



adaptarnos a situaciones adversas, en los últimos tiempos, nos encontramos expuestos a numerosos cambios de índole social que están generando una serie de factores que propician incidentes con importantes pérdidas tanto materiales como humanas, teniendo un alto impacto en la salud mental de aquellas personas que se ven directa o indirectamente afectadas. Por tanto, nos enfrentamos, actualmente, a una escalada de situaciones catastróficas sin precedentes donde factores como la sobrepoblación existente en algunas zonas de riesgo y la pobreza aumentan nuestra vulnerabilidad. Desde la década de los 50 el coste económico asociado a estos se ha incrementado catorce veces y las estimaciones indican que los desastres naturales podrían aumentar su frecuencia producto del cambio climático y de las acciones terroristas (Figueroa et al., 2010). Estas circunstancias llevaron a las Naciones Unidas a declarar la década de los 90 como el decenio internacional para la reducción de los desastres naturales, estableciendo la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Riesgo de Desastres (Asamblea General de Naciones Unidas, 2002).

Revisiones científicas indican que si bien la mayoría de las víctimas de catástrofes desarrollarán síntomas psicológicos transitorios y la mayor parte de los afectados no desarrollará psicopatología a corto o largo plazo, un grupo significativo de ellas sí lo hará. Así, durante los primeros días o semanas después de una situación potencialmente traumática la mayoría de las personas experimenta reacciones emocionales intensas y perturbadoras, todas ellas consideradas "normales ante una situación anormal", no constituyendo necesariamente signo de ningún trastorno (Figueroa et al., 2016). En este sentido, Bonanno (2004), describe cuatro trayectorias de evolución: a) resiliente, personas capaces de continuar sus rutinas familiares, laborales y sociales con un mínimo nivel de perturbación (35-65%); b) de recuperación, personas que tras un período de fuerte perturbación inicial se recuperan después de algunos meses (15-25%); c) retardada, cuando tras varios meses de mantener un funcionamiento relativamente normal la persona enferma (1-15%); y d) crónica, cuando rápidamente se produce un deterioro del funcionamiento y la persona no se recupera (5-30%). Por otro lado, la hiperactivación del sistema nervioso simpático y la influencia negativa en regiones corticales relacionadas con el procesamiento se han marcado como una de las bases del desarrollo de psicopatologías en eventos traumáticos (Delgado-Moreno, Robles-Pérez, Aznar-Laín, y Clemente-Suárez, 2019). Dentro de las consecuencias psicológicas más frecuentes se encuentran el distrés subclínico, la depresión mayor (Galea et al., 2002), el Trastorno por Estrés Agudo (Creamer y Manning, 1998), el Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT) (Kessler et al., 1995; North et al., 1999), el aumento del consumo de alcohol y drogas (Pfefferbaum y E. Doughty, 2001), otros trastornos de ansiedad (North, Smith, y Spitznagel, 1994) y los síntomas de somatización (North, 2007). Atendiendo a diversos estudios, se considera

que aproximadamente el 40% de las personas que desarrolla un Trastorno de Estrés Agudo durante el primer mes post-trauma evoluciona hacia un TEPT y un tercio de los que desarrollan TEPT continúa sintomático una década después (Figueroa, Cortés, Accatino, y Sorensen, 2016). Diversos estudios señalan que del total de personas que vive un suceso traumático, aproximadamente el 14% desarrollará un TEPT, siendo mayor en aquellos ocasionados por la acción deliberada del ser humano y aquellos que son reiterados y permanentes en el tiempo como violaciones, atracos, raptos, guerra, terrorismo, etc. (Kessler, 2000)

Si nos centramos en los atentados terroristas, las revisiones indican una prevalencia media de TEPT entre las víctimas directas del 18 y el 40%, siendo aproximadamente del 17-29% entre los familiares de fallecidos y heridos, del 3-11% entre los residentes de las zonas o ciudades afectadas y del 5-12% en el personal de emergencias, rescate y recuperación. Estos porcentajes superan la prevalencia del TEPT en la población general, que se ha estimado al año en un 0,5% en España, 3,5% en EE. UU. y un 0,9% en Europa (Gutiérrez Camacho, 2016). Debemos señalar que, aunque el trastorno psicológico más frecuente tras un atentado terrorista es el TEPT, las víctimas también pueden presentar una gran variedad de trastornos psicológicos diagnosticables, siendo los más frecuentes en este orden: el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), los trastornos de ansiedad (especialmente el trastorno de ansiedad generalizada), el trastorno de angustia-agorafobia y los trastornos por abuso o dependencia de sustancias (García-Vera y Sanz, 2016). En la Tabla 1 se muestran algunos de los incidentes acaecidos en nuestro país en los últimos años con un alto número de víctimas mortales e importantes repercusiones en la comunidad y entorno donde se han producido.

Es importante señalar que, además de estos incidentes con elevado número de víctimas existen otros de "pequeña magnitud" como los accidentes de tráfico, donde en España, según datos de la Dirección General de Tráfico (2018) en el año 2017 fallecieron 1.830 personas y 9.546 necesitaron hospitalización; ahogamientos 481 personas fallecidas en 2017 (Real Federación Española de Salvamento y Socorrismo, 2018); situaciones de violencia de género con 51 víctimas mortales en 2017 (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2017); y suicidios con 3.569 muertes en 2016 (Instituto Nacional de Estadística, 2016) (Tabla 2).

