

Impacto de la intervención psicosocial en las localidades afectadas por la DANA.



Informe
2024-2025

Psicólogas 
sin fronteras

Acompañamiento a las
personas afectadas:
**recuperando la
esperanza.**



Índice

01

Prólogo

02

Resumen

03

Introducción

04

Metodología

05

Líneas de trabajo
desarrolladas

06

Resultados e
impacto

07

Dificultades y
aprendizajes

08

Recomendaciones
y sostenibilidad

09

Conclusiones

1. Prólogo

La DANA del 29 de octubre de 2024 puso a prueba, con crudeza, la capacidad de nuestras comunidades e instituciones para cuidar la vida. En pocas horas, un acontecimiento extremo desbordó hogares, barrios y servicios públicos; y con ello, afloraron también las fronteras invisibles que condicionan el acceso a la ayuda, especialmente para las personas más vulnerables. En este contexto, Psicólogas sin Fronteras (PSF) activó su mandato en emergencias: acercar salud mental y apoyo psicosocial donde más se necesitan, con rapidez, rigor técnico y coordinación interinstitucional.

Nuestros fines son claros: contribuir a la recuperación y al bienestar psicosocial de la población afectada, prevenir la cronificación del sufrimiento y restaurar redes de apoyo familiares y comunitarias. Lo hacemos desde valores que nos definen: enfoque de derechos humanos, equidad y accesibilidad, interculturalidad y perspectiva de género, protección y confidencialidad, y una práctica profesional ética, basada en evidencia y en la participación de las personas acompañadas. Así entendemos la salud mental en emergencias: no como un añadido, sino como un componente esencial de cualquier respuesta humanitaria y de protección civil.

Este informe documenta una intervención en dos tiempos —presencia temprana en terreno y atención continuada focalizada—, realizada en coordinación con ayuntamientos, servicios sociales, salud y tejido asociativo. Los datos muestran algo fundamental: la atención psicosocial oportuna marca una diferencia en la estabilización del malestar, el afrontamiento y la reconexión con recursos locales. También evidencian brechas: estigma, desigualdades territoriales y administrativas, descoordinación y falta de integración de la salud mental en la respuesta general. Estas brechas no son meras ineficiencias; se traducen en sufrimiento evitable y en un mayor coste humano y social a medio plazo.

Por eso, este prólogo es también una llamada a la responsabilidad institucional. Cuando la respuesta pública no incorpora la dimensión psicosocial desde el inicio —como ocurrió de forma significativa tras la DANA— se generan vacíos que las organizaciones tratamos de paliar, pero que no deberían existir. Urge institucionalizar protocolos que integren la prevención y la atención psicosocial en los planes municipales y autonómicos de emergencia; asegurar financiación sostenida más allá del pico mediático; fortalecer mecanismos de coordinación y derivación; y remover barreras que impiden el acceso de quienes ya viven en la frontera —muy especialmente, población migrante y cuidadoras.

Este documento ofrece evidencia operativa y recomendaciones para pasar de la asistencia reactiva a la incidencia estructural: formar equipos, cuidar a quienes cuidan, activar redes comunitarias, y medir resultados para mejorar. Si algo hemos aprendido es que la comunidad es imprescindible en la recuperación y que la salud mental colectiva se construye con presencia, metodología y voluntad política.

Que estas páginas sirvan para honrar lo vivido, aprender de lo actuado y comprometer lo pendiente. Porque en la próxima emergencia —que llegará— la diferencia entre el daño y la recuperación dependerá de que la respuesta psicosocial sea, por fin, un derecho garantizado.



Betty Roca Hubbauer
Psicólogas sin Fronteras

2. Resumen

España, como el resto de los países del mundo, no es ajena a los efectos del cambio climático y su población no está libre de vivir sus devastadoras consecuencias.

El 29 de octubre de 2024 se registró una catástrofe natural sin precedentes como una de las peores que ha sucedido en la región de la Comunitat Valenciana durante los últimos 100 años. Según los recientes datos proporcionados por el gobierno, la cantidad de personas fallecidas suman un total de 223 (215 en la Comunitat Valenciana; 7 en Castilla-La Mancha; 1 en Andalucía) y 17 personas desaparecidas. Además, el temporal ha dejado miles de personas damnificadas, daños incuantificables en viviendas, vehículos y vías públicas, entre otros.

Acorde a la literatura existente, los desastres naturales causan graves sufrimientos psicológicos y sociales a las poblaciones afectadas (Inter Agency Standing Committee, 2007). Estos efectos pueden ser agudos, en el corto plazo, pero también pueden deteriorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones afectadas, dejando a miles de personas en situación de vulnerabilidad.

Psicólogas sin Fronteras implementó una intervención psicosocial en las localidades afectadas por la DANA, articulada con actores locales, que mitigó el impacto emocional inmediato y favoreció la recuperación del tejido social.

La respuesta se organizó en dos fases complementarias: (1) atención en terreno durante las semanas posteriores al evento, con 302 casos atendidos en cinco municipios; y (2) desde enero hasta la actualidad, un dispositivo de atención psicosocial continuada focalizado en los municipios de Sedaví y Benetússer, con 115 casos, un promedio de 6 sesiones por persona y 754 horas de atención individualizada.



Fases de Intervención: De la Emergencia a la Consolidación

1

Fase Inicial - Emergencia Inmediata

29/10 - 17/12/2024

Se activaron equipos especializados para intervenir en 302 casos totales (rango de edad: 7 a 90 años) distribuidos en cinco municipios. La intervención se centró en proporcionar primeros auxilios psicológicos, ventilación emocional y contención del trauma durante las primeras 72 horas críticas. Este enfoque permitió mitigar el impacto inmediato del shock emocional, contribuyendo a la estabilización psicosocial de los afectados.

2

Fase de Recuperación Inicial

18/12/2024 - 01/02/2025

Transición hacia atención psicosocial sostenida con más de 600 solicitudes desde SAPEC (Servicio de Atención Psicológica en Emergencia y Crisis). Énfasis en reconstrucción material y manejo de síntomas como pesadillas, insomnio e irritabilidad.

3

Fase de Consolidación

02/02/2025 - Actualidad

La atención se ha mantenido de manera sostenida a través de convenios municipales, con especial enfoque en la inclusión de personas migrantes. Desde el 02/02/2025, se han atendido un total de 115 casos entre las localidades de Sedaví, Benetússer y otras zonas afectadas, con un total de 608 sesiones de atención psicológica brindadas. Con un promedio de 6.5 horas de atención por persona, se ha logrado mantener un seguimiento constante, garantizando una atención integral a cada caso.



Equipo PSF
Sedaví-
Noviembre 24

El dispositivo de atención continuada combinó intervención psicológica individual, acompañamiento psicosocial, apoyo de trabajo social y orientación jurídica. Se estructuró en tres fases diferenciadas con objetivos específicos y hitos verificables para garantizar la continuidad del cuidado.

Cobertura Territorial

302

Casos Totales

Atendidos en fase inicial
de emergencia

600+

Solicitudes SAPEC

Derivaciones en fase de
recuperación

51

Casos Activos

En seguimiento actual
consolidado

Sedaví: 124 casos iniciales

Mayor concentración de intervenciones,
actualmente 30 casos activos y 25 cerrados

Benetússer: 83 casos iniciales

Convenio desde abril 2025, 11 casos activos.

Otras localidades: 95 casos

Paiporta(45),Massanassa(38),Chiva (12) más 39
casos adicionales.



Equipo PSF
Paiporta-
Noviembre 24

Prospección Futura: Mantener atención psicológica a mediano y largo plazo, recuperación del tejido comunitario y ampliación territorial con entidades solicitantes.

Acciones claves

La intervención psicosocial desarrollada tras la DANA se enmarca en el compromiso de PsF por acompañar a las comunidades afectadas desde un enfoque humano, preventivo y participativo. Este trabajo busca fortalecer el bienestar emocional, la cohesión social y la capacidad de afrontamiento colectivo ante situaciones de crisis.

A través de la colaboración con actores locales y el impulso de redes de apoyo, se promueve una recuperación integral que sitúa a las personas y sus vínculos comunitarios en el centro del proceso.

Acción clave	Resultados
Reducción del malestar agudo en personas acompañadas frente a no acompañadas	Estabilización y reducción del malestar emocional en las primeras semanas y menor persistencia de síntomas (ansiedad, insomnio, hipervigilancia).
Afrontamiento más adaptativo y recuperación funcional	Mayor vuelta a rutinas (familiares, escolares, laborales) y uso de técnicas de autocuidado entre las personas atendidas.
Acercamiento a los recursos locales	Derivaciones efectivas y participación en dispositivos comunitarios, con mejor acceso a Servicios Sociales, salud y apoyos municipales
Fortalecimiento del tejido comunitario	Trabajo con actores locales, ayuntamientos y centros de trabajo social que permanecen operativos tras la fase aguda.
Continuidad del cuidado (de terreno a seguimiento focalizado)	Focalización en Sedaví y Benetússer permitió la atención integral reduciendo el impacto negativo de la catástrofe.
Atención a necesidades no visibilizadas	Detección proactiva, la mediación y el acercamiento a recursos, reduciendo brechas de acceso (17,03% de la población atendida fue de origen migrante).

3. Introducción

3.1 Contexto.

El 29 de octubre de 2024, una DANA sin precedentes causó graves estragos en el sureste de España, afectando significativamente al sur de la provincia de Valencia. Según las cifras manejadas para este informe, el evento dejó 224 personas fallecidas (nueve de ellas niñas y niños) y afectó a 78 municipios del sur de Valencia, con impacto en diferente grado sobre 1,8 millones de personas, de las cuales 163.000 son niñas y niños que viven en los municipios afectados.

3.2 Efectos Psicosociales y Justificación de la Intervención

La literatura especializada en emergencias (IASC, 2007) muestra que, las personas afectadas por los desastres naturales, generan efectos agudos (ansiedad, insomnio, hipervigilancia, irritabilidad, duelo) y efectos a medio y largo plazo (síntomas depresivos/traumáticos, somatizaciones, deterioro del funcionamiento cotidiano).

