo puede verse en una situación de crisis general. Esto es, desde un modelo psicosocial en el que la persona posee la capacidad intrínseca de hacer frente a la adversidad, así como de ser influenciada por las características de su entorno en su forma de conseguirlo.

El aprendizaje de las propuestas que buscan formalizar una PSE ha sido, consecuentemente, un elemento clave para entender con detalle las tareas y funciones del/la PE. Además, ello ha permitido poner de relieve las carencias formativas actuales, así como los debates sobre los cuales quedan sujetas. En un primer contacto, el consenso de las fases en las que interviene el/la PE aclara y generan una base desde la que actúan estos/as profesionales.

El principal motivo para defender la formalización de una PSE reside en la potencialidad del papel de la prevención en la salud mental de las personas en momentos de crisis general. En resumen, no puede evitarse la vivencia de tales eventos, no obstante, las propuestas realizadas luchan contra reducir y prevenir el riesgo de complicaciones.

Durante el desarrollo del segundo apartado, se ha evidenciado la necesidad de realizar un comentario sobre la emergencia de un estado patológico tras la vivencia de crisis general. Y, por lo tanto, la correspondiente intervención psicológica. Con ese objetivo, y gracias al previo estudio de lo que es la PSE, se ha podido ubicar en la red asistencial, de quién sería función esta posterior intervención. Respectivamente del/la

psicólogo/a clínico. A no ser que el/la PE estuviese formado/a en la terapia especializada correspondiente.

En cualquier caso, queda evidenciada la necesidad de sistematizar y protocolizar la variedad de escenarios psicológicos que pueden darse en las personas afectadas. Así como la necesidad de brindar apoyo a las personas en momentos de crisis general. Aún más, cuando de esta forma se consigue aliviar el malestar y las posibles formas patológicas que de este deriven.

Finalmente, a través de una revisión literaria exhaustiva, se ha alcanzado el objetivo principal del trabajo: la búsqueda de un correlato empírico que justifica la personalización de una asistencia psicológica en momentos de crisis para personas envejecidas en la etapa de la vejez por parte del/la PE. Este ámbito de estudio parece ser una línea de investigación poco activa en comparación con lo que demuestra la necesidad de su existencia. La evidencia aportada permite el entendimiento de la respuesta ante crisis general de la persona mayor, y la influencia directa de su construcción social, como un elemento central para determinar la intervención del/la PE ante estas personas.

En este sentido, se han encontrado evidencias de una subvaloración de la sintomatología que presenta la persona mayor. Justificado por la visión de deterioro que se posee sobre el envejecimiento y los cambios que acarrear que en diversas ocasiones tampoco parece atenderse de forma adecuada aludiendo a la “inamovilidad” de ciertos estados psicológicos en esta etapa de la vida. Olvidando incluso que, en la etapa de la vejez, hay capacidades que permiten al individuo hacer frente de forma exitosa a las dificultades de la vida. Escenario evidenciado recientemente en los estudios posteriores a la gestión pública realizada en la pandemia por COVID-19.

Entender las peculiaridades de respuesta ante la crisis de la persona mayor, de una forma integrada con su historia vital, ha demostrado ser esencial. Como, por ejemplo, la consideración del contexto histórico, que permite entender la menor expresión de malestar comparado con otros grupos etarios en base a la educación y gestión pública que se llevó a cabo en los momentos de crisis general históricos.

La revisión de las fases por las cuales se ha sistematizado la actuación del/la PE, en momentos de crisis, ha permitido identificar un punto de conexión entre el objetivo del trabajo y la evidencia encontrada. Se alude aquí al hecho de que la PSE ya considera a las personas mayores, entre otras poblaciones, como un grupo de riesgo que requiere de atención especializada. Realidad que proporciona una fuente de avance y apoyo en las futuras investigaciones.

Algunos autores incluso traspasan la normalidad del envejecimiento y abarcan la posibilidad de que aparezca un estado patológico tipo TEPT en el curso de una enfermedad neurodegenerativa. Los resultados permiten ejercer una significativa tarea de prevención para la reducción de malestar del individuo en caso de sufrir TEPT en la convivencia de una demencia. Condición por la cual, el individuo, de forma progresiva, recude su capacidad de expresar lo que siente y necesita. De ahí la importancia de evaluar esta área de la persona con anterioridad a una fase avanzada de la enfermedad.