Respecto a las consecuencias psicopatológicas que estas situaciones pueden ocasionar, diferentes estudios indican que en España el 12,3% de las víctimas de accidentes de tráfico, el 57% de las víctimas de agresión sexual y el 33,3% de las que reciben diagnóstico de enfermedad grave, desarrollan trastorno de estrés posttraumático (Cavanillas y Martín-Barrajón, 2012). En relación a las víctimas de violencia de género, en España se estima que el 60% de las víctimas de este tipo de violencia sufre problemas psicológicos (Lorente Acosta, 2001), siendo los principales el trastorno de estrés posttraumático, cuya tasa de prevalencia se sitúa entre un 31% y un 84.4% y la depresión, con



una tasa que oscila entre el 15% y el 83%. Otros problemas psicopatológicos que frecuentemente se manifiestan son los trastornos de ansiedad, baja autoestima, consumo abusivo de alco-

hol y psicofármacos, grave ideación autolítica, alto índice de inadaptación a la vida cotidiana, distorsiones cognitivas sobre si mismas, el mundo y los demás y déficit en solución de problemas (Alonso Grijalba, 2007).

Sin embargo, a pesar de ello, la mayoría de las personas afectadas por alguna de estas situaciones no suele pedir ayuda a los servicios de salud mental. Es por ello que, dada la frecuencia de estos eventos potencialmente traumáticos y su impacto en la salud mental de las personas que se ven envueltas, resulta imprescindible contar con psicólogos cualificados en el ámbito de la intervención en crisis y emergencias que lleven a cabo intervenciones adecuadas en estas circunstancias. En este sentido, son numerosas las investigaciones que reconocen la importancia de una pronta y adecuada intervención psicológica para reducir problemas de salud mental, prevenir la perturbación psicológica y los trastornos mentales a largo plazo fomentando la capacidad de recuperación psíquica de los afectados por estas situaciones de alto impacto emocional (Pacheco Tabuenca et al., 2008). Así, aunque la administración de fármacos, como las benzodiazepinas, son utilizados con frecuencia para aliviar los síntomas de estrés postraumático tras un evento crítico, diversos estudios y organizaciones científicas concluyen que no hay datos que demuestren su eficacia. En este sentido se pronuncia la Organización Mundial de la Salud (2013a. p. 11), indicando que "las benzodiazepinas y los antidepresivos no deben ofrecerse a los adultos para reducir los síntomas de estrés traumático agudo asociados a un deterioro significativo en el funcionamiento diario en el primer mes después de un evento potencialmente traumático".

En estas circunstancias, diversas disciplinas han adaptado sus conocimientos y técnicas a estas situaciones extremas y la psicología no puede ser una excepción y permanecer ajena a su responsabilidad como ciencia que estudia el comportamiento humano y aplica su quehacer siguiendo el método científico, debiendo desarrollar políticas de investigación en situaciones de emergencias y catástrofes que señalen la importancia de la prevención, intervención y rehabilitación de las personas y comunidades afectadas por estas situaciones.

TABLA 1
RELACIÓN DE ALGUNOS INCIDENTES DE GRAN IMPACTO EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS CON ALTO NÚMERO DE VÍCTIMAS Y PERSONAS AFECTADAS

Año	Incidente	Víctimas directas
1959	Catástrofe de Ribadelago (riada por rotura de una presa)	144 fallecidos
1965	Accidente ferroviario de Villar de los Álamos	31 fallecidos 60 heridos
1970	Accidente ferroviario de Urdúliz	33 fallecidos 165 heridos
1975	Accidente minero en Fígols	25 fallecidos 5 heridos
1978	Accidente del paso a nivel de Muñoz	32 fallecidos 61 heridos
1987	Atentado de Hipercor	21 fallecidos 45 heridos
1996	Inundación del camping "Las Nieves" de Biescas (Huesca)	87 fallecidos 193 heridos
2000	Accidente de autobús de Golmayo (Soria)	28 fallecidos 13 heridos
2001	Accidente de autobús de Villarrasa (Huelva)	20 fallecidos 22 heridos
2003	Accidente ferroviario de Chinchilla (Albacete)	19 fallecidos 50 heridos
2004	Atentados del 11 de marzo en Madrid	190 fallecidos 1857 heridos
2006	Accidente metro de Valencia	43 fallecidos 47 heridos
2008	Accidente del vuelo de Spanair (Madrid)	154 fallecidos 18 heridos
2010	Accidente ferroviario Castelldefels (Barcelona)	12 fallecidos 17 heridos
2011	Terremoto de Lorca (Región de Murcia)	9 fallecidos 324 heridos Serios daños estructurales en casi la totalidad de edificios de la ciudad
2012	Descarrilamiento del tren Alvia en Santiago de Compostela	79 fallecidos 140 heridos
2014	Accidente de autobús en Cieza (Región de Murcia)	14 fallecidos Más de 20 heridos
2015	Siniestro del avión de Germanwings	150 fallecidos
2017	Atentado terrorista en Barcelona	16 fallecidos 120 heridos

TABLA 2
ALGUNAS SITUACIONES DE EMERGENCIA ORDINARIA EN NUESTRO PAÍS Y VÍCTIMAS DIRECTAS OCASIONADAS

Año	Incidente	Víctimas directas
2017	Accidentes de Tráfico	1.830 fallecidos 9.546 hospitalizados
2017	Ahogamientos	481 fallecidos
2017	Violencia de género	51 fallecidas 77.796 llamadas al 016
2016	Suicidios	3.569 fallecidos



