Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Impacto de la DANA: estrés postraumático, resiliencia y apoyo social percibido

Trabajo fin de estudio presentado por:	Catalina Guevara González Cristóbal Peña Martínez
Tipo de trabajo:	Proyecto de investigación
Línea de investigación:	**Diagnóstico e intervención en adultos.**
Formato trabajo:	Grupal
Director/a:	Alfonso Mendez Alegre
Fecha:	01 de julio de 2026

Resumen

La DANA de Valencia de 2024 tuvo importantes consecuencias materiales, comunitarias y psicológicas en la población afectada. Este estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de sintomatología compatible con trastorno de estrés postraumático (TEPT) y analizar su relación con la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo-correlacional con 76 personas adultas afectadas por la DANA. La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario online que incluyó variables sociodemográficas, variables de exposición y afectación, la PCL-5, la CD-RISC-10 y la MSPSS. Los resultados mostraron que el 30,3% de la muestra presentó sintomatología compatible con TEPT. La resiliencia psicológica y el apoyo social percibido se asociaron de forma negativa y significativa con la sintomatología postraumática, con una asociación de mayor magnitud en el caso del apoyo social percibido. Además, la resiliencia psicológica se asoció de forma positiva y significativa con el apoyo social percibido.

Palabras clave: DANA, TEPT, resiliencia psicológica, apoyo social percibido, desastres naturales.

Abstract

The 2024 Valencia DANA had major material, community, and psychological consequences for the affected population. This study aimed to estimate the prevalence of symptoms compatible with post-traumatic stress disorder (PTSD) and to analyze their relationship with psychological resilience and perceived social support. A quantitative, cross-sectional, descriptive-correlational study was conducted with 76 adults affected by the DANA. Data were collected through an online questionnaire including sociodemographic, exposure, and impact-related variables, the PCL-5, the CD-RISC-10, and the MSPSS. Results showed that 30.3% of the sample presented symptoms compatible with PTSD. Psychological resilience and perceived social support were negatively and significantly associated with post-traumatic symptoms, with a stronger association observed for perceived social support. In addition, psychological resilience was positively and significantly associated with perceived social support.

Keywords: DANA, PTSD, psychological resilience, perceived social support, natural disasters.

Índice de contenidos

Organización del trabajo en grupo 7
1. Marco teórico 7
1.1. Desastres naturales, inundaciones e impacto en la salud mental 9
1.2. Trastorno de estrés postraumático en contextos de desastre 11
1.2.1. Definición clínica y sintomatología del TEPT 11
1.2.2. Evolución temporal y curso del trastorno 12
1.2.3. Prevalencia del TEPT tras desastres e inundaciones 13
1.2.4. Factores de riesgo y factores de protección 14
1.3. Resiliencia psicológica como factor protector 15
1.4. Apoyo social percibido como factor protector 17
1.5. La DANA de Valencia como contexto del estudio 19
2. Justificación 21
3. Objetivos 23
3.1. Objetivo principal 23
3.2. Objetivos secundarios 23
4. Hipótesis 24
5. Marco metodológico 25
5.1. Diseño 25
5.2. Participantes 25
5.3. Instrumentos 26
5.3.1. Apoyo social percibido 27
5.3.2. Sintomatología compatible con TEPT 28
5.3.3. Resiliencia psicológica 28
5.4. Procedimiento 29
5.5. Consideraciones éticas 30
5.6. Análisis de datos 30
6. Resultados 32
6.1. Características sociodemográficas de la muestra 32
6.2. Exposición y afectación 34
6.3. Sintomatología compatible con TEPT, resiliencia y apoyo social percibido 36
6.4. Relación entre sintomatología compatible con TEPT, resiliencia y apoyo social percibido 38
7. Discusión 40
7.1. Objetivo específico 1: Prevalencia de sintomatología compatible con TEPT 40
7.2. Objetivo específico 2: Resiliencia psicológica y apoyo social 41
7.3. Objetivo Específico 3: Relación entre la presencia de sintomatología compatible con TEPT y los otros factores estudiados 42

7.4. Relación entre apoyo social percibido y resiliencia 43
8. Conclusiones 45
8.1. Limitaciones 47
8.2. Prospectiva 49
Referencias bibliográficas 51
Anexo A. Cuestionario de la investigación: Impacto de la DANA: estrés postraumático, resiliencia y apoyo social percibido. 57
Anexo B. Cartel de difusión encuesta DANA 58
Anexo C. Consentimiento informado 59
Anexo D. Informe favorable de la comisión de investigación de TFM 61
Anexo E. Tabla de Municipios donde se produjeron los daños 62