La actuación del/la PE tiene en cuenta las vulnerabilidades de la persona mayor. No obstante, en paralelo a estas afirmaciones, no parece haber estudios suficientes que detallen las peculiaridades de esta etapa vital durante tales momentos y, por lo tanto, tampoco una línea de actuación claramente establecida para los/las PE delante de esta población.

Es por ello, que, desde el presente trabajo, se impulsa a que la PSE reúna esfuerzos en el estudio y práctica de la evidencia literaria que expone la gerontología. Con el objetivo de conseguir una especialización de la PSE en el envejecimiento, y por ende la integración del/la PE gerontológico/a en el sistema asistencial actual. Todo ello en apoyo de los agentes y organizaciones públicas que ya invierten esfuerzo en generar una conciencia alrededor de estos aspectos.

5. Conclusiones

Se ha realizado una revisión bibliográfica con respecto a los principales fenómenos biopsicosociales que se dan en el proceso de envejecimiento. A través de adoptar una visión objetiva del paso del tiempo, se ha conseguido desmitificar las principales creencias en la actual sociedad acerca del envejecimiento en la vejez. En este esfuerzo se ha demostrado cómo, únicamente a través del lenguaje, se vislumbra el trasfondo de la cotidianidad peyorativa con la que se emplean los términos relacionados con la vejez. Permitiendo de esta manera señalar las problemáticas que acarrea hacer referencia únicamente a la esfera física como criterio marcador del paso del tiempo.

A través del estudio biológico del envejecimiento se comprende que el paso del tiempo es real y no se detiene. La aparición de enfermedades médicas en la persona envejecida es un hecho marcado por el proceso natural de senescencia del cuerpo humano, así como el estilo de vida que la persona decide llevar. Sin embargo, este mismo paso del tiempo configura una psicología determinada. En este sentido, la

reserva cognitiva generada puede ejercer como factor protector de los cambios fisiológicos que se dan en el cerebro. Todo ello permite que el ser humano adquiera la capacidad de afrontar con vitalidad los cambios que se dan en su organismo, incluso en la etapa vital de la vejez. El Modelo de Optimización Selectiva con Compensación se presenta como una forma oportuna de gestionar la realidad descrita.

El envejecimiento en su dimensión social ha permitido ahondar en cómo la maximización de las potencialidades de la persona mayor viene condicionada por las ayudas o limitaciones que otorga la sociedad en la experiencia del envejecer. Parece que muchas de las medidas políticas, que construyen la posición social de la persona envejecida, están profundamente influenciadas por creencias fundadas en una apariencia superficial. De esta manera, se configura una imagen de la persona mayor únicamente a través de la exageración de los aspectos que se consideran negativos. Como, por ejemplo; la reducción motriz, el enlentecimiento de la capacidad de reacción o la apariencia física envejecida.

Equiparando, por lo tanto, el pasar del tiempo como algo negativo. El objetivo de esta denuncia destaca que los cambios vitales por los cuales transita la persona mayor requieren políticas que promuevan una adecuada adaptación. Desde la participación y rol activo, en contraposición a los estereotipos y la realidad de algunas medidas sanitarias. Por lo tanto, queda claro que no existe tal cosa como gastos innecesarios en relación con la promoción de bienestar real de la población mayor, más bien una optimización necesaria de la potencialidad humana en esta etapa de la vida.

Para dimensionar la magnitud de estas cuestiones, se ha consultado los datos demográficos existentes. En la actualidad, el 10% del total poblacional son personas mayores de 65 años (UNFPA, 2022). Realidad ante la cual, se hace evidente la inevitable gestión política que para bien o para mal afecte la vida de este grupo, y del conjunto de la sociedad.

En relación con la PSE, se ha revisado la literatura sobre su objeto de estudio en la historia, así como la revisión de las diferentes conceptualizaciones que se ofrecen en la actualidad. Ello ha permitido entender las características del aclamado término crisis, y, por lo tanto, porque una persona es susceptible de necesitar atención psicológica en su vivencia. Concluyendo que la persona que, por cualquier circunstancia, experimente una reacción de estrés intensa, incluyendo una respuesta fisiológica que no permita la integración psicológica adecuada del acontecimiento, se beneficiara de la atención del/la PE.