INICIATIVAS INTERNACIONALES Y LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

Aunque la psicología de emergencias no se encuentra regulada como profesión ni contamos en la actualidad con un sistema de profesionales integrado como psicólogos de emergencias en nuestro sistema público de asistencia, sí que contamos con numerosas iniciativas internacionales y normativa española que contempla la importancia y necesidad de proporcionar esta atención en situaciones de emergencia. En este sentido, organismos como la OMS, la OTAN, el Inter-Agency Standing Committee, el EUR-OPA Major Hazards Agreement, la European Federation for Psychologists' Associations, el Proyecto Esfera o el proyecto EU-TENTS han abordado, en estos últimos años, la prevención en situaciones de riesgo y desastres recomendando la aplicación de medidas de asistencia psicológica en emergencias para desarrollar la resiliencia personal y social de cara a hacer frente a estas situaciones de crisis, emergencia o desastre.

Así, la Organización Mundial de la Salud (2013b), recoge en su Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013-2020 los principales objetivos y acciones a llevar a cabo por los países y sistemas sanitarios europeos para fortalecer la salud mental y el bienestar psicológico de los ciudadanos haciendo hincapié en la importancia de la prevención, desde un enfoque integral y multisectorial con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social.

En esta línea, el 3 de junio de 2010, el Consejo de la Unión Europea adoptó una serie de conclusiones sobre el apoyo psicosocial en caso de emergencias y desastres pidiendo a los Estados miembros que incluyan el apoyo psicológico en su sistema de protección civil en las diferentes etapas de gestión de riesgos y desastres, subrayando la necesidad de centrarse tanto en la población afectada, como en los gestores de crisis y los primeros respondientes. (Council of the European Union, 2010).

En cuanto a la legislación de nuestro país, la Constitución Española ya contempla en su artículo 41, que "los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad" y en el artículo 43 se reconoce el "derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios". Por tanto, además de venir avalada por nuestra Constitución la protección a la salud en términos generales, contamos con numerosa normativa en la que se establece, de modo específico, garantizar la asistencia psicológica ante situaciones de emergencia y/o desastre.

Indicamos a continuación algunas de las Leyes, Reales Decretos y Resoluciones en las que se contempla la asistencia psicológica para estas situaciones de crisis, emergencia y desastre:

1. Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil (Jefatura del Estado, 2015a).

2. Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo (Jefatura del Estado, 2011a).
3. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito (Jefatura del Estado, 2015b).
4. Real Decreto 1109/2015 de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 4/2015 y se regulan las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito (Ministerio de Justicia, 2015c).
5. Real Decreto 32/2009, de 16 de enero, por el que se aprueba el Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples (Ministerio de la Presidencia, 2009).
6. Real Decreto 632/2013, de 2 de agosto, de asistencia a las víctimas de accidentes de la aviación civil y sus familiares y por el que se modifica el Real Decreto 389/1998, de 13 de marzo, por el que se regula la investigación de los accidentes e incidentes de aviación civil (Ministerio de la Presidencia, 2013).
7. Real Decreto 627/2014, de 18 de julio, de asistencia a las víctimas de accidentes ferroviarios y sus familiares (Ministerio de la Presidencia, 2014).
8. Resolución de 14 de mayo de 2014, de la Subsecretaría del Ministerio del Interior, por la que se aprueba el Protocolo de Coordinación para la asistencia a las víctimas de accidentes de aviación civil y sus familiares (Ministerio del Interior, 2014).

En este mismo sentido, también contamos con normativa concreta de nuestras Fuerzas Armadas en la que dispone el deber de contar con la prestación de un servicio de apoyo psicológico ante situaciones de crisis y emergencias. Ello queda reflejado en la siguiente legislación específica:

1. Orden Ministerial 66/2009, de 4 de noviembre, por la que se aprueba el Protocolo sobre acciones de apoyo a los heridos y las familias de los fallecidos y heridos en operaciones fuera del territorio nacional (Ministerio de Defensa, 2009).
2. Orden Ministerial 71/2010, de 15 de diciembre, por la que se crea la Unidad de apoyo a heridos y familiares de fallecidos y heridos en acto de servicio de las Fuerzas Armadas (Ministerio de Defensa, 2010).
3. Real Decreto 1097/2011, de 22 de julio, por el que se aprueba el Protocolo de Intervención de la Unidad Militar de Emergencias (Ministerio de la Presidencia, 2011).

HACIA UNA PROPOSICIÓN REGULADORA

Por todo lo expuesto hasta ahora, no hay duda de que la psicología de emergencias es un ámbito profesional cada vez más presente y demandado por nuestra sociedad. Sin embargo, en la actualidad, para el desempeño de la actividad profesional por parte de psicólogos en organismos gestores de emergencia (no pertenecientes al Sistema Nacional de Salud), no se requiere estar en posesión de ninguna titulación específica en emergencias, siendo suficiente contar úni-



camente con la licenciatura o grado en psicología. Sin embargo, aquellos que lo hiciesen a través de organismos de emergencias sanitarias pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, con la legislación actual, parece que deben estar en posesión del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, pues según establece el punto 4 de la Disposición adicional séptima de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, "los psicólogos que desarrollen su actividad en centros, establecimientos y servicios

del Sistema Nacional de Salud o concertados con él, para hacer efectivas las prestaciones sanitarias derivadas de la cartera de servicios comunes del mismo que correspondan a dichos profesionales, deberán estar en posesión del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica al que se refiere el apartado 3 del anexo I del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación

TABLA 3
RESUMEN DE LA NORMATIVA ESPAÑOLA REFERENTE A LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIA

Institución	Leyes y Reales Decretos	Aspectos Centrales
Jefatura del Estado	Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil	Incluye la atención psicológica como parte de la respuesta inmediata a las emergencias de Protección Civil.
	Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo	Entre sus actuaciones para la atención a las víctimas contempla la asistencia psicológica inmediata y gratuita.
	Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito	Entre las medidas de asistencia y apoyo a la víctima del delito, incluye la prestación de apoyo y asistencia psicológica.
Ministerio de la Presidencia	Real Decreto 32/2009, de 16 de enero, por el que se aprueba el Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples	Establece la creación de una zona de asistencia psicológica donde se ubiquen psicólogos encargados de atender a familiares y allegados de las víctimas.
	Real Decreto 632/2013, de 2 de agosto, de asistencia a las víctimas de accidentes de la aviación civil y sus familiares y por el que se modifica el Real Decreto 389/1998, de 13 de marzo, por el que se regula la investigación de los accidentes e incidentes de aviación civil.	Dispone que los planes de Protección Civil contemplarán la asistencia psicológica a las víctimas y sus familiares siendo las compañías aéreas las que deben facilitar el apoyo psicológico necesario para superar el accidente y duelo posterior.
	Real Decreto 627/2014, de 18 de julio, de asistencia a las víctimas de accidentes ferroviarios y sus familiares	Indica que las empresas ferroviarias facilitarán a los heridos graves y sus familiares el apoyo psicológico objetivamente necesario para hacer frente al accidente. Estableciendo la prestación de la asistencia en la zona de asistencia sanitaria, social y psicológica.
	Real Decreto 1097/2011, de 22 de julio, por el que se aprueba el Protocolo de Intervención de la Unidad Militar de Emergencias	La UME tiene la misión de intervenir para contribuir a la seguridad y bienestar de los ciudadanos junto a Instituciones del Estado y Administraciones Públicas, lo que incluye garantizar una adecuada asistencia psicológica.
Ministerio de Justicia	Real Decreto 1109/2015 de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 4/2015 y se regulan las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito	Determina la realización de un plan de apoyo psicológico para las víctimas más vulnerables y la necesidad de dar respuesta psicológica especializada a las víctimas del delito.
Ministerio de Defensa	Orden Ministerial 66/2009, de 4 de noviembre, por la que se aprueba el Protocolo sobre acciones de apoyo a los heridos y las familias de los fallecidos y heridos en operaciones fuera del territorio nacional	Contempla la figura del psicólogo dentro del Equipo de Apoyo Cercano a la Familia para proporcionar apoyo psicológico a los familiares y allegados.
	Orden Ministerial 71/2010, de 15 de diciembre, por la que se crea la Unidad de apoyo a heridos y familiares de fallecidos y heridos en acto de servicio de las Fuerzas Armadas	Establece como funciones la atención psicológica a los heridos y familiares de fallecidos en acto de servicio.
Ministerio del Interior	Resolución de 14 de mayo de 2014, de la Subsecretaría del Ministerio del Interior, por la que se aprueba el Protocolo de Coordinación para la asistencia a las víctimas de accidentes de aviación civil y sus familiares	La persona de contacto encargada de informar a las víctimas y familiares dispondrá de servicios de asistencia psicológica. También dispone la creación de un Centro de Atención a Víctimas y Familiares en el que incluye el apoyo psicológico.



sanitaria especializada" (Jefatura del Estado, 2011b). Este es un punto de gran controversia y debate ya que puede ser interpretado de diversas formas dependiendo si entendemos que la prestación de asistencia psicológica en situaciones de emergencias se encuentra incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, o no. En este sentido, si estuviese incluida en esta cartera de servicios, podríamos decir que se está incumpliendo la normativa pues ello requeriría la inclusión de profesionales de la psicología en todos los servicios de emergencias sanitarias de todas las Comunidades Autónomas (O61, SUMMA, SEM...) algo que no sucede en la actualidad. Por otro lado, cabe pensar que la asistencia psicológica en emergencias no está incluida en esta cartera de servicios y, por ende, no sería necesario el requisito de especialista en psicología clínica para prestar este servicio en estos organismos, sino que el requisito de psicólogo sanitario (en cualquiera de las vías reguladas: Especialista en Psicología Clínica, General Sanitario o Habilitación Sanitaria) podría ser válido para el acceso a estas plazas, pudiéndose establecer como criterio diferenciador para su acceso la formación y experiencia en emergencias.