Estos impactos se entrelazan con roles y responsabilidades adultas (cuidado de dependientes, empleo, gestión económica y comunitaria), lo que puede agravar el estrés y dificultar la recuperación sin apoyos adecuados.



Equipo PSF
Benetússer -
Noviembre 24



Efectos de
la DANA
Benetússer -
Noviembre 24

La población afectada experimentó riesgo psicosocial ante factores como pérdida de vivienda/medios de vida, duelos múltiples, carga de cuidados, enfermedad crónica/discapacidad, soledad, y en algunos casos, dificultades para el acceso de recursos (especialmente en población migrante).

La evidencia respalda que una respuesta psicosocial temprana y continuada: (a) reduce el malestar agudo y la descompensación, (b) previene la cronificación de síntomas, y (c) restaura apoyos cotidianos (familiares, laborales y comunitarios).

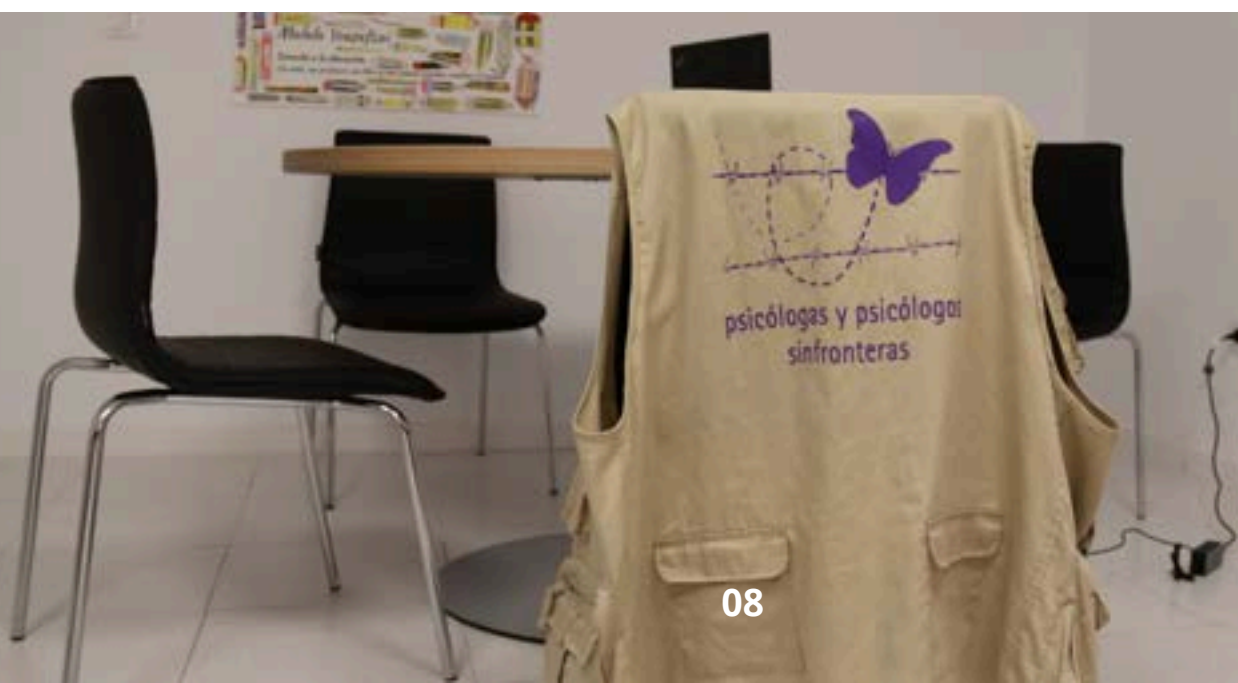
Por ello, PSF desplegó un dispositivo principal de intervención psicosocial, compuesto por:

- 1. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) y cribado breve de riesgos.**
- 2. Psicoeducación y entrenamiento en estrategias de afrontamiento.**
- 3. Intervenciones grupales y talleres comunitarios orientados al apoyo mutuo y la reconstrucción del tejido social.**
- 4. Derivación segura y mediación para el acercamiento a recursos locales (Servicios Sociales, salud y apoyos municipales).**
- 5. Seguimiento focalizado de los casos con mayor vulnerabilidad.**

Este diseño prioriza la población vulnerable y su rol como sostén de la recuperación del bienestar y tejido asociativo.

3.3 Sobre Psicólogas sin Fronteras (PSF) y la activación de la respuesta.

Psicólogas sin Fronteras (PSF) es una asociación cuya misión es acercar a las comunidades afectadas por catástrofes a servicios de salud mental y apoyo psicosocial. Tras las primeras horas de la DANA, diversos municipios contactaron con PSF para solicitar apoyo. PSF, acorde a su mandato, movilizó equipos para responder a los distintos focos afectados en la Comunitat Valenciana. Gracias a su trayectoria en respuestas a emergencias humanitarias internacionales, PSF cuenta con experiencia y capacidad de coordinación interinstitucional (administraciones públicas, sector privado, tejido social y ámbito académico), tanto a nivel internacional como local. Conscientes del desgaste que las emergencias generan también en el personal interviniente, PSF permanece en territorio desde el 30 de octubre de 2024, sosteniendo una línea de acompañamiento psicosocial tanto a personas afectadas como a quienes brindan asistencia, en consonancia con los estándares internacionales (IASC, 2007).



Objetivos de la intervención.

Contribuir a la recuperación y bienestar en salud mental de la población afectada mediante una intervención psicosocial integral y coordinada que reduzca el malestar agudo y prevenga la cronificación de síntomas.

1

Dispositivo Psicosocial

Desplegar y sostener un dispositivo en 2 fases que asegure accesibilidad y continuidad del cuidado.

2

Atención Integral

Brindar atención individual, grupal y comunitaria promoviendo afrontamiento adaptativo y recuperación del bienestar.

3

Detección y Derivación

Identificar casos complejos para prevención y rutas de derivación hacia servicios especializados.

4

Acceso Equitativo

Garantizar acceso mediante mediación y acompañamiento para personas y colectivos vulnerables.

5

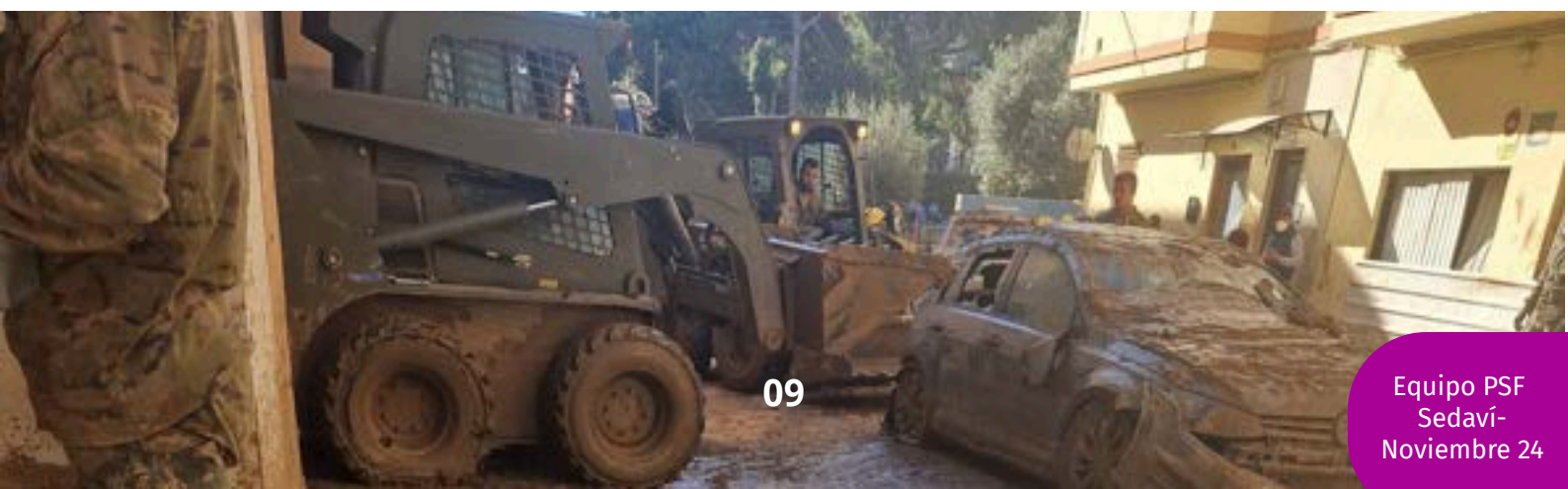
Tejido Comunitario

Reforzar la comunidad articulando con actores locales y activando puntos de apoyo

6

Evidencia e Impacto

Generar evidencia del impacto psicosocial para mejora continua y optimización de resultados, incorporando la prevención psicosocial en los planes municipales de emergencia.



4. Metodología de intervención

Enfoque y Principios

Enfoque Integral

Intervención psicosocial que combina la atención individual, grupal y comunitaria con perspectiva de derechos humanos

Principios Éticos

Confidencialidad, no maleficencia y participación activa como pilares de la intervención profesional

Perspectiva de Género

Atención diferenciada que reconoce las distintas vulnerabilidades y fortalezas según género.

Interculturalidad

Adaptación cultural y lingüística, especialmente para población migrante con barreras idiomáticas.

Población Diana

Se dirigió a personas afectadas directa o indirectamente por la DANA en los municipios intervenidos. Los criterios de inclusión abarcaron impacto por el evento, malestar emocional relacionado, deseo de apoyo y residencia o trabajo en zonas afectadas.

Criterios de Priorización

- Duelo reciente y pérdida de seres queridos.
- Pérdida de vivienda o medios de vida.
- Carga de cuidados y responsabilidades familiares.
- Enfermedad crónica o discapacidad
- Situación de soledad o aislamiento.
- Exclusión idiomáticas y/o administrativas.

Modalidades de Intervención

01 Atención Individual.

02 Atención Grupal.

03 Intervención Comunitaria.



Procedimientos claves

Atención individual.

Contención emocional inmediata.

Primeros Auxilios Psicológicos (PAP).

Evaluación breve del estado mental.

Plan personalizado de afrontamiento.