Ha resultado importante, conocer la respuesta biopsicosocial humana que despliega la experiencia de una crisis general. Debido, principalmente, a que el proceso de

recuperación está determinado por todas estas dimensiones. Todo ello, en contraposición a considerar que una persona desarrollará una adaptación, normativa o desadaptativa, únicamente en base a las características del evento estresante.

La respuesta fisiológica tiene un impacto en la manera de procesar la información en relación con la experiencia de crisis, que a su vez condiciona la integración del evento en la historia vital de la persona. Y en último lugar, permite a la persona continuar viviendo de forma sana. Gracias a la inclusión de este apartado, la evidencia que se pretendía aportar al inicio del trabajo queda enriquecida por concurriendo empírico acerca del correlato biológico de la respuesta humana a una crisis general.

La PSE estudia el proceso normativo de la respuesta psicológica ante crisis, y cómo puede esta generar un estado de gran malestar en la persona. Además, realiza una evaluación integral de todos aquellos factores que influyen en el proceso, incluyendo en su foco de atención el resto de afectado/as indirectamente. Como resultado y gracias a ello, se consigue proporcionar asistencia psicológica en momentos de crisis a través de la preparación y organización del equipo asistencial.

El/la PE tiene un espacio claro en el momento inmediato de la crisis, así como lo tienen el resto de los/las profesionales que trabajan en el ámbito de las emergencias. Todos ellos deben estar formados en el conocimiento de atención psicológica inmediata al evento desencadenante de la crisis general. Principalmente, la literatura destaca las técnicas de Primeros auxilios psicológicos (PAP). En el periodo posterior a esta intervención, si fuese necesario, podrían ofrecerse las intervenciones diseñadas en formato breve y rápido que aumente el apoyo de los PAP. La decisión de la temporalidad exacta en la que se decide utilizar una forma asistencial u otra recae sobre la formalización de la especialidad. No obstante, parece que algunos autores ya han realizado propuestas sobre estos aspectos.

Todos estos esfuerzos académicos y prácticos encuentran una necesidad de actuación y apoyo estatal para alcanzar sus objetivos. Como ejemplificación, las leyes que definan con claridad los requisitos de formación del/la PE sería de gran beneficio. Tanto para la diferenciación con el resto de los/las profesionales del ámbito de las emergencias como para con la calidad de la intervención.

En sintonía con la complejidad conceptual y práctica que presenta la formalización del/la PE. Los trastornos mentales emergentes de estas experiencias parecen estar sujetos a un debate de utilidad clínica, influenciado primordialmente por las aportaciones de la Psicología Positiva. Sin embargo, se palpa la existencia de una continuidad dimensional, incluso en la respuesta fisiológica, de la respuesta humana ante crisis general.

Entre las conclusiones más importantes acerca del envejecimiento y la asistencia psicológica ante crisis general, se destaca la vulnerabilidad a la que están sometidas las personas mayores ante estas. Los cambios dimensionales del envejecimiento generan cambios en los mecanismos y capacidades de afrontamiento. Por otro lado, el mismo proceso de envejecimiento aumenta la vulnerabilidad de verse en situación de crisis. Como ejemplificación, la reducción motriz, el aislamiento, la exclusión social o las políticas asistenciales de salud, ponen a la persona ante una mayor posibilidad de experimentar un evento de riesgo traumático. De esta forma, se entiende como las crisis adheridas a la propia vivencia del envejecimiento en la vejez, pueden verse sacudidas por la vivencia de una crisis general adicional que va a tener que abordarse desde un modelo psicosocial que tenga en cuenta estas cuestiones.

El estudio de la capacidad de afrontamiento que posee la persona señala que no hay relación directa entre el estilo de afrontamiento y la edad. Si bien hay una tendencia en relación con el envejecimiento, la perspectiva del transcurrir de la vida por la que pueden valorarse pérdidas y ganancias en el momento vital de la persona mayor, permite valorar la fortaleza intrínseca generada a través de su aprendizaje de vida.

De esta forma, las estrategias de afrontamiento que permanecen en la vejez están influenciadas por factores psicosociales que una vez identificados pueden modificarse. Fomentando de esta manera la adquisición de unas formas de afrontamiento adecuadas.