Por ello, consideramos que sería oportuno modificar este punto de la ley de manera que no diese lugar a mal entendidos o interpretaciones, al igual que consideramos debería replantearse este condicionante, pues sería oportuno preguntarnos si el requisito de Especialista en Psicología Clínica debe ser absolutamente imprescindible para desarrollar la actividad de psicólogo de emergencias o bien, por las propias características de la misma, sería más oportuno acceder a ella a través de otras alternativas en las que primase la capacitación en el ámbito de las emergencias y no tanto la especialidad clínica, ya que la psicología de emergencias puede considerarse como un campo aplicado de la psicología de la salud y una extensión más de la psicología sanitaria con un desarrollo técnico y conceptual propio (Comisión Nacional de Acreditación Profesional, 2017; Losada Fernández, 2004)

Además de este aspecto, en el que no está clara ni delimitada la cualificación necesaria para el desempeño de esta actividad profesional, debemos resaltar el carácter voluntario con el que generalmente se presta la asistencia psicológica en emergencias, pues suele desarrollarse a través de agrupaciones y/o colectivos pertenecientes fundamentalmente a Organizaciones No Gubernamentales, (principalmente desde Cruz Roja o Protección Civil) o a través de convenios suscritos con Colegios Oficiales de Psicólogos y entidades privadas. Atendiendo a la diversidad de estos equipos y modelos de respuesta consideramos que esto no está ayudando a garantizar la calidad de la asistencia que se proporciona a nuestra sociedad en estas situaciones pues son numerosas las ocasiones en las que se produce escasez de recursos, descoordinación, duplicidad o ausencia de esta asistencia.

Por tanto, actualmente, estamos ofreciendo una respuesta fundamentalmente externalizada, de forma aislada y con ca-

rácter puntual a requerimiento de los organismos gestores de emergencias, de modo que en la mayoría de ocasiones se proporciona solo en aquellos casos en los que éstos valoran oportuna esta actuación, por lo que en numerosas ocasiones no se garantiza la asistencia psicológica en situaciones en las que sería necesario llevarla a cabo, ni tampoco la cualificación de los profesionales que las atienden. Respecto a este sistema basado en el voluntariado, debemos mencionar que tal y como queda establecido en la Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil (Jefatura del Estado, 2015) y en la exposición segunda de la Resolución de 23 de octubre de 2017, del Convenio marco de colaboración con Cruz Roja Española y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Ministerio de Sanidad, 2017), la actividad del voluntariado debe ser desarrollada con carácter auxiliar, complementario y colaborador con las Administraciones Públicas, con lo que se evidencia la necesidad de contar con un servicio profesionalizado e integrado por psicólogos de emergencias incorporados al sistema asistencial de la Administración Pública.

Por consiguiente, para cubrir las necesidades de la sociedad actual y cumplir con el derecho de la ciudadanía establecido en la legislación vigente, debemos trabajar en dos sentidos: regulación de la formación y capacitación necesaria para ejercer esta actividad profesional, e incorporación de los recursos necesarios de psicólogos de emergencias (con dicha capacitación) en los organismos con competencias en gestión de situaciones de emergencia.

En esta línea regulatoria, el Consejo General de la Psicología de España emitió la Acreditación Nacional de Psicólogo Experto en Psicología de Emergencias y Catástrofes (Comisión Nacional de Acreditación Profesional, 2017) estableciendo unos criterios de acreditación nacionales que diesen respuesta a las necesidades formativas de este profesional, como "una especialidad del ámbito sanitario, siguiendo principalmente los modelos internacionales de formación". Se pretendía con ello garantizar una formación teórica específica de excelencia y una formación práctica supervisada igualmente de excelencia. Aunque, la propuesta de regulación para la creación de la figura del psicólogo de emergencias como profesión regulada fue iniciada en la Asamblea Regional de Murcia (2015, 2017) con la aprobación de dos mociones en las que se instaba al Gobierno de España a ello.

Los términos de estas iniciativas de establecer un máster habilitante para el ejercicio de esta profesión se realizaron siguiendo los criterios de la recién regulada Psicología General Sanitaria. Sin embargo, este modo de regulación es objeto de cierta discusión pues si esta profesión fuese regulada estableciendo el requisito de ser sanitario implicaría, en la actualidad, la realización de dos másteres para el ejercicio de esta profesión, uno el Máster en Psicología General Sanitaria y otro, el Máster en Psicología de Emergencias. Es por ello que, en el año 2018 se registró una Proposición no de Ley en el Congreso de los Diputados en la que se instaba



al Gobierno a proponer la aprobación del Diploma de Acreditación para Psicólogos de Emergencias. (Congreso de los Diputados, 2018).

La creación de este Diploma de Acreditación planteada desde el Ministerio de Sanidad para psicólogos de emergencias, podría ser una posible opción para la regulación de esta disciplina dentro del marco normativo actual, teniendo acceso todos los psicólogos acreditados como profesionales sanitarios por cualquiera de las vías reguladas a nivel nacional. Además, esta Acreditación podría ser requerida como mérito profesional en los sistemas de provisión de plazas algo que ayudaría a garantizar que los profesionales de la psicología que accediesen a las mismas fuesen profesionales con experiencia y formación acreditada por dicho Diploma de Acreditación.

La normativa dentro de la cual podríamos establecer los mecanismos oportunos para esta regulación siguiendo la iniciativa presentada en el Congreso de los Diputados, sería la siguiente:

1. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Jefatura del Estado, 2003a).
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (Jefatura del Estado, 2003b).
3. Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada (Ministerio de Sanidad, 2015).