Derivación y seguimiento especializado.

Atención grupal.

Grupos psicoeducativos temáticos.

Apoyo entre pares facilitado.

Técnicas de regulación emocional.

Fortalecimiento de redes sociales.

At. comunitaria local.

Talleres comunitarios participativos.

Activación de recursos locales.

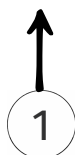
Orientación a servicios disponibles.

Mediación intercultural

Atención en terreno

Semanas post-evento

Despliegue móvil en puntos estratégicos (Nou Espai, SS.SS., Sede Inclou, IES Sedaví). Cribado breve, PAP inmediato y derivación urgente. Registro básico de casos para seguimiento posterior.



Evaluación continua

Transversal

Registro ampliado de indicadores, análisis descriptivo y cualitativo de resultados. Revisión semanal de casos y ajustes metodológicos según necesidades emergentes.



Atención continuada

Diciembre-actualidad

Sedes fijas en Sedaví y Benetússer. Planificación individual de aproximadamente 6.5 sesiones por persona. Seguimiento focalizado y coordinación periódica con servicios sociales y sanitarios.

Los componentes transversales incluyen psicoeducación especializada, técnicas de regulación emocional, activación conductual y habilidades de afrontamiento adaptativas, siempre con enfoque en el fortalecimiento de las redes de apoyo natural.

Coordinación y Registro de Datos

Coordinación Institucional.

Articulación con ayuntamientos, servicios sociales, centros de salud y asociaciones locales mediante reuniones periódicas y protocolos de derivación bidireccional.

Derivación Especializada.

Canales establecidos hacia salud mental, atención primaria y recursos de inserción laboral, con mediación específica para población migrante

Sistema de Registro.

Plataforma EHOLLO para registro de sesiones, fichas de caso y evaluaciones de riesgo con autoinformes de malestar y afrontamiento

Indicadores Clave de Evaluación

Disminución Malestar	Derivaciones Efectivas	Mejora Funcional	Población Migrante
Porcentaje de casos con reducción significativa del malestar emocional agudo.	Éxito en derivaciones a servicios especializados y recursos comunitarios.	Personas en seguimiento prolongado con mejoras en salud mental y funcionamiento.	Porcentaje de población migrante atendida con mediación intercultural

La gestión de calidad se sustenta en la revisión semanal de casos, doble verificación de registros y análisis tanto descriptivo (frecuencias/porcentajes) como cualitativo de temas emergentes (temas emergentes). Las salvaguardas éticas incluyen consentimiento informado, protocolos de confidencialidad autocuidado del equipo profesional (supervisión y pautas de descanso).

Limitaciones metodológicas: Se reconoce la heterogeneidad entre municipios, posible sesgo de recuerdo en autoinformes y subregistro de atenciones informales. La heterogeneidad en la población en sí misma (edad, sexo, nivel de escolaridad). Estas limitaciones se mitigan mediante triangulación de fuentes y validaciones en coordinación interdisciplinar

Limitaciones Metodológicas: Se reconoce la heterogeneidad entre municipios, posible sesgo de recuerdo en autoinformes y subregistro de atenciones informales. Estas limitaciones se mitigan mediante triangulación de fuentes y validaciones en coordinación interdisciplinar.

5. Líneas de trabajo

5.1 SAPEC (Servicio Atención Psicológica en Emergencia y Crisis)

Tras el impacto de la DANA, el servicio SAPEC, que ya contaba con una línea telefónica gratuita para atención en crisis, intervino de manera inmediata para ofrecer contención emocional, orientación y seguimiento psicosocial. Este servicio no se limita a una atención puntual, sino que se basa en un enfoque metodológico integral, brindando acompañamiento continuo, tanto de manera presencial como online, según las necesidades de cada persona. SAPEC proporciona atención en un horario fijo semanal, pero su valor añadido radica en su capacidad para hacer un seguimiento constante de los casos, ofreciendo continuidad en la atención a lo largo del tiempo, y no solo durante la emergencia inicial.

Este servicio, garantiza un espacio seguro de escucha activa, empatía, y derivación a recursos locales cuando es necesario, asegurando que cada caso reciba el acompañamiento adecuado durante su proceso de recuperación.



743

llamadas (octubre
2024- abril 2025)

425

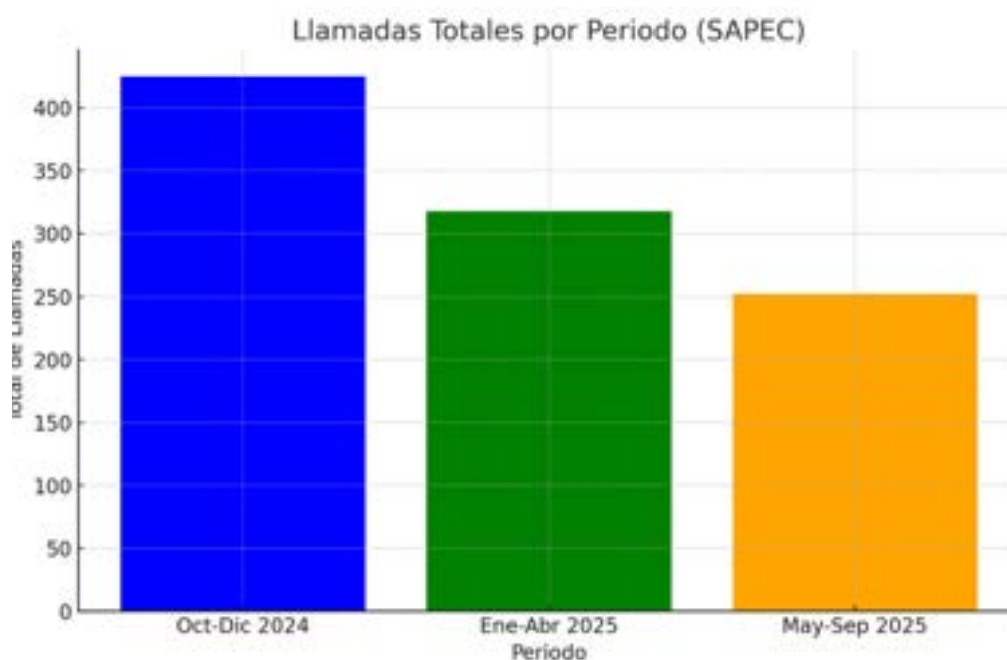
Fase 1
(oct-dic 2024)

318

Fase 2
(enero-abril 2025)

154

Casos Dana
Mayo-actualidad



El repunte de llamadas ante alertas meteorológicas sugiere sensibilidad del malestar a factores contextuales y la necesidad de comunicación preventiva.

Incluso con el territorio afectado e incomunicado por las estructuras de las carreteras SAPEC respondía a la demanda contactando con todos los municipios afectados.

Incluso con el territorio afectado e incomunicado por las estructuras de las carreteras SAPEC respondía a la demanda contactando con todos los municipios afectados.



Equipo SAPEC-
Noviembre 24

Evolución de la Demanda

Fase Inicial - Emergencia Inmediata

« 1

425 llamadas totales con picos en municipios más afectados: Valencia (89), Paiporta (59), Catarroja (50).

Tipologías principales: angustia aguda, duelo, crisis por pérdida de vivienda, desregulación del sueño, necesidades básicas no cubiertas, cambio de hábitos de vida.

2 »

Fase de Recuperación Inicial

318 llamadas con media mensual de 79,5. **Repunte significativo** en marzo (83) y abril (88) asociado a alertas meteorológicas de AEMET, evidenciando sensibilidad del malestar a factores contextuales.

Fase de Consolidación

« 3

252 llamadas identificadas. 61% desde zonas DANA, 39% otros territorios.

Seguimiento psicológico a 84 personas (promedio 8 sesiones). Franja etaria predominante: 26-53 años.

995

Total Llamadas

Octubre 2024 - Sep 2025

239

Solicitudes Gestionadas

Por equipo técnico SAPEC

84

Seguimiento Psicológico

Personas atendidas en Fase 3



Impacto y aprendizajes: Consolidación del Modelo

Valor añadido demostrado

La línea SAPEC se consolidó como **puerta de entrada** efectiva a recursos locales, conteniendo y canalizando la demanda aguda post-evento. El **seguimiento de casos** le da continuidad y eficacia a la atención psicológica, acompañando a la persona en todo el proceso.

La **mediación con servicios sociales y salud** facilitó el acceso temprano a apoyos especializados, mientras que la articulación con actores locales **aumentó significativamente la efectividad** de las derivaciones.

Hallazgos críticos

- Persistencia del malestar emocional vinculado a pérdidas materiales.
- Sensibilidad a eventos meteorológicos recurrentes.
- Necesidad de comunicación preventiva reforzada.
- Importancia de dispositivos locales de apoyo continuo.

Primeros auxilios psicológicos

Intervención inmediata en crisis con técnicas especializadas de contención emocional

Coordinación interinstitucional

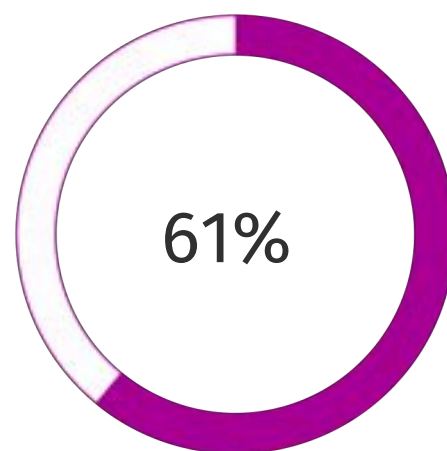
Enlace directo con servicios sociales, salud, ayuntamientos y red Psicología sin Fronteras

Protocolos Optimizados

Los protocolos claros de primeros auxilios psicológicos, cribado breve y derivación, junto con mensajes simples y contención sólida, mejoraron sustancialmente los tiempos de respuesta en fase aguda.