Los marcadores biológicos que indican el funcionamiento del organismo ante un evento de crisis general respaldan la fragilidad a la que están sujetas las personas mayores por su edad biológica. Entre los más evidentes, la disminución de la capacidad sensorial, el enlentecimiento de la capacidad cognitiva, y los cambios morfológicos del cerebro. Estos cambios pueden relacionarse con una dificultad en la elaboración de una narrativa coherente del suceso desencadenante, en población mayor. Todo ello dentro de la normalidad del envejecimiento. En este sentido, se defiende la importancia de más estudios que relacionen y evalúen los efectos del envejecimiento cerebral sobre estos procesos de afrontamiento.

La atención psicológica especializada por un estado patológico posterior, en personas mayores, se ha estudiado a través de las terapias utilizadas en adultos. Esta realidad parece que puede justificarse por la carencia de una línea de tratamientos diseñada en base a las peculiaridades de la persona mayor. Entre estos hallazgos, se ha encontrado como algunos autores, en un avance pausado, han tratado de extrapolar las técnicas exitosas en terapia general de personas mayores al tratamiento de

estados patológicos tras la vivencia de una crisis general en esta población. Como, por ejemplo, la terapia basada en Revisión de vida.

Se puede concluir que el envejecimiento poblacional y por ende, el aumento de personas mayores expuestas a crisis general, hacen necesaria la integración de una PSE gerontológica. Más aún, en conocimiento de la respuesta ante crisis general de la persona mayor, que como se ha evidenciado, difiere de la que se da en otros grupos etarios.

Por otro lado, la potencialidad que desprende la disciplina de la PSE para liderar el avance de estas cuestiones le proporciona un lugar fundamental para ejercer dicho papel.

6. Limitaciones y futuras propuestas

Predominantemente, el primer apartado del trabajo ha permitido posicionar al lector en aquellas condiciones psicosociales bajo las que se encuentra la vivencia del proceso de envejecimiento.

La presencia de tales explicaciones ha reducido espacio para desarrollar una parte más empírica de los correlatos fisiológicos y psicológicos en el envejecimiento, relacionados con el proceso de afrontamiento en un momento de crisis. Y con ello, una limitada concreción de aquellas acciones que podrían mejorarse dentro de la PSE.

Esta limitación, sin embargo, queda justificada por la necesidad de combatir la carencia de estudios que existen alrededor de las problemáticas sujetas al proceso de envejecimiento. Que, sin una explicación como la realizada a través de la literatura empírica aportada, quedaría injustificada.

Igualmente, se ha conseguido posicionar el imperante papel que ejerce cualquier acción preventiva ante estas cuestiones; la deconstrucción social de una discriminación por edad es una enorme puerta de prevención.

De cara a futuras investigaciones, se destaca el beneficio de seguir estudiando la presencia de marcadores biológicos en el afrontamiento de un evento de riesgo traumático, las respuestas de la población mayor ante momentos de crisis y los factores que la condicionan, así como el estudio de las terapias que generan resultados exitosos en la remisión de un estado patológico tipo TEPT en personas mayores. Desde el presente trabajo se evidencia el beneficio de otorgar a la PSE un papel líder en estos avances. En otras palabras, invertir esfuerzos desde la PSE para aportar más evidencia que ejerza una influencia en la redacción de políticas determinadas, así como la creación de un espacio en el sistema asistencial del/la PE especialista en ámbito gerontológico.