Por otro lado, nos gustaría hacer una breve mención a la regulación de la psicología de emergencias en el ámbito de nuestras Fuerzas Armadas pues consideramos oportuno que ambas regularizaciones compartan elementos comunes en cuanto a los criterios que puedan establecerse para ello. En este sentido, la Orden DEF/2892/2015, de 17 de diciembre, por la que se establecen las especialidades complementarias del Cuerpo Militar de Sanidad sólo contempla la Psicología Clínica en su Anexo, como especialidad complementaria para la Especialidad Fundamental de Psicología (Ministerio de Defensa, 2016). Por otro lado, la orden DEF/598/219, de 27 de mayo, que modifica la Orden DEF/2892/2015 contempla la especialidad complementaria dentro de la especialidad fundamental Enfermería con la denominación "Enfermería de Urgencias y Emergencias en Operaciones" (Ministerio de Defensa, 2019), por lo que la opción de que la psicología de emergencias pueda ser una nueva especialidad podría plantearse como una posibilidad. Consideramos que la formación en este ámbito es imprescindible para la labor que desempeñan los psicólogos militares tanto en territorio nacional como en zona de operaciones, resultando conveniente una formación específica que proporcione una aptitud específica, en este sentido, otra opción sería realizar una regulación similar a las existentes para otras especialidades fundamentales como la medicina y enfermería de vuelo o la medicina y enfermería en ambiente hiperbárico. Ello le permitiría a la Dirección General de Personal del Ministerio de Defensa la posibilidad de determi-

nar puestos de la Relación de Puestos Militares de la Especialidad Fundamental Psicología que tendrían como exigencia la posesión de esta aptitud.

En definitiva, podemos decir que estas han sido las propuestas normativas planteadas más relevantes hasta este momento en nuestro país, sin embargo, el debate sobre cuál puede ser el mejor modo de llevar a cabo esta regulación está sobre la mesa y debe ser abordado y acordado con el mayor consenso posible, teniendo en cuenta la opinión y criterio de expertos, colegios profesionales, sociedades científicas y todos los organismos implicados en esta tarea tanto del ámbito sanitario como del ámbito general de las emergencias como Protección Civil o la Unidad Militar de Emergencias, entre otros.

CONCLUSIONES

Como venimos indicando en este análisis y revisión de la situación de la psicología de emergencias en España, aunque se ha desarrollado numerosa legislación determinando la importancia de la figura de este profesional en los diferentes ámbitos de actuación de las situaciones de emergencia y catástrofes, seguimos sin contar con una propuesta normativa que regule su actividad profesional y la capacitación formativa necesaria para su desempeño. Es decir, aunque contamos con esta legislación que hace referencia a la prestación de asistencia, no contamos con la normativa necesaria que regule la profesión del psicólogo de emergencias. Por tanto, nos encontramos, por un lado, con la normativa que determina que se debe proporcionar asistencia psicológica en situaciones de emergencia, y por otro, con la carencia de la legislación que establece los requisitos formativos necesarios con los que deben contar los profesionales de la psicología para prestarla, al igual que carecemos de la integración de estos profesionales como recursos propios del sistema público asistencial para llevar a cabo esta prestación.

Por consiguiente, no contamos con un sistema de respuesta psicológica establecido para situaciones de urgencia, emergencia o catástrofes, donde los profesionales de la psicología formen parte de la plantilla fija de los organismos públicos de gestión de emergencias. Por el contrario, la práctica habitual en la prestación de esta asistencia es de carácter principalmente voluntario a través de Organizaciones No Gubernamentales o convenios establecidos con otras asociaciones, empresas privadas o Colegios Profesionales de Psicólogos. Sin embargo, no podemos olvidar que estos servicios de voluntariado siempre deben tener un carácter colaborador y complementario a los recursos pertenecientes a la Administración Pública, por lo que en ningún caso pueden sustituir a los servicios de profesionales integrados en ésta. Por ello, la inclusión de los psicólogos con competencias y capacitación específica en emergencias en ella debe ser una prioridad para nuestro sistema asistencial público.

Aunque hemos señalado las dos vías de regulación materializadas en iniciativas parlamentarias hasta el momento en



nuestro país, nos gustaría hacer un breve análisis de otras posibilidades que podrían plantearse y ser origen de debate. Nos referimos a la opción de regular esta profesión mediante el formato de Especialidad. En este sentido, nos gustaría indicar que, en la actualidad, debido a cómo se viene desempeñando la actividad de los psicólogos en situaciones de emergencias con un carácter principalmente externalizado, puntual y voluntario, así como la prácticamente nula implantación de éstos en plazas de nuestro sistema público asistencial, no consideramos viable ni oportuno regular esta profesión a través del sistema de formación de postgrado en su modalidad de residencia tipo PIR. Por otro lado, la opción de hacerlo a través de los Diplomas de Área de Capacitación Específica tampoco la consideramos como positiva, pues sería necesario contar con el requisito de Especialista, algo que en estos momentos sólo cuentan los Especialistas en Psicología Clínica, lo que implicaría que sólo ellos podrían tener acceso a esta formación y diplomas, aumentando aún más las dificultades actuales de acceso a los profesionales de la psicología en general a esta cualificación y por tanto a poder garantizar las necesidades asistenciales en las situaciones de emergencia y/o catástrofes que puedan ocurrir.