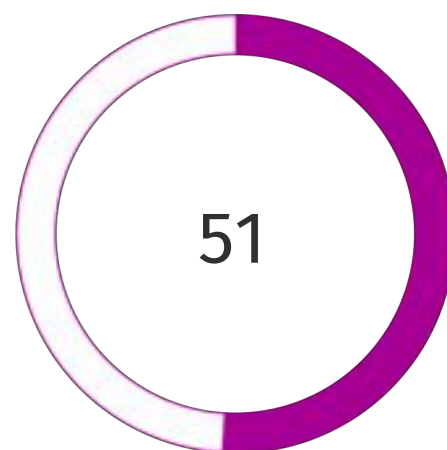
Gestión de Alta Demanda

La coordinación del equipo interdisciplinario, trabajo con voluntariado y supervisión de casos permitió mitigar el desgaste profesional y mantener la calidad del servicio durante picos de demanda.



Llamadas Zona DANA

En fase de continuidad



Casos Finalizados

Hasta septiembre 2025

5.2 Talleres comunitarios para la recuperación del tejido social

Tras el devastador impacto de la DANA, se implementó un programa integral de talleres comunitarios diseñados específicamente para la recuperación del tejido social. Estas intervenciones especializadas se centraron en ayudar a las personas afectadas a afrontar el profundo impacto emocional y psicológico de la catástrofe, promoviendo activamente la resiliencia y el bienestar mental comunitario.

El enfoque metodológico de estos talleres se basó en la comprensión de que las crisis comunitarias requieren respuestas colectivas que fortalezcan los vínculos sociales y las capacidades de afrontamiento grupal.

Más allá de mitigar el sufrimiento individual, estas intervenciones buscaron facilitar procesos de recuperación colectiva y fortalecer la capacidad comunitaria inherente para hacer frente a situaciones de crisis futuras.

Afrontamiento Adaptativo

Promoción de estrategias de regulación emocional a nivel grupal, facilitando herramientas prácticas para gestionar el impacto psicológico de la catástrofe.

Resiliencia Comunitaria

Fortalecimiento de los apoyos mutuos y la cohesión social, construyendo redes de apoyo sostenibles dentro del tejido comunitario afectado.

Continuidad del Cuidado

Facilitación del acercamiento a recursos locales especializados, asegurando el seguimiento y la atención continuada más allá de la intervención inicial.

La metodología empleada integró enfoques basados en evidencia para la intervención en crisis comunitarias, adaptándose específicamente a las necesidades identificadas en el contexto post-DANA. Los talleres se estructuraron como espacios seguros donde las personas pudieran compartir experiencias, aprender herramientas de afrontamiento y desarrollar estrategias de autocuidado sostenibles a largo plazo.



Contenidos Terapéuticos Implementados

Los talleres abordaron componentes esenciales para la **recuperación psicosocial**, comenzando con técnicas específicas de gestión de la ansiedad adaptadas al contexto post-catástrofe. Se trabajó intensivamente la desmovilización emocional, ayudando a los participantes a procesar de manera saludable las **experiencias traumáticas** vividas durante y después de la DANA.

Las **herramientas de afrontamiento** y resiliencia ocuparon un lugar central, proporcionando estrategias prácticas que los participantes pudieran aplicar en su vida cotidiana. El autocuidado y la prevención de recaídas se abordaron desde una perspectiva proactiva, equipando a las personas con conocimientos para mantener su **bienestar mental** a largo plazo.

Los **grupos de apoyo mutuo** emergieron como un componente fundamental, creando redes de solidaridad que trascienden la duración de los talleres y se mantienen como recursos comunitarios permanentes.

12

Talleres Realizados

180

Personas Participantes

2

Sedaví y Valencia



Apertura de Puertas

Los talleres funcionaron como punto de entrada efectivo para identificar necesidades de seguimiento individual y grupal más especializado.



Reducción de Barreras

Significativa disminución de las barreras de acceso a servicios de salud mental, facilitando la búsqueda de ayuda profesional cuando es necesaria.



Impacto Sostenible

Creación de redes de apoyo comunitario que perduran más allá de la intervención inicial, fortaleciendo la capacidad de respuesta colectiva ante futuras adversidades.

❏ **Aprendizaje Clave:** La implementación de talleres comunitarios demostró ser una estrategia altamente efectiva para crear puentes hacia servicios especializados, reduciendo significativamente las barreras de acceso y generando un impacto multiplicador en la comunidad afectada por la DANA.

5.2.1 Talleres Lúdicos-Participativos: Salsa

Expresión Emocional

Favorecer la descarga de tensiones a través del movimiento corporal y la música como herramienta terapéutica.

Cohesión Social

Fortalecer el apoyo mutuo creando redes transgeneracionales en el cotexto post-emergencia DANA.

Ocio Saludable

Ofrecer alternativas accesibles de bienestar durante el periodo estival cuando muchos recursos estaban limitados.

Implementación Sedaví

Clases de salsa dos veces por semana (martes y jueves) durante julio-agosto 2025, en horario de tardes. Participación de más de 60 personas, creando un espacio de encuentro regular y terapéutico.

Implementación Benetússer

Sesiones semanales durante agosto 2025 con más de 50 participantes. Enfoque en la recuperación del tejido social y el fortalecimiento de vínculos comunitarios.



Intervención Psicosocial

Acompañamiento cercano, escucha activa y contención emocional para reducir el impacto inmediato de la emergencia.



Atención Psicológica

Manejo individual y grupal de crisis, ansiedad y tristeza con enfoque preventivo hacia posibles secuelas.



Fortalecimiento Comunitario

Espacios de cohesión y mediación para recuperar la confianza colectiva y la solidaridad vecinal.

La propuesta buscó reforzar el **tejido asociativo**, fomentar **grupos de apoyo** y promover bienestar psicosocial mediante el **movimiento y la música**, ofreciendo una alternativa de ocio terapéutico cuando las familias afectadas por la DANA no contaban con recursos para actividades fuera del municipio.



5.3 Atención psicológica individualizada y acompañamiento psicosocial

Dispositivo de atención continuada que combina intervención psicológica individual, acompañamiento psicosocial y apoyo de trabajo social y orientación jurídica. Este programa integral se desarrolla por fases con hitos verificables, proporcionando derivación y mediación a recursos locales para garantizar una respuesta coordinada y efectiva ante situaciones de emergencia.

Intervención Psicológica

Atención individual especializada para el manejo de crisis y trauma

Acompañamiento Psicosocial

Apoyo continuo en el proceso de recuperación emocional

Trabajo Social

Detección de necesidades básicas y coordinación de recursos

Orientación Jurídica

Asesoramiento legal especializado y mediación institucional



6. RESULTADOS

Este documento presenta los principales hallazgos de la intervención psicosocial, analizando tanto las barreras administrativas que enfrentan las **personas migrantes** como el impacto global de la intervención en la mejora de la salud mental y el fortalecimiento de herramientas de afrontamiento.

Hallazgo 1 • Brechas y exclusión administrativa en personas migrantes

Las personas migrantes enfrentan más trabas administrativas para acceder y recibir la atención. En la base analizada (N=417), las barreras administrativas afectaron al 71,8% de las personas migrantes (51 de 71), frente al 7,8% de las locales (27 de 346). Esto supone una brecha de 64 puntos porcentuales y una probabilidad 9 veces mayor de encontrar barreras y exclusión para la población migrante. La asociación es muy marcada ($\chi^2(1)=158,8$; $p<0,001$; $\phi=0,62$).

Principal fricción

No está en la intervención psicosocial, sino en el acceso al sistema: falta de empadronamiento, requisitos documentales, tiempos de respuesta y estigmatización que desincentiva la demanda.

Oportunidad de mejora

Reducir estas barreras () puede acercar a más personas a los beneficios de la atención.

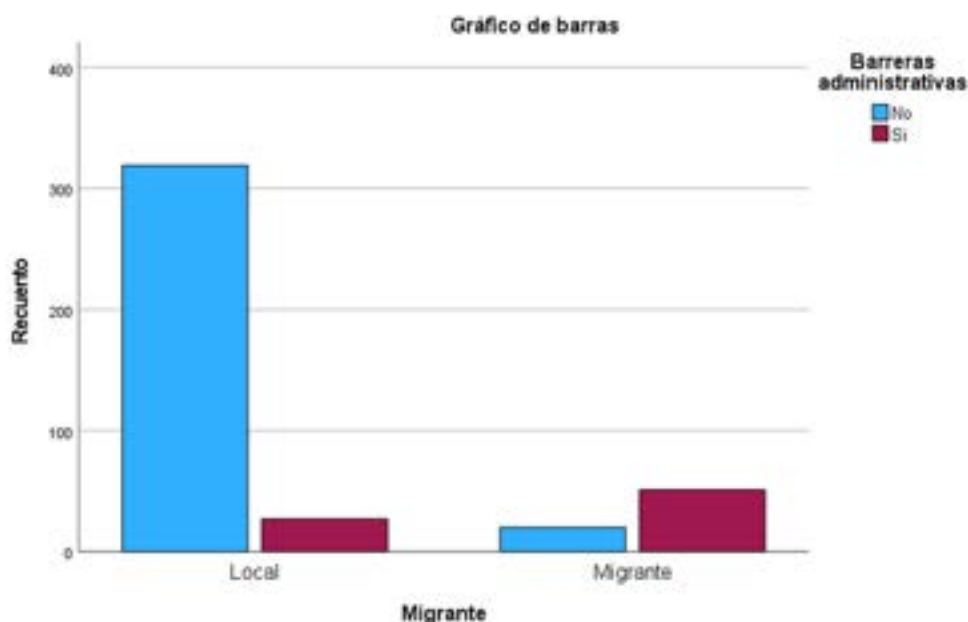


Figura 1. Barreras administrativas por condición migrante.

Migrantes n=71; Locales n=346. % calculado sobre N válido de cada grupo.

La diferencia es estadísticamente significativa y clínicamente relevante, mostrando una clara desventaja para la población migrante en el acceso a los servicios.

Barreras administrativas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	20	28,2	28,2	28,2
	Sí	51	71,8	71,8	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

Tabla 1. Porcentajes calculados sobre N válido; barreras administrativas.

Estabilizacion					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	30	7,2	7,2	7,2
	Sí	387	92,8	92,8	100,0
	Total	417	100,0	100,0	

Tabla 2. Porcentajes calculados sobre N válido=417 en cada indicador; variables binarias codificadas 0=No, 1=Sí.