7. Bibliografía

- American Psychological Association (2013). *Publication Manual of the American Psychological Association: The Official Guide to APA style (7th ed.)* American Psychological Association.
- Argüello Gutiérrez, C. (2007). Abordaje psicosocial con personas adultas mayores desde la experiencia de la brigada de atención psicológica en situaciones de emergencias y desastres. *Revista Wimb Lu*, 2(1), 9-20.
- Armañanzas, G. R. (2012). Elaboración Transgeneracional del Trauma: Guerra Civil Española. *Norte de salud mental*. 10(43), 13-17.
- Barranco, M. C. A. (2020). Vulnerabilidad y personas mayores desde un enfoque basado en derechos. *Tiempo de Paz*, 138, 73–80.
- Barranquero, R., & Ausín, B. (2019). Impacto de los estereotipos negativos sobre la vejez en la salud mental y física de las personas mayores. *Psicogeriatría*, 9(1),41-47. <http://www.viguera.com/sepg>
- Bazo, M. T. (2008). Envejecimiento y vejez desde una perspectiva global. *Revista anual del pensamiento* (6), 65- 82. <http://www.bideo.info/buesa/imagenes/valordelapalabra6.pdf>
- Beauvoire, S. (1893). *La Vejez*. EDHASA.
- Berger, K. S. (2009). *Psicología del Desarrollo (7ª. ed.)*. Panamericana.
- Bisson, J. I., & Olf, M. (2021). Prevention and treatment of PTSD: The current evidence base. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1824381-1824381. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1824381>
- Bodon, M. C. (2020). Intervenciones de primera respuesta en situaciones de emergencias y catástrofes: “primeros auxilios psicológicos/ emocionales”. *Acta Académica*. <https://www.academica.org/000-007/8.pdf>
- Bodon, M. C., & Ríos, M. A. (2020). Características de las intervenciones de primera respuesta: “Primeros auxilios psicológicos/emocionales”. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/emergencias_catastrofes.pdf
- Busutil, W. (2004). Presentations and management of post traumatic stress disorder and the elderly: A need for investigation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(5), 429-439. <https://doi.org/10.1002/gps.1099>
- Camacho-Conde, J. A., & Galán-López, J. M. (2021). La relación entre depresión y deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas en residencias españolas. *Psicología, Teoría e Pesquisa*, 37, 1. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37413>
- Cantos M. M. M. (2019). *Hacia otra forma de envejecer: estereotipos y realidades de la vejez en España [Tesis de doctoral, Universidad Complutense de Madrid]*. E-Prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/51278/1/T40885.pdf>

- Cavanillas, M., & Martín-Barrajón, M. P. (2012). Psicología de urgencias y emergencias: ¿Mito o realidad? *International Scientific Journal*, (1). <http://www.scientific-journal.com/publisher.html>
- Cohen, R. E. (2008). Lecciones aprendidas durante desastres naturales: 1970-2007. *Revista Peruana De Medicina Experimental y Salud Pública*, 25(1), 109-117.
- Colegio Oficial de Psicología. (2020). *Guías temáticas. Recomendaciones sectoriales. Guía para personas mayores*. <http://www.cop.es/uploads/PDF/RECOMENDACIONES-MAYORES-AISLAMIENTO-COPMADRID.pdf>
- Colegio Oficial de Psicología. (s.f). *Psicología en Emergencias y catástrofes*. <https://www.cop.es/index.php?page=GT-AreaPsicologicaEmergenciasCatastrofes-Informacion>
- Connolly, S. L., Stoop, T. B., Logue, M. W., Orr, E. H., Vivo, I., Miller, M. W., & Wolf, E. J. (2018). Posttraumatic stress disorder symptoms, temperament, and the pathway to cellular senescence. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 676-686. <https://doi.org/10.1002/jts.22325>
- Consejo General de la Psicología, España. (2020). *Acreditación Nacional del Psicólogo/a Experto/a en Psicología de Emergencias y Catástrofes*. <https://www.acreditaciones.cop.es/pdf/APEmergencias.pdf>
- Consejo General de la Psicología, España. (19 de marzo de 2020). *La necesidad urgente de cuidar a las personas mayores en la pandemia por coronavirus*. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=8638
- Council of the European Union. (2010). Council conclusions on psychosocial support in the event of emergencies and disasters. 3018th JUSTICE and HOME AFFAIRS Council meeting Luxembourg, 3 June 2010, 1- 4.
- Cova, F. S., Rincón, P. G., Grandón, P. F., & Vicente, B. P. (2011). Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(3), 288-297. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000300010>
- de Mendonça Lima, Carlos A., Levav, I., Jacobsson, L., & Rutz, W. (2003). Stigma and discrimination against older people with mental disorders in europe: STIGMA AND DISCRIMINATION AGAINST OLDER PEOPLE. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(8), 679-682. <https://doi.org/10.1002/gps.877>
- Díaz Barrientos, E., Reyes Terrero, E., & Sosa Coronado, A. M. (2016). Comportamiento del anciano ante situaciones de desastres. *Medisan*, 20(3), 390-394.
- Duarte, C.Q. (2015). *El Adultocentrismo como Paradigma y Sistema de Dominio. Análisis de la Reproducción de Imaginarios en la Investigación Social Chilena sobre lo Juvenil [Tesis de doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. Tesis Doctorals en Xarxa*. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/377434/cdq1de1.pdf?sequence=1>
- Eising, C. M., Voelkle, M. C., Rohner, S. L., Maercker, A., & Thoma, M. V. (2021). Lifetime post-traumatic stress disorder in older individuals with a history of institutional upbringing in childhood: The role of social acknowledgement and stressful life events. *European Journal of*

- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros Multidisciplinares*. (16). <http://www.encuentros multidisciplinarios.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADO%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
- Fernández, L. M. (2010). Modelo de intervención en crisis. En busca de la resiliencia personal. *Grupo Luria*. <http://www.cop.es/uploads/PDF/MODELO-INTERVENCION-CRISIS-RESILIENCIA-PERSONAL.pdf>
- Flannery, R. B. (2003). Restraint procedures and dementia sufferers with psychological trauma. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(4), 227-230. <https://doi.org/10.1177/153331750301800408>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2022). Población Mundial. Recuperado de la base de datos de Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2011). *Desafíos, oportunidades y acciones en un mundo de 7 mil millones*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/jahia-news/documents/news/2011/7bpressrelease_sp.pdf
- Geriatricarea (febrero de 2019). Los cuidados paliativos permiten “un paso no traumático” de la vida a la muerte. <https://www.geriatricarea.com/2019/02/25/los-cuidados-paliativos-permiten-un-paso-no-traumatico-de-la-vida-a-la-muerte/>
- Grande, B. MB., Prieto, G.A., Alvarez, M.F., Hernandez, M. M.P., Baticon, O. M.H., & Cordero. S. M.J. (2019). Papel de la emergencia en la gestión del problema social del anciano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 91-96. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1900/1662>
- Greenblatt Kimron, L., Marai, I., Lorber, A., & Cohen, M. (2019). The long-term effects of early-life trauma on psychological, physical and physiological health among the elderly: The study of holocaust survivors. *Aging & Mental Health*, 23(10), 1340-1349. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1523880>
- Help Age. (2012). *Guía para incluir a personas mayores en programas de gestión de riesgos*. <https://www.helpage.org/silo/files/gua-para-incluir-a-personas-mayores-en-temas-de-gestion-de-riesgos.pdf>
- Herrera P., M. S., Fernández L., M. B., & Barros L., L. C. (2018). Estrategias de afrontamiento en relación con los eventos estresantes que ocurren al envejecer. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.008>
- Ibáñez, C. M. (2020). Sobre el uso de los conceptos de ciclo de vida e historia de vida en ecología y evolución. *Gayana*, 84(2), 93-100. <https://doi.org/10.4067/S0717-65382020000200093>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2009). Guía de prestaciones para personas mayores, personas en situación de discapacidad y personas en situación de dependencia. Recursos estatales y autónomos. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/33012_gprestaciones.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2008). La participación social de las personas mayores. <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/11005partsocialmay.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2014). Las personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf
- Lehr, U. (2008). Living in an ageing world: A challenge for the individual and society. *European View*, 7(2), 341-351. <https://doi.org/10.1007/s12290-008-0063-5>
- Lehr, U. (1988). *Psicología de la Senectud* (3ed). HERDER
- López, M. P. G., & Marín, R. A. B. (2016). Revisión teórica y empírica desde la psicología sobre representaciones sociales del envejecimiento y la vejez en Latinoamérica y España (2009-2013). *Revista Científica General José María Córdova*, 14(17), 155-202. <https://doi.org/10.21830/19006586.8>
- Mayordomo, T. R., Sales, A. G., Satorres, E. P., & Blasco, C. I. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología*, 8(3), 26-32. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904>
- Minoletti, A., Alvarado, R., Vitriol, V., Sierralta, P., Bass, C., & Calvo, J. (2018). Efecto de acciones de equipos de atención primaria de salud para proteger la salud mental después de desastres naturales. *Cadernos Saúde Coletiva*, 26(3), 336-342. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800030005>
- Molina Martínez, M. Á., Paniagua Granados, T., & Fernández-Fernández, V. (2021). Impacto psicológico del confinamiento en una muestra de personas mayores: Estudio longitudinal antes y durante el COVID-19. *Acción Psicológica*, 18(1), 151-164. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29176>
- Naciones Unidas. (sf). Población. Recuperado el 14 de marzo de 2022, de <https://www.un.org/es/global-issues/population>
- Noriega, C., Velasco, C., Pérez-Rojo, G., Carretero, I., Chulián, A., & López, J. (2017). Calidad de vida, bienestar psicológico y valores en personas mayores. *Clinica Contemporánea*, 8(1), E1.
- Organización Mundial de la Salud. (24 de noviembre de 2021a). *Discapacidad y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Documentos Básicos. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