Índice de tablas

Tabla 1. Frecuencias de género..... 32

Tabla 2. Distribución de edad..... 33

Tabla 3. Frecuencias nivel educativo..... 33

Tabla 4. Exposición y afectación..... 34

Tabla 5. Frecuencias de PCL5.....35

Tabla 6. Descriptivos de las variables psicológicas..... 36

Tabla 7. Matriz de correlaciones..... 38

Organización del trabajo en grupo

Todos los miembros del grupo afirman haber participado en todas las fases del TFE

Apartados	**Alumnos implicados**
Marco teórico	Todos los alumnos del grupo
Justificación	Todos los alumnos del grupo
Objetivos generales y objetivos secundarios	Todos los alumnos del grupo
Hipótesis	Todos los alumnos del grupo
Marco metodológico	Todos los alumnos del grupo
Resultados	Todos los alumnos del grupo
Discusión y conclusión	Todos los alumnos del grupo

1. Marco teórico

El estudio del impacto psicológico tras un desastre natural ha cobrado un protagonismo en las últimas décadas, especialmente debido al aumento de la frecuencia e intensidad de los eventos climáticos extremos. La inundación provocada en Valencia en el 2024 es el escenario donde enmarcamos nuestro estudio, debido a la magnitud del evento y a su capacidad para desbordar los recursos individuales, comunitarios y alterar la vida cotidiana de miles de personas durante un periodo de tiempo prolongado. Este trabajo pretende explorar cómo está la población afectada, tras casi año y medio del evento. Se trata de una investigación pionera que no cuenta con precedentes en la literatura científica.

Para abordar de forma integral los procesos involucrados en la psicología posdesastre, vamos a analizar de lo más general a lo más específico, los siguientes ejes:

- Desastres naturales, inundaciones e impacto en la salud mental: abordaremos cómo los desastres naturales pueden actuar como generadores de trauma debido a la vulnerabilidad que genera y analizaremos el papel relevante de las inundaciones como eventos de elevado riesgo debido a la frecuencia con que se dan, por los daños que producen a nivel económico y la afectación psicológica.
- El Trastorno de estrés postraumático (TEPT) en contextos de desastre: profundizaremos en el TEPT, como trastorno psicológico más característico y estudiado tras una inundación. Profundizaremos en su sintomatología, las distintas trayectorias de evolución, la prevalencia, y veremos cuáles son los factores de riesgo y de protección.
- Resiliencia psicológica como factor protector: Ante la vulnerabilidad tras un desastre, encontramos el concepto de resiliencia, no como rasgo estático sino como proceso dinámico que puede mitigar la intensidad y gravedad de los síntomas de TEPT.
- Apoyo social percibido: Abordaremos el papel crítico del apoyo social, diferenciando entre apoyo recibido y apoyo percibido, siendo éste último el mejor predictor de bienestar psicológico y recuperación postraumática. Veremos cómo la red social actúa como amortiguador ante una situación de crisis.
- La DANA de Valencia: Finalmente describiremos el escenario específico del 2024, destacando la magnitud de los daños y las respuestas comunitarias.

1.1. Desastres naturales, inundaciones e impacto en la salud mental

Los desastres naturales tienen la capacidad de alterar de manera drástica la vida cotidiana de las personas y las comunidades, no solo provocan daños materiales, económicos o de infraestructura, sino que también afectan a nivel psicológico, provocando daños en la salud mental de las personas que los viven.

Aunque no existe una definición única de desastre natural, Díez Herrero et al. (2021) lo describen como un fenómeno de gran escala que interrumpe repentinamente la vida cotidiana de las personas que se ven afectadas. Los desastres naturales generan sufrimiento, falta de protección y necesidad de ayuda básica inmediata en cuanto a alimentación, ropa, refugio o atención médica y de enfermería, así como atención psicológica.

La oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastre (UNDRR) considera que un peligro natural como una inundación, puede convertirse en desastre sólo cuando impacta en una comunidad que no está adecuadamente preparada y protegida para la situación, y cuya población pueda ser vulnerable debido a la pobreza, la exclusión o las desventajas sociales. Esto implica que las consecuencias del peligro sobrepasen la capacidad de respuesta y adaptación local, afectando gravemente al desarrollo social y económico de la región afectada. Las consecuencias negativas producidas por el desastre pueden ser inmediatas y localizadas, pero a menudo son generalizadas y pueden prolongarse durante largos periodos de tiempo, requiriendo en muchas ocasiones de asistencia externa (UNDRR, 2017).