Hallazgo 2 • Impacto global de la intervención.

92.8%

Estabilización del malestar

387 de 417 casos alcanzaron
estabilización

96.2%

Herramientas de
afrontamiento

401 de 417 casos adquirieron
herramientas

92.1%

Mejora de salud mental

384 de 417 casos reportaron
mejora al cierre

La intervención mejoró la salud mental y fortaleció herramientas de afrontamiento en la mayoría de los casos.

En 417 casos con intervención, el 92,8% alcanzó estabilización del malestar (387/417), el 96,2% adquirió herramientas de afrontamiento (401/417) y el 92,1% reportó mejora de la salud mental al cierre (384/417). La consistencia entre estos tres indicadores sugiere que un abordaje breve y focalizado logra cambios rápidos y clínicamente relevantes.

Cómo lo calculamos:

Base: N=417 casos con intervención (sin datos faltantes en los indicadores).

Cálculo: porcentajes sobre N=417 (variables binarias 0=No, 1=Sí).

Pruebas: tablas de frecuencias y χ^2 ($\alpha=0,05$).

Software: IBM SPSS Statistics v27 (64-bit).

Aquisición herramientas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	16	3,8	3,8	3,8
	Si	401	96,2	96,2	100,0
	Total	417	100,0	100,0	

Tabla 3. Transferencia de Herramientas de Afrontamiento

Mejora salud mental

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	33	7,9	7,9	7,9
	Si	384	92,1	92,1	100,0
	Total	417	100,0	100,0	

Tabla 4. Resultados clave de la intervención
(porcentaje y N válido), *Mejora de la Salud Mental*

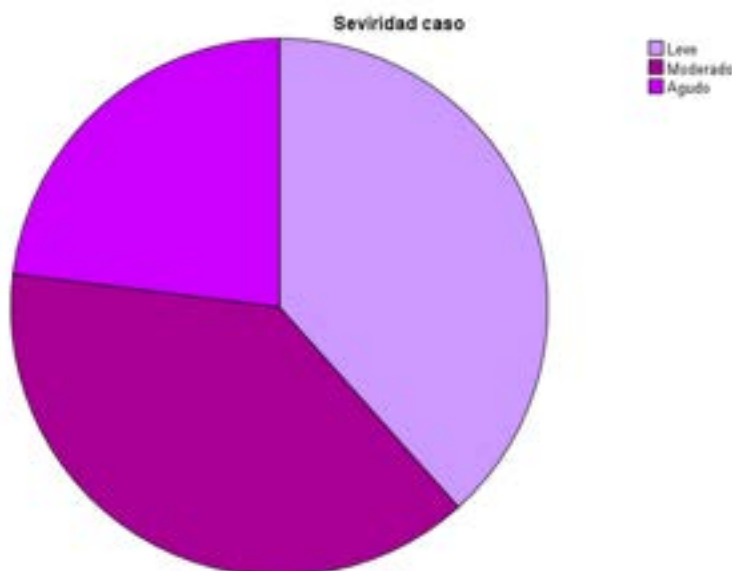


Figura 2. Severidad de los casos atendidos (N=417)

Predominan los moderados, seguidos de los leves, y en menor proporción los agudos.

Según la distribución de severidad, predominan los **casos moderados**, seguidos de los leves, y en menor proporción los agudos. Esto indica que la intervención está respondiendo a una demanda mayoritaria de complejidad media, sin dejar de atender situaciones de mayor gravedad.

La evidencia muestra que un **modelo breve con derivación activa y apoyo práctico** genera cambios tempranos relevantes. La variación entre municipios se explica sobre todo por tiempos de acceso y capacidad de respuesta.

Testimonios

A lo largo de la intervención psicosocial tras la DANA, se recogieron diversos testimonios de personas atendidas, colaboradores y agentes clave que reflejan el impacto humano y comunitario de la respuesta desplegada. Estas voces ofrecen una mirada cercana a las experiencias vividas, las necesidades detectadas y las fortalezas que emergieron durante el proceso de recuperación.

Benetússer

Persona atendida

25/04/2025

“Me sentí menos desbordada, tras las primeras sesiones pude volver a dormir.”

Sedaví

Trabajadora social

16/06/2025

“La coordinación nos ayudó a llegar a familias que no acudían a servicios.”

Paiporta

Técnica Ayuntamiento

13/01/2025

“PSF ha sido un aliada cercana y profesional, clave en la atención a las familias.”

Alfafar

Familia atendida

18/12/2024

“El apoyo de PsF nos dio tranquilidad y fuerza para empezar de nuevo.”

Estos testimonios constituyen un valioso reflejo de la experiencia colectiva, ayudando a comprender mejor los aprendizajes, desafíos y logros alcanzados en el marco de la intervención.

7. Desafíos y Obstáculos

La intervención en salud mental durante situaciones de emergencia presenta múltiples desafíos que requieren un análisis profundo para mejorar la respuesta futura. Estos obstáculos van desde el estigma social hasta limitaciones estructurales que afectan la efectividad de los servicios.

1. Estigma y resistencias al hablar de salud mental.

El principal problema es común a cualquier intervención en salud mental y hace referencia al estigma que todavía existe en nuestra sociedad sobre ese tema. Las personas siguen presentando resistencias a recurrir a los servicios que se pueden ofrecer. Muchas personas terminan acudiendo cuando la situación ya está descontrolada. Hay que impulsar la psicoeducación y que más personas adquieran nociones de primeros auxilios psicológicos, útiles para sí mismas y para apoyar a su entorno.

Fortalecer los vínculos comunitarios a través de la ayuda, la cohesión y el apoyo mutuo es un pilar fundamental de nuestra intervención pero requiere de un trabajo que es difícil compatibilizar y llevar a cabo teniendo en cuenta el contexto de emergencia. Una vez las cosas están más calmadas y se ha restablecido un cierto grado de normalidad es posible que sea más fácil fortalecer esos vínculos comunitarios de cara a futuros problemas.

2. Recursos humanos limitados.

Resulta difícil encontrar perfiles con formación y experiencia en emergencias. El equipo disponible trabaja con sobrecarga y muestra signos de desgaste por las condiciones laborales, la precariedad y la dureza del contexto. Los protocolos vigentes están pensados para otras realidades (misiones internacionales o entornos humanitarios) y no se ajustan plenamente a nuestro escenario.

Todo ello ha dificultado en estos meses la conformación de equipos y su sostenimiento en el tiempo. Además, la temporalidad contractual y la inestabilidad limitan la dedicación y la especialización que exige intervenir en estos contextos.



Psicóloga del equipo de acción humanitaria tras día intenso

Desafíos y Obstáculos

3. Necesidad de fortalecer la coordinación.

La participación de diversos niveles de la administración pública (estatal, autonómico, municipal), varias áreas en cada ayuntamiento, ongs, empresas privadas, asociaciones y personas particulares requiere de una coordinación y supervisión que no ha sido posible en muchos casos. La falta de protocolos en emergencias de este estilo, la urgencia por resolver todo tipo de situaciones y la severa afección de localidades enteras ha complicado la gestión de los recursos existentes.

Garantizar espacios adecuados para atenciones individuales y grupales ha resultado más complejo de lo previsto, especialmente en la fase inicial, cuando era clave contar con encuadres individuales y entornos seguros para procesar el malestar.

Asimismo, persisten espacios de mejora en la coordinación: en ocasiones se generan tareas duplicadas mientras otras quedan sin cobertura, lo que impacta en la experiencia de quienes intervienen y se suma a los retos señalados en el punto anterior.

4. Desigualdad en el acceso

Al haber afectado una extensión de terreno tan grande y tantas localidades se produce un impacto en una población muy heterogénea. Los problemas de vías de acceso y comunicaciones complican la atención y producen desigualdades. Es evidente que estas desigualdades están presentes a diario en nuestro país. Pero en una situación de emergencia se hacen más patentes.

Los futuros planes de emergencias tienen que tener en cuenta las particularidades que tienen muchas regiones y no incidir más en determinadas desigualdades. Más allá de la cuestión logística y de accesibilidad a nivel personal también hay diferencias que se deben intentar salvaguardar.

La atención a personas en situación irregular tiene que considerarse un eje vertebrador de las resoluciones que se tomen. Facilitar el acceso a atención durante las emergencias a aquellas personas que en situación de normalidad ya habitan una excepcionalidad y una problemática administrativa.



Desafíos y Obstáculos

5. Falta de continuidad en los proyectos.

La mayoría de los proyectos presentan limitaciones temporales y presupuestarias que cuesta sostener en el tiempo. La excesiva presencia poco organizada los primeros meses no se consigue mantener a lo largo del tiempo lo que eleva el nivel de exigencia sobre la coordinación ya que tiene menos recursos.

Los proyectos deberían poder sostenerse, tener un ciclo de vida más largo que permita volver a asentar a la mayor parte de la población.

Además para el restablecimiento y fortalecimiento de los vínculos comunitarios es necesaria una resignificación que es imposible hacer durante los primeros meses de una emergencia. La viabilidad de los proyectos no debería ser un obstáculo para las vidas de las personas que han sufrido una catástrofe de tal magnitud.

6. Poca integración de SMAPS en la respuesta general.

En las emergencias, los servicios de salud mental y apoyo psicosocial suelen considerarse un complemento y, a menudo, no forman parte de la respuesta inicial ni de la cobertura de necesidades básicas.

SMAPS (Salud Mental y Apoyo Psicosocial) es un enfoque integral que combina intervención psicológica y acompañamiento social, diseñado para atender tanto las necesidades emocionales como sociales de las personas afectadas. Su objetivo es reducir el impacto emocional, fortalecer la resiliencia y garantizar un seguimiento continuo durante el proceso de recuperación individual y comunitaria. A pesar de los obstáculos, los datos muestran que, cuando los recursos están disponibles, un porcentaje muy alto de la población afectada accede a ellos, evidenciando la gran necesidad de esta intervención. El enfoque SMAPS se confirma como un recurso indispensable para la recuperación psicosocial, promoviendo el bienestar individual y fortaleciendo el tejido comunitario tras la emergencia.