- Organización Mundial de la Salud. (4 de octubre de 2021b). *Envejecimiento y salud*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,%C3%BA%20instancia%2C%20a%20la%20muerte>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*.
https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240688230_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (16 de marzo de 2022). *La salud mental en situaciones de emergencia*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- Organización Mundial de la Salud. (12 de diciembre de 2017). *La Salud Mental y los Adultos Mayores*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(5),249-252.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
- Poseck, B. V., Baquero, B. C., & María Luisa Vecina Jiménez. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles Del Psicólogo*, 27(1)
- Prieto-Callejero, B., Gómez-Sagrado, J., Alvarado-Gómez, F., Dias, A., García-Iglesias, J. J., & Ruiz-Frutos, C. (2020). Revisión sistemática sobre la reducción de efectos emocionales negativos en trabajadores del área de emergencias y catástrofes mediante técnicas de catarsis. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 23(1),52-67.
<https://doi:10.12961/apr.2020.23.01.05>
- Pytlak, M. A., Tomska, N., Bohatyrewicz, A., Rył, A., & Rotter, I. (2016). Influence of selected demographic factors on traumas in persons over 65 years of age reporting to the hospital medical ward. *Family Medicine & Primary Care Review*, 1(1), 49-53. <https://doi.org/10.5114/fmpcr/59046>
- Ribera, J.M.C., Bustillos, A., Guerrero, A. LL.G., Huici, C. C., & Fernández-Ballesteros, R. (2016). ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional. *Revista Española de geriatría y gerontología*,51(5),270-275.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.03.005>
- Robles-Sánchez, J. I. (2020). La psicología de emergencias ante la COVID-19: Enfoque desde la prevención, detección y gestión operativa del riesgo. *Clínica y Salud*, 31(2), 115-118. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a17>
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española De Salud Pública*, 83(3), 393-405. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000300005>

- Romero-Hereida, A. N., & Guarnizo-Chávez, A. J. (2021). Enseñanza de primeros auxilios a profesionales de la salud. Su importancia frente a la Covid-19. *Revista de la Fundación Médica*, 24(5), 275-276. <https://doi.org/10.33588/fem.245.1149>.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28.
- Ruiz, L. A., & Guerrero, E. A. A. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por estrés postraumático o estrés traumático secundario? *Revista Puertorriqueña De Psicología*, 28(2), 252-265.
- Samper Lucena, E. (2016). Personalidad ante el trauma en el siglo XXI: Fragilidad y antifragilidad ante el trauma. *Sanidad Militar*, 72(3), 209-215. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712016000300007&lng=es&tlng=es.
- Santos-Olmo, A. B., Ausín, B., Muñoz, M., & Serrano, P. (2008). Las personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de la búsqueda activa. *Intervención Social*, 17(3), 307-319. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000300007&lng=es&tlng=es
- Sociedad Europea de Trauma y Disociación. (5 de marzo de 2022). *Objetivos de la ESTD* <https://www.estd.org/>
- Soto-Baño, M. A., & Clemente-Suárez, V. J. (2021a). Psicología de Emergencias en España: Análisis Actual, Normativa Y Proposición Reguladora. *Papeles Del Psicólogo*, 42(1), 46–55. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2938>
- Soto-Baño, M. A., & Clemente-Suárez, V. J.(2021b). Psicología de Emergencias en España: delimitación conceptual, ámbitos de actuación y propuesta de un sistema asistencial. *Papeles del Psicólogo*, 42 (1), 56-66. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2939>
- Wairnib, B. R. y Bloch E. L. (2001). *Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma* (Trad. V. M. Arnáiz Adrian). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1998).
- Xiao, Q., Ran, J., Lu, W., Wan, R., Dong, L., & Dai, Z. (2020). Analysis of the point prevalence and influencing factors of acute stress disorder in elderly patients with osteoporotic fractures. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 2795-2804. <https://doi.org/10.2147/NDT.S265144>
- Zamorano, A., Muñoz, M., Ausín, B., & Pérez, E. (2019). Relación entre la salud mental y el nivel de funcionamiento de las personas mayores de 65 años de la comunidad de madrid. *Clínica y Salud*, 30(2), 63-71. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a8>