Otra posibilidad sería implantar el modelo universitario 3 + 2, de manera que a la finalización de esta formación los psicólogos contasen con la cualificación profesional de psicólogos sanitarios y a partir de ahí realizar, por ejemplo, un máster universitario en psicología de emergencias que habilitase para el ejercicio de la profesión titulada vinculada a dicha actividad. Esta opción también sería interesante para otras profesiones que desde la psicología se considerase oportuno vincular a la profesionalización de otros ámbitos de actuación sanitarios, aunque somos conscientes que la regulación de nuevas cualificaciones profesionales debe ajustarse a la Directiva 2013/55/UE de 20 de noviembre de 2013 por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) no 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea, 2013) y al Real Decreto 581/2017, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español dicha normativa (Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales, 2017). En nuestra opinión, es imprescindible trabajar en la modificación de la ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias de modo que pueda incluirse la psicología de emergencias como profesión, así como redefinir la Ley 33/2011 General de Salud Pública de forma que permita la inclusión de Psicólogos Generales Sanitarios al Sistema Nacional de Salud con unas funciones y competencias delimitadas que les diferencie de los especialistas en psicología clínica y por tanto puedan estos profesionales reforzar este servicio de modo que podamos dar respuesta a las necesidades actuales de la salud mental en nuestra sociedad.

Por todo lo mencionado, queremos resaltar la idiosincrasia del perfil profesional del psicólogo de emergencias que consideramos requiere de la elaboración de un programa formativo específico para este ámbito competencial, desaconsejando por nuestra parte que esta formación quede diluida dentro de otros programas pertenecientes a otras áreas de la psicología como pudiesen ser el, Grado en Psicología, el Máster en Psicología General Sanitaria o en el propio programa formativo del Psicólogo Interno Residente. Consideramos importante que el proceso formativo que se establezca se base en las nuevas metodologías de enseñanza que faciliten un aprendizaje más activo y significativo: estudio de casos, aprendizaje cooperativo y basado en problemas que propician el desarrollo de competencias complejas, etc. Al igual que el desempeño profesional debería ser evaluado y valorado mediante diferentes tipos de evidencias: de conocimiento (pruebas escritas, informes de práctica profesional, publicaciones realizadas, etc); de desempeño (pruebas de observación directa de la práctica profesional, pruebas orales de habilidades ante tribunal de evaluación, etc); y evidencias de actitud en las cuales se evalúe la predisposición o tendencia personal del psicólogo para realizar acciones ante una situación crítica determinada.

En definitiva, parece que la regulación de esta profesión es cuestión de tiempo y, aunque, con algunas dudas en cuál será el diseño normativo final para hacerlo, sí parece claro que esta necesidad existe en nuestro país y debemos trabajar para que ello se lleve a cabo en el menor tiempo posible de manera que garanticemos una asistencia profesional de calidad a la ciudadanía.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses

REFERENCIAS

- Alonso Grijalba, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés posttraumático: validación empírica de un programa de tratamiento* [Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/7552/>
- Asamblea General de Naciones Unidas. (2002). *Estrategia Internacional de Reducción de Desastres*. Naciones Unidas. <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/RES/56/195>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28.
- Cavanillas, M., y Martín-Barrajón, P. (2012). Psicología de urgencias y emergencias: ¿Mito o realidad? *Lex Artis Ad Hoc. International Scientific Journal*, 1, 27–32.
- Comisión Nacional de Acreditación Profesional. (2017). *Acreditación Nacional de psicólogo experto en psicología de emergencias y catástrofes*. Consejo General de la Psicología de España <http://www.acreditaciones.cop.es>
- Creamer, M., y Manning, C. (1998). Acute stress disorder



- following an industrial accident. *Australian Psychologist*, 33(2) 125–129.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2017). *Portal Estadístico Violencia de Género*. <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
- Delgado-Moreno, R., Robles-Pérez, J. J., Aznar-Laín, S., y Clemente-Suárez, V. J. (2019). Effect of experience and psychophysiological modification by combat stress in soldier's memory. *Journal of Medical Systems*, 43(6), 150.
- Dirección General de Tráfico. (2018). *En 2017 fallecieron 1.830 personas en accidente de tráfico*. Nota de prensa. Ministerio del Interior. <http://www.dgt.es/Galerias/prensa/2018/07/NP-Siniestralidad-vial-2017-datos-consolidados.pdf>
- Figueroa, R. A., Marín, H., y González, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista Médica de Chile*, 138 (2), 143–151.
- Figueroa, R. A., Cortés, P. F., Accatino, L., y Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, 144, 643–655.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*, 346(13), 982–987.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento: estado de la cuestión. *Papeles del Psicólogo*, 37 (3), 198–204.
- Gutiérrez Camacho, S. (2016). *Prevalencia de trastornos psicológicos en población española víctima de atentados terroristas* [Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/38866/>
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Defunciones según la causa de muerte*. INE. <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12) 1048–1060.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl. 5), 4–12; discussion 13–4.
- Lorente Acosta, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Losada Fernández, P. (2004). *Función y perfil profesional del psicólogo como recurso humano en catástrofes*. Ponencia Congreso "Conferencia Internacional de Psicología de la Salud PSICOSALUD 2004". La Habana, Cuba. 15 al 19 de noviembre 2004. Publicado en el CD ROM de sus Memorias. ISBN 959-7164-73-6
- North, C. S., Smith, E. M., y Spitznagel, E. L. (1994). Post-traumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, 151(1) 82–88.
- North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L., y Smith, E. M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Medical Association*, 282(8) 755–762.
- North, C. S. (2007). Epidemiology of disaster mental health response. En R. J. Ursano, C. S. Fullerton, L. Weisaeth, B. Raphael (Eds.), *Textbook of Disaster Psychiatry (1st ed.)*. (pp. 29–47). New York: Cambridge University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2013a). *La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos*. Ginebra: OMS. https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2013b). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra. OMS. https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Pacheco Tabuena, T., Condés Moreira, M. D., Pérez Villalanda, E., Benegas Bautista, J. N., y Añates Gutiérrez, B. (2008). Psicología: Disciplina necesaria en emergencia extrahospitalaria. *Prehospital Emergency Care*, 1(4), 383–390.
- Real Federación Española de Salvamento y Socorrismo. (2018). *Informe Nacional de Ahogamientos Producidos del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2017*. <https://rfess.es/wp-content/uploads/2019/02/INA-2015-2016-2017.pdf>
- Pfefferbaum, B., y E. Doughty, D. E. (2001). Increased alcohol use in a treatment sample of Oklahoma City bombing victims. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64(4) 296–303.