7. Falta de estrategia comunitaria en las intervenciones.

Las respuestas se han centrado principalmente en la atención individual, con escasa articulación comunitaria (participación vecinal, resiliencia colectiva y redes de apoyo). Esta orientación, sumada a la falta de información y a dificultades de acceso a la atención individual, ha generado desafección y desconfianza en parte de la población usuaria, cuya recuperación requerirá tiempo. Además, la confusión entre actividades grupales puntuales y estrategias sostenidas de participación comunitaria limita la capacidad de recuperación colectiva.

8. Recomendaciones

1) Integrar la salud mental desde el inicio

Incorporar los componentes psicosociales en la fase cero de respuesta y en todo el ciclo de recuperación, no como añadido posterior.

2) Financiar de forma estructural (más allá de la emergencia)

Asegurar fondos sostenidos y plurianuales que permitan continuidad, equipos estables y seguimiento de casos y comunidades.

3) Formación, supervisión y acompañamiento continuo del personal

Garantizar capacitación específica en crisis y primeros auxilios psicológicos (PAP), y espacios regulares de supervisión/cuidado para prevenir el desgaste y sostener la calidad.

4) Participación comunitaria real y sostenida

Integrar a líderes locales, asociaciones y personas afectadas en diagnóstico, diseño, implementación y evaluación, con mecanismos de co-decisión y devolución de resultados.

5) Sensibilización y antiestigma

Desplegar campañas breves y repetidas que normalicen pedir ayuda, combatan mitos e impulsen una mirada colectiva de cuidado y apoyo mutuo.

6) Servicios adaptados al contexto cultural y territorial

Asegurar una atención comprensible, accesible y cercana entre la población migrante y población local (contexto cultural, idioma, creencias, etc), con rutas diferenciadas por municipio/zona y materiales multilingües.

7) Reducir barreras administrativas para población migrante (prioritario).

Dado que el 71,8% de personas migrantes reportó barreras (frente a 7,8% en locales), se requiere especial atención. Indicadores sugeridos: % migrantes con derivación completada <30 días; “barreras=Sí” ↓ ≥20 pp en 6 meses.

8) Consolidar el modelo psicosocial breve y añadir seguimiento.

Con resultados ≥92% (estabilización, mejora) y 96% (herramientas), estandarizar una guía breve de intervención (3–5 pasos), crear rutas rápidas para casos moderados/agudos y sumar un seguimiento a 30–60 días (llamada/mensaje) para sostener logros y detectar recaídas. Indicadores sugeridos: ≥90% en los tres outcomes; ≥70% con seguimiento a 30 días; reingresos a 60 días ↓.

9. Sostenibilidad y Planes a Futuro

Sostenibilidad

La intervención psicosocial realizada por PSF tras la DANA en la Comunidad Valenciana ha apostado desde el inicio por un enfoque comunitario, cercano y adaptado a las necesidades emocionales y sociales de las personas afectadas.

Si bien la intervención ha sido liderada por un equipo propio, se ha coordinado en todo momento con servicios públicos y otras organizaciones presentes en el territorio, con el objetivo de asegurar coherencia, complementariedad y arraigo local.

Las acciones realizadas, atención individual, grupos de apoyo, talleres comunitarios y formación a profesionales, han buscado no solo atender la emergencia, sino también reforzar el tejido comunitario y fomentar la resiliencia colectiva. Se ha promovido la participación activa de las personas afectadas, así como de referentes locales, con la intención de generar espacios que puedan mantenerse más allá de la intervención directa.

A nivel de sostenibilidad comunitaria, uno de los principales logros ha sido facilitar el surgimiento o fortalecimiento de redes locales de cuidado, escucha y apoyo mutuo. Aunque incipientes, estas redes suponen un punto de partida clave para continuar tejiendo comunidad y afrontar futuros retos con mayor capacidad de respuesta social.

Sin embargo, se reconoce como aspecto a mejorar la sistematización y transferencia metodológica. La ausencia de materiales estructurados o protocolos definidos limita la posibilidad de que los equipos locales puedan replicar o dar continuidad a algunas acciones sin acompañamiento externo. Este aspecto se identifica como una oportunidad clave de mejora para futuras intervenciones.



Planes a futuro

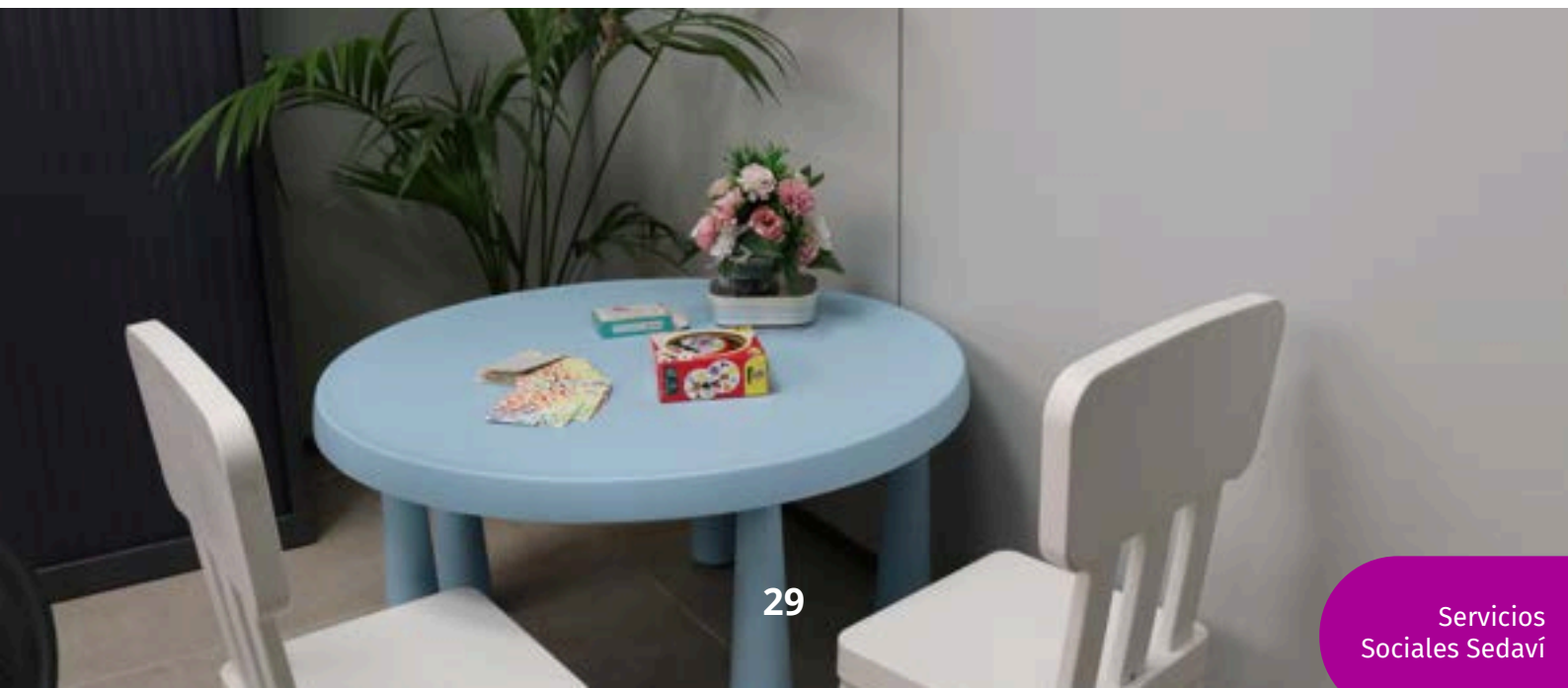
Aunque en la actualidad no existe una estrategia de continuidad claramente definida, la experiencia desarrollada ofrece una base sólida sobre la que construir a medio y largo plazo. Desde una perspectiva institucional, sería muy recomendable que este tipo de intervenciones psicosociales formaran parte estable de los protocolos de respuesta ante emergencias en la Comunidad Valenciana, reconociendo el impacto emocional de las catástrofes y la necesidad de acompañamiento especializado y comunitario.

Para ello, se propone:

- La incorporación del enfoque psicosocial en los planes de emergencia locales y autonómicos.
- La formación continua de profesionales de los servicios sociales, sanitarios y de protección civil en intervención psicosocial en contextos de crisis.
- El desarrollo de materiales, guías y protocolos compartidos que permitan replicar y adaptar la intervención en otros territorios.
- Desde la perspectiva comunitaria, las acciones realizadas han dejado semillas importantes: vínculos, espacios de confianza, participación y escucha, que si se fortalecen y se acompañan, pueden consolidarse como recursos locales de gran valor. Aunque la intervención formal finalice, la red humana tejida durante estos meses puede seguir actuando como sostén, si encuentra el acompañamiento y reconocimiento necesario por parte de las instituciones.

En resumen, la sostenibilidad futura pasa tanto por una apuesta política clara para integrar lo psicosocial en la respuesta a emergencias, como por el refuerzo de las dinámicas comunitarias generadas. Ambas dimensiones no son excluyentes, sino complementarias.

Desde nuestro mandato, mantenemos nuestro compromiso de acompañar a las personas afectadas y los territorios con los que trabajamos.



Desafíos y Obstáculos

1) La intervención psicosocial fue eficaz y breve durante la primera fase. Con N=417, se alcanzaron tasas altas y consistentes de estabilización del malestar (92,8%), herramientas de afrontamiento (96,2%) y mejora de la salud mental (92,1%). Un modelo breve y focalizado, con derivación activa y apoyo práctico, genera cambios tempranos y clínicamente relevantes, incluso con una demanda mayoritaria de casos moderados.

2) Las barreras administrativas afectaron al 71,8% de personas migrantes (vs 7,8% locales; brecha 64 pp, $\varphi=0,62$), evidenciando una inequidad estructural (empadronamiento, requisitos, tiempos, estigma). La prioridad no es reducir la fricción de acceso para que los beneficios lleguen a quienes más lo necesitan.

3) El estigma y la información insuficiente retrasan la demanda. persisten resistencias a pedir ayuda y llegadas tardías a la atención. La psicoeducación y campañas de sensibilización sostenidas son claves para adelantar el primer contacto y mejorar la oportunidad de la intervención.