El centro de investigación de epidemiología en desastres recoge datos a través de la EM-DAT Emergency Database. En la revista de esta base de datos internacional, se definen los desastres como eventos capaces de sobrepasar la capacidad local y que presenten al menos uno de los siguientes criterios: al menos 10 fallecidos, al menos 100 personas afectadas, la solicitud de asistencia internacional o la declaración del estado de emergencia por parte de las autoridades correspondientes. A fecha de Agosto de 2024, los últimos datos disponibles en la base de datos de emergencia indican que se han registrado 26.700 desastres naturales y tecnológicos desde el 1900 hasta entonces (Delforge et al., 2025).

En un comunicado de prensa, la Organización Meteorológica Mundial (OMM, 2021) señala que, entre 1970 y 2019, los peligros meteorológicos, climáticos e hidrológicos representaron

el 50% de todos los desastres documentados en el mundo, siendo responsables además del 45% de las muertes notificadas y el 74% de las pérdidas económicas reportadas. Asimismo, advierten que, como consecuencia del cambio climático, hay una tendencia a que este tipo de fenómenos ocurran con más frecuencia e intensidad con el paso del tiempo.

Los desastres naturales son uno de los eventos que tienen la capacidad de poner en peligro la estabilidad social y psicológica de las personas. La vulnerabilidad generada por los desastres naturales es uno de los componentes generadores de traumas a escala mundial, que tienen un efecto significativo en la salud mental de las comunidades afectadas (Bettucci et al., 2026). Un desastre natural genera una situación de emergencia, y en ellas son frecuentes la aparición de miedo, ansiedad, tristeza, irritabilidad, dificultades de sueño o desesperanza, y una parte de las personas afectadas puede desarrollar trastornos mentales que requieren atención específica (World Health Organization [WHO], 2025). De acuerdo con Alarcón y Cohen (2017), los datos epidemiológicos establecen que hasta un 25% de la población que se ve afectada por un desastre natural llega a experimentar consecuencias psicológicas más o menos significativas. Dao-Tran et al. (2025) en su estudio estiman que un 13% de la población afectada por desastres naturales tienen problemas de salud mental.

La revisión de Fernández et al. señala que, entre los distintos desastres naturales, las inundaciones destacan en la investigación en salud mental por su frecuencia y por su capacidad de afectar simultáneamente a la vivienda, la economía familiar, la movilidad, la vida comunitaria y las rutinas cotidianas. Suelen ir acompañadas de procesos de recuperación prolongados, con daños persistentes e importantes estresores secundarios, es decir, factores capaces de mantener o agravar el malestar psicológico asociado a largo plazo, lo que incrementa su relevancia clínica y psicosocial. El estudio también revela que, tras eventos de inundación, una proporción relevante de personas afectadas presenta diferentes alteraciones emocionales sostenidas en el tiempo. Por lo tanto, el impacto no se limita solo a la fase aguda, sino que puede continuar durante meses o incluso años. No obstante, conviene distinguir entre el malestar que se espera tras una situación de desastre natural y la presencia de trastornos mentales consolidados (WHO, 2025).

La literatura ha mostrado que la exposición a inundaciones se asocia con un aumento del riesgo de síntomas postraumáticos, depresivos y ansiosos, así como con un deterioro en un aspecto amplio del bienestar psicológico. Desde esta perspectiva, uno de los cuadros más

relevantes y estudiados tras este tipo de eventos es el trastorno de estrés postraumático (Fernandez et al., 2015).

1.2. Trastorno de estrés postraumático en contextos de desastre

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es la consecuencia psicopatológica más estudiada y con más prevalencia en la literatura sobre catástrofes naturales (Alarcón y Cohen 2017; Neria, Nandi y Galea, 2008). Las inundaciones provocan contextos de especial vulnerabilidad para desarrollar un TEPT al provocar pérdida de bienes materiales, incertidumbre e interrupción con las rutinas establecidas (Yakubu et al., 2026). Sin embargo, las personas sobrevivientes a un desastre natural pueden mostrar trayectorias de resiliencia, mientras que otros individuos sí desarrollan sintomatología compatible con TEPT (Sakuma et al., 2020).