NORMATIVA LEGAL

- Asamblea Regional de Murcia. (2015). Moción sobre solicitud al Gobierno de la nación de creación de la figura del psicólogo de emergencias y catastrofes como profesión regulada. *Boletín Oficial de La Asamblea Regional de Murcia*, 11 de febrero, 165, 8441.
- Asamblea Regional de Murcia. (2017). Moción sobre solicitud al Gobierno de la nación de propuesta de creación de una comisión interministerial para la regulación del psicólogo de emergencias. *Boletín Oficial de La Asamblea Regional de Murcia*, 28 de febrero, 85, 5375–5376.
- Congreso de los Diputados. (2018). Proposición no de Ley relativa a los psicólogos de emergencias, para su debate en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales. 9 de mayo de 2018. *Boletín Oficial de Las Cortes Generales*, 9 de mayo, 349, 24–25.
- 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.



- Jefatura del Estado. (2003a). Ley 16/2003, 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, 1–41.
- Jefatura del Estado. (2003b). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 28, 1–29.
- Jefatura del Estado. (2011a). Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo. *Boletín Oficial del Estado*, 229, 100566–100592.
- Jefatura del Estado. (2011b). Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*, 240, 104593–104646.
- Jefatura del Estado. (2015a). Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 164, 57409–57435.
- Jefatura del Estado. (2015b). Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. *Boletín Oficial del Estado*, 101, 1–28.
- Ministerio de Defensa. (2009). Orden Ministerial 66/2009, de 4 de noviembre, por la que se aprueba el Protocolo sobre acciones de apoyo a los heridos y a las familias de los fallecidos y heridos en operaciones fuera del territorio nacional. *Boletín Oficial de Defensa*, 218, 14515–14518.
- Ministerio de Defensa. (2010). Orden Ministerial 71/2010, de 15 de diciembre, por la que se crea la Unidad de apoyo a heridos y familiares de fallecidos y heridos en acto de servicio de las Fuerzas Armadas. *Boletín Oficial de Defensa*, 244, 13551–13553.
- Ministerio de Defensa. (2016). Orden DEF/2892/2015, de 17 de diciembre, por la que se establecen las especialidades complementarias del Cuerpo Militar de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 6, 979–983.
- Ministerio de Defensa. (2019). Orden DEF/598/2019, de 27 de mayo, que modifica la Orden DEF/2892/2015, de 17 de diciembre, por la que se establecen las especialidades complementarias del Cuerpo Militar de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 134, 58852.
- Ministerio de Justicia. (2015c). Real Decreto 1109/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, y se regulan las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito. *Boletín Oficial del Estado*, 312, 123162–123181.
- Ministerio de la Presidencia. (2009). Real Decreto 32/2009, de 16 de enero, por el que se aprueba el Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples. *Boletín Oficial del Estado*, 32, 12630–12673.
- Ministerio de la Presidencia. (2011). Real Decreto 1097/2011, de 22 de julio, por el que se aprueba el Protocolo de Intervención de la Unidad Militar de Emergencias. *Boletín Oficial del Estado*, 178, 84139–84144.
- Ministerio de la Presidencia. (2013). Real Decreto 632/2013, de 2 de agosto, de asistencia a las víctimas de accidentes de la aviación civil y sus familiares y por el que se modifica el Real Decreto 389/1998, de 13 de marzo, por el que se regula la investigación de los accidentes e incidentes. *Boletín Oficial del Estado*, 185, 56791–56803.
- Ministerio de la Presidencia. (2014). Real Decreto 627/2014, de 18 de julio, de asistencia a las víctimas de accidentes ferroviarios y sus familiares. *Boletín Oficial del Estado*, 175, 57145–57154.
- Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales. (2017). Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento. *Boletín Oficial del Estado*, 138, 48159–48319.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. *Boletín Oficial del Estado*, 179, 64237–64242.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Resolución de 23 de octubre de 2017, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se publica el Convenio marco de colaboración con Cruz Roja Española. *Boletín Oficial del Estado*, 275, 109359–109363.
- Ministerio del Interior. (2014). Resolución de 14 de mayo de 2014, de la Subsecretaría, por la que se aprueba el Protocolo de Coordinación para la asistencia a las víctimas de accidentes de aviación civil y sus familiares. *Boletín Oficial del Estado*, 127, 39726–39755.
- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2013). Directiva 2013/55/UE de 20 de noviembre de 2013 por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n° 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior. *Diario Oficial de la Unión Europea*, 354, 132–170.