4) La articulación interinstitucional pudo ser mejorable en la primera fase de intervención. Sin protocolos claros para este tipo de emergencia, se producen duplicidades y lagunas de cobertura que elevan la carga a los equipos de intervención.

5) La sobrecarga y la temporalidad dificultan mantener equipos estables y especializados. La formación en crisis/PAP, la supervisión periódica y una financiación estructural son condiciones necesarias para la calidad y la prevención del desgaste.

6) La comunidad es parte de la solución, no un complemento. La estrategia comunitaria fue insuficiente en los primeros meses (por contexto). Para consolidar la recuperación colectiva, se requiere pasar de acciones puntuales a participación sostenida (liderazgos locales, redes, ayuda mutua) vinculada al circuito formal de respuesta.

Desafíos y Obstáculos

7) La experiencia demuestra que SMAPS debe estar desde el inicio en los planes de emergencia. Para que el impacto no se diluya, hace falta financiación plurianual, materiales/guías replicables y transferencia metodológica a equipos locales.

8) Planes a futuro: doble vía complementaria.

(a) *Apuesta política*: incluir el enfoque psicosocial en protocolos locales y autonómicos, con roles/tiempos definidos y formación continua a profesionales.

(b) *Refuerzo comunitario*: acompañar y fomentar puntos focales emergentes para la respuesta eficiente y eficaz así como la promoción de la autogestión ciudadana antes otro desastre.

9) Los resultados se basan en autoinforme al cierre y en un corte transversal; no implican causalidad. Aun así, la magnitud y coherencia de los hallazgos orientan con solidez las prioridades operativas.



Intervención psicosocial - Benetússer 25

La intervención funciona y la comunidad responde; el desafío es abrir reducir barreras y cuidar a quienes cuidan y tejer la red comunitaria para que el impacto permanezca más allá de la emergencia.

La intervención ante la DANA nos recuerda cuál es el lugar de nuestra organización: estar cerca, escuchar y traducir el sufrimiento en respuestas concretas, desde un enfoque psicosocial, feminista, decolonialista y comunitario. Los datos muestran que el modelo breve y focalizado funciona, pero también evidencian que el principal reto está en el acceso: sin puertas abiertas (menos trabas, más coordinación, menos estigma), los beneficios no llegan a todos por igual.

De cara al futuro, asumimos el firme compromiso de integrar la salud mental desde el inicio de cualquier respuesta, cuidar a quienes cuidan, y tejer alianzas que hagan posible lo comunitario. Queremos que lo aprendido se convierta en metodología compartida, que lo urgente no tape lo importante y que el impacto no sea un pico, sino una capacidad colectiva que permanece.

Agradecimientos

La intervención psicosocial tras la DANA del 29 de octubre de 2024 fue posible gracias a una red diversa de personas, equipos e instituciones que pusieron el cuidado en el centro, incluso en medio del colapso.

Desde Psicólogas sin Fronteras queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a:

- Las personas afectadas, que en condiciones de incertidumbre, dolor o pérdida, aceptaron nuestra presencia, compartieron su vivencia y confiaron en el acompañamiento psicosocial. Su fortaleza, dignidad y capacidad de resiliencia nos interpelan y nos inspiran.
- El equipo técnico y voluntario de PSF, que respondió con profesionalismo, humanidad y entrega sostenida. Su trabajo en terreno, su escucha activa y su capacidad de sostener vínculos fueron clave para restablecer espacios seguros, contención y sentido.
- Los ayuntamientos, servicios sociales, centros de salud, entidades sociales y redes vecinales, por abrir espacios de coordinación, facilitar el acceso a las comunidades y sostener el compromiso interinstitucional más allá de la emergencia inmediata.
- Las compañeras de otras áreas de intervención de PSF, por su apoyo transversal, su flexibilidad ante los cambios del contexto y su mirada compartida sobre el cuidado integral de las personas y los territorios.
- A quienes cuidaron a quienes cuidaban, porque no hay intervención sin sostén. Reconocemos la importancia de la supervisión, el descanso y la corresponsabilidad en contextos de alta demanda emocional.
- Las personas migrantes, cuidadoras y otras comunidades invisibilizadas, por recordarnos que las emergencias no afectan a todos por igual, y que la justicia social también se juega en la forma de acompañar.
- Y a todas las personas y entidades que facilitaron las condiciones materiales para el trabajo: quienes brindaron espacios de atención y encuentro, quienes proveyeron herramientas tecnológicas y logísticas —como plataformas de registro, sistemas de coordinación o recursos para la traducción intercultural— y quienes, desde el segundo plano, hicieron posible que estuviéramos donde teníamos que estar.

También agradecemos a quienes, desde la administración pública, mostraron disposición para aprender, mejorar y construir respuestas más integradas. La emergencia fue una prueba, pero también una oportunidad para tejer alianzas que trasciendan la urgencia.

A todas, gracias por estar.
Este informe es también suyo.

Anexos

Anexos

Anexo A. Nota metodológica ampliada.

Base de análisis: N=417 casos con intervención, sin datos faltantes en los indicadores principales.

Variables: resultados binarios (0=No, 1=Sí) para estabilización del malestar, adquisición de herramientas, mejora de la salud mental; además de derivaciones, barreras administrativas y condición migrante.

Cálculo: porcentajes sobre N=417; en tablas cruzadas se reporta % por fila (dentro de cada grupo).

Pruebas estadísticas: frecuencias y tablas cruzadas (crosstabs) con χ^2 ($\alpha=0,05$); se informa φ cuando aplica (tablas 2x2).

Software: IBM SPSS Statistics v27 (64-bit).

Alcance y limitaciones: corte transversal con autoinforme al cierre; no permite inferir causalidad.

Consideraciones éticas y de datos: resultados presentados en forma agregada; sin identificadores personales; acceso al dataset original restringido según la política de protección de datos de la organización.

Anexo B. Diccionario de variables

Nombre	Etiqueta	Tipo	Valores / Notas
id_caso	Nº caso	Cadena	Identificador (texto).
fecha_apertura	Fecha apertura	Numérica	Fecha (serial). <i>Usada para cálculos de fechas; sin análisis de resultados.</i>
fecha_cierre	Fecha cierre	Numérica	Fecha (serial).
municipio	Municipio	Cadena	Nombres de municipios.
sesiones	Nº de sesiones	Numérica	Entera (mín=1, máx=14).
horas	Nº de horas	Numérica	Entera/decimal (mín=1, máx=14).
derivacion_ss	Derivación SS	Binaria	0=No · 1=Sí.
derivacion_cs	Derivación CS	Binaria	0=No · 1=Sí.
estabilizacion_mal estar	Estabilización	Binaria	0=No · 1=Sí.
herramientas_afro ntamiento	Adquisición herramientas	Binaria	0=No · 1=Sí.
mejora_salud_men tal	Mejora salud mental	Binaria	0=No · 1=Sí.
acercamiento_recu rsos	Acercamiento a recursos	Binaria	0=No · 1=Sí.
sev	Severidad caso	Categórica	1=Leve · 2=Moderado · 3=Agudo.
migrante	Migrante	Binaria	0=Local · 1=Migrante.
barreras	Barreras administrativas	Binaria	0=No · 1=Sí.
filter_\$	(Filtro del sistema)	Numérica	Variable técnica de SPSS. No usar en análisis / Ignorar en

Anexo C. Resultados detallados (tablas y figuras).

Salvo indicación contraria, los porcentajes se calculan sobre N=417; en tablas binarias se usa codificación 0=No, 1=Sí; en tablas cruzadas se reporta % por fila y, cuando aplica, χ^2 y ϕ . Fuente: elaboración propia a partir de registros de intervención (SPSS v27).

		Estadísticos							
		Derivación CS	Estabilización	Aquisición herramientas	Mejora salud mental	Severidad caso	Bareras administrativas	Derivación SS	Acercamiento a recursos locales
N	Válido	417	417	417	417	417	417	417	417
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla C.1. Estadísticos (N válidos por variable).

Todas las variables presentan N=417 sin datos faltantes. Los porcentajes de las tablas siguientes se calculan sobre N=417; en variables binarias se usa 0=No, 1=Sí. Fuente: SPSS v27.

Derivación CS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	382	91,6	91,6	91,6
	Si	35	8,4	8,4	100,0
	Total	417	100,0	100,0	

Tabla C.2. Derivación a centros de salud (CS): recuento (n) y porcentaje (%).

Base: N=417; Sí=8,4% (35/417), No=91,6% (382/417). Variable binaria 0=No, 1=Sí. Fuente: SPSS v27.

Estabilización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	30	7,2	7,2	7,2
	Si	387	92,8	92,8	100,0
	Total	417	100,0	100,0	

Tabla C.3. Estabilización del malestar: recuento (n) y porcentaje (%).

Base: N=417; Sí=92,8% (387/417), No=7,2% (30/417). Variable binaria 0=No, 1=Sí. Fuente: SPSS v27.

Aquisición herramientas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	16	3,8	3,8	3,8
	Si	401	96,2	96,2	100,0
	Total	417	100,0	100,0	

Tabla C.4. Adquisición de herramientas de afrontamiento: recuento (n) y porcentaje (%).

Base: N=417; Sí=96,2% (401/417), No=3,8% (16/417). Variable binaria 0=No, 1=Sí. Fuente: SPSS v27.

Anexo C. Resultados detallados (tablas y figuras).

Mejora salud mental

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	33	7,9	7,9	7,9
	Si	384	92,1	92,1	100,0
	Total	417	100,0	100,0	

Tabla C.5. Mejora de la salud mental al cierre: recuento (n) y porcentaje (%).

Base: N=417; Sí=92,1% (384/417), No=7,9% (33/417). Variable binaria 0=No, 1=Sí. Fuente: SPSS v27.

Severidad caso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	160	38,4	38,4	38,4
	Moderado	161	38,6	38,6	77,0
	Agudo	96	23,0	23,0	100,0
	Total	417	100,0	100,0	

Tabla C.6. Severidad del caso (leve, moderado, agudo): distribución (n y %).

Base: N=417; Leve=38,4% (160), Moderado=38,6% (161), Agudo=23,0% (96). Fuente: SPSS v27.

Tabla cruzada Migrante*Barreras administrativas

Recuento

		Barreras administrativas		Total
		No	Si	
Migrante	Local	319	27	346
	Migrante	20	51	71
Total		339	78	417

Tabla C.7. Migrante × Barreras administrativas: conteos y % por fila.

% dentro de cada grupo. Locales: 92,2% sin barreras (319/346) y 7,8% con barreras (27/346). Migrantes: 28,2% sin barreras (20/71) y 71,8% con barreras (51/71). $\chi^2(1)=158,8$; $p<0,001$; $\phi=0,62$. Fuente: SPSS v27.

Derivacion SS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	143	34,3	34,3	34,3
	Si	274	65,7	65,7	100,0
	Total	417	100,0	100,0	

Tabla C.8. Derivación a servicios sociales (SS): recuento (n) y porcentaje (%).

Base: N=417; Sí=65,7% (274/417), No=34,3% (143/417). Variable binaria 0=No, 1=Sí. Fuente: SPSS v27.

Acercamiento a recursos locales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	28	6,7	6,7	6,7
	Si	389	93,3	93,3	100,0
	Total	417	100,0	100,0	

Tabla C.9. Acercamiento a recursos locales: recuento (n) y porcentaje (%).

Base: N=417; Sí=93,3% (389/417), No=6,7% (28/417). Variable binaria 0=No, 1=Sí. Fuente: SPSS v27.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Suma	Media	Desv. estándar
sesiones	417	1	14	756	1,81	2,039
horas	417	1	14	754	1,81	2,038
N válido (por lista)	417					

Tabla C.10. Estadísticos descriptivos de la intensidad de la intervención.

Sesiones por caso: N=417; mín=1, máx=14, media=1,81, DE=2,039. Horas por caso: N=417; mín=1, máx=14, media=1,81, DE=2,038. Sin datos faltantes.

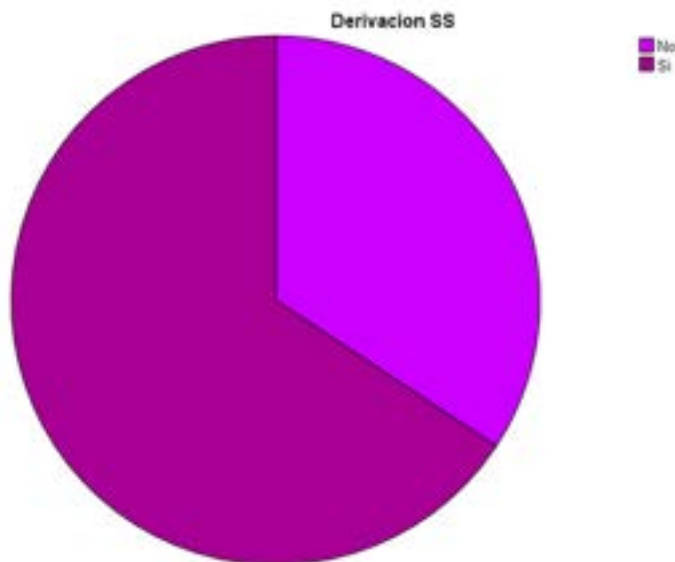


Figura C.11. Derivación a servicios sociales (SS) — gráfico.

Distribución: Sí 65,7% (274/417), No 34,3% (143/417). Base: N=417.

Anexo D. Sintaxis SPSS (reproducibilidad)

Version: IBM SPSS Statistics v27 (64-bit).

La generación de tablas y figuras del Anexo C puede reproducirse ejecutando el archivo adjunto Anexo_D_Sintaxis.sps sobre el dataset ConjuntoDatos1.

Variables binarias: 0=No, 1=Sí; crosstabs con % por fila y χ^2/φ cuando aplica.

Enlace reproducibilidad:

https://drive.google.com/drive/folders/11HHC5imDdVKjZHRK-e4_dCLCHtwzqCkU?usp=drive_link

Anexo E. Protocolos de salvaguarda (extracto).

Objetivo

Asegurar la protección de las personas atendidas y del equipo, minimizando riesgos de revictimización, exposición o daño.

Principios

- No daño y centralidad de la persona (consentimiento informado, derecho a no denunciar).
- Confidencialidad y mínima información necesaria.
- No discriminación (género, origen, estatus administrativo, orientación, discapacidad, edad).
- Enfoque de género y interseccionalidad.
- Derivación segura y libre de coerción.

Procedimientos clave:

Roles y contactos (exclusivos para salvaguarda)

- Coordinación general (garantía y escalado).
- Referencia de salvaguarda (Coordinación de proyecto).
- Psicólogo de emergencias y crisis
- Asesoría especializada-Psicólogo infanto-juvenil.
- Coordinación SAPEC.
- Atención Psicológica SAPEC.
- Trabajo social (Trabajadora social SAPEC).

Tiempos de respuesta

- Alto riesgo / emergencia: activación inmediata (0–2 h) y contacto con 112/servicio competente.
- Notificación inicial (cualquier caso): dentro de ≤ 24 h a la Referencia de salvaguarda
- Valoración y plan de acción: en ≤ 48 h (con apoyo del psicólogo de emergencias; si hay NNA, incluir al infanto-juvenil).
- Derivación segura: realizada y confirmada en ≤ 72 h (o antes si el riesgo lo exige).
- Registro mínimo del incidente: completado en ≤ 24 h desde la notificación.
- Cierre administrativo del caso: en ≤ 7 días (dejando responsable asignado si continúa seguimiento).
- Seguimiento breve: verificación de seguridad/adhesión a recursos en ≈ 30 días.

Anexo F. Glosario y siglas.

SMAPS: Salud Mental y Apoyo Psicosocial.

PAP / PFA: Primeros Auxilios Psicológicos (Psychological First Aid).

SPSS v27: IBM SPSS Statistics versión 27 (software de análisis).

Sintaxis: código/comandos de SPSS para reproducir análisis.

Visor / Viewer: ventana de resultados (tablas y gráficos).

Dataset: archivo activo de datos en SPSS.

Variable binaria (0/1): variable con dos categorías (0=No, 1=Sí).

N: tamaño de la muestra/casos. **N válido:** casos usados tras excluir faltantes.

% por fila / % por columna: porcentaje calculado dentro de cada fila / columna de una tabla.

Tabla cruzada / Crosstab: tabla de contingencia que cruza dos variables categóricas.

χ^2 (chi-cuadrado): prueba de asociación entre variables categóricas.

ϕ (phi): tamaño del efecto en tablas 2x2 (0 a 1: mayor indica asociación más fuerte).

p (valor-p): probabilidad de obtener el resultado observado si no hubiera asociación real ($p < 0,05$ se considera estadísticamente significativo).

α (alfa): umbral de significación; aquí 0,05.

DE: desviación estándar (variabilidad alrededor de la media).

RIQ: rango intercuartílico (dispersión entre Q1 y Q3).

Severidad (leve/moderado/agudo): clasificación clínica aproximada de la gravedad del caso.

Derivación segura: envío a servicios/recursos sin exponer a la persona a riesgo adicional.

No contacto: medida de protección que evita comunicación con agresores/acosadores.

Estigma: actitudes negativas que dificultan pedir ayuda o acceder a servicios.

Migrante / Local: condición de origen; categorías usadas en el análisis de brechas.

Empadronamiento: registro municipal de residencia; requisito que puede crear barreras de acceso.

Autoinforme: información declarada por la propia persona al cierre de la intervención.

Datos agregados: resultados sin datos personales ni identificadores.

Anexo G. Limitaciones y consideraciones éticas,

Alcance y límites del análisis

- Diseño transversal con medición al cierre: los resultados no prueban causalidad ni efectos a largo plazo.
- Autoinforme de mejora y estabilización: puede existir sesgo de recuerdo o deseabilidad social.
- Sin grupo de comparación: no se puede estimar qué habría ocurrido sin intervención.
- Posible sesgo de selección: personas con mayores barreras pueden estar infrarrepresentadas.
- Variabilidad territorial y organizativa: diferencias de acceso y tiempos entre municipios pueden influir en los resultados.
- Medición simplificada (0/1): útil para monitoreo, pero no sustituye herramientas clínicas estandarizadas.

Uso responsable de resultados

- Los hallazgos se presentan con fines de mejora operativa y rendición de cuentas; no sustituyen evaluaciones clínicas individuales ni juicios diagnósticos.
- Las conclusiones deben leerse a la luz de las limitaciones anteriores.

Protección de datos y privacidad

- Resultados en forma agregada y sin identificadores personales.
- Minimización de datos: solo variables necesarias para los objetivos del informe.
- Acceso restringido al dataset original (equipo autorizado); almacenamiento en entorno protegido y, cuando aplica, cifrado.
- Retención limitada al tiempo necesario para fines de rendición de cuentas y aprendizaje; posterior eliminación segura.
- Tratamiento conforme a RGPD y normativa española aplicable.
- En versiones públicas del informe se evitan contactos personales; el directorio nominal se mantiene en anexo interno con acceso controlado.

Salvaguarda y no daño

- Aplicación de principios de no daño, consentimiento informado y confidencialidad (con límites en casos de riesgo vital o protección de menores).
- Derivación segura y medidas de “no contacto” cuando hay hostigamiento o violencia.
- Intérpretes/mediación cultural cuando sea necesario para asegurar comprensión y acceso.

Ética de la intervención.

- Enfoque psicosocial, feminista y comunitario; no discriminación por género, origen o situación administrativa.
- Cuidado del equipo: espacios de supervisión y debriefing para prevenir desgaste y secundario traumático.
- En caso de actividades de evaluación más allá del monitoreo (p. ej., investigación), se solicitará la aprobación ética correspondiente.

Anexo H: Análisis transversal, autoinforme al cierre; sin inferencia causal.

El estudio es transversal y se apoya en autoinforme al cierre; los hallazgos deben interpretarse como descriptivos, sin inferencia causal.

Psicólogas

sin fronteras



comunicacion@psicologassinfronteras.org