Por lo tanto, de cara a poder entender el impacto de la DANA en la población afectada, es necesario profundizar en la definición clínica y los criterios diagnósticos del TEPT, analizando también la literatura científica para entender su evolución y prevalencia en contextos de crisis.

1.2.1. Definición clínica y sintomatología del TEPT

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno mental que puede aparecer tras la vivencia de un acontecimiento extremadamente amenazante o aterrador. Debido a diferentes factores, no todas las personas expuestas a un evento traumático de dichas características desarrollan este trastorno. Sin embargo, sí puede aparecer sintomatología persistente que impacta considerablemente en su desempeño personal, social y laboral (WHO, 2024). Entre las características del TEPT destacan los síntomas intrusivos tales como: recuerdos recurrentes sobre el evento traumático, pesadillas, reexperimentación, la evitación persistente, las alteraciones cognitivas y emocionales negativas y la hiperactivación fisiológica (Alarcón y Cohen 2017; WHO, 2024).

En el DSM-5-TR, este patrón se organiza en cuatro grandes grupos de síntomas: intrusión o reexperimentación del acontecimiento traumático, evitación persistente de estímulos

asociados, alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo, y alteraciones en la activación y la reactividad. Para su consideración diagnóstica, estos síntomas deben mantenerse durante más de un mes y no explicarse mejor por otras causas clínicas o por el consumo de sustancias (American Psychiatric Association, 2022).

El TEPT es el trastorno más frecuente y el más estudiado dentro de la literatura de los desastres naturales (Alarcón y Cohen 2017; Neria, Nandi y Galea, 2008). Estos eventos suelen implicar amenaza vital, pérdidas materiales, alteración del entorno cotidiano y exposición prolongada a la incertidumbre, situaciones que favorecen que una parte de la población afectada desarrolle sintomatología postraumática (Fernandez et al., 2015; WHO, 2024; Yakubu et al., 2026).

Las funciones cognitivas se ven alteradas de diferentes formas, en cuanto a la memoria, aparece amnesia disociativa, es decir, la incapacidad para recordar de manera nítida detalles relevantes sobre el hecho traumático y en cuanto a la reactividad, son característicos los sobresaltos exagerados, los problemas de concentración y la irritabilidad explosiva. También se generan estados emocionales negativos, con una exagerada declinación de la auto-imagen y de la autoestima, además de distanciamiento afectivo o sentimientos de desapego. En algunos casos, se pueden detectar síntomas subclínicos inmediatamente después del desastre, pero el trastorno puede aparecer en un período de 6 a 12 meses post-desastre (Alarcón y Cohen, 2017).

1.2.2. Evolución temporal y curso del trastorno

La evolución del malestar postraumático no es uniforme. Tras un evento traumático, muchas personas presentan reacciones emocionales intensas con carácter inmediato, pero estás no siempre resultan en un trastorno consolidado. De hecho, una parte importante de la población expuesta muestra una recuperación progresiva con el paso del tiempo (WHO, 2024). Estudios longitudinales tras desastres naturales identifican diversas trayectorias de TEPT: resistencia (ausencia de síntomas), recuperación (síntomas iniciales que remiten), crónica (síntomas persistentes) y retrasada (empeoramiento tardío). La resistencia es la más frecuente con un 49–63% de los casos, seguida de la recuperación con un 24–29% (Sakuma et al., 2020).

Sin embargo, hay otras personas que pueden mantener síntomas persistentes o desarrollar trayectorias de mayor vulnerabilidad, especialmente cuando concurren dificultades previas, pérdidas significativas o estresores secundarios prolongados. En contextos post desastre, es una perspectiva importante a tener en cuenta, ya que el impacto psicológico no depende únicamente del momento crítico del desastre, sino también de las condiciones en las que se desarrolla la recuperación posterior (Fernandez et al., 2015). Estudios longitudinales muestran que los síntomas pueden disminuir durante los primeros meses en personas que sufrieron daños directos, pero persisten en quienes acumulan traumas vitales previos o estresores de recuperación como pérdida de empleo o problemas con seguros (Cherry et al., 2023).

El estudio realizado por Yang y Bae (2022) mostró que factores como la asistencia gubernamental inadecuada o tardía después de un desastre afecta de manera negativa en la recuperación de las personas. Conflictos con el gobierno tienen la posibilidad de aumentar el estrés y afectar de manera negativa en la salud mental de los sobrevivientes. Esta evidencia se complementa con hallazgos que muestran que la confianza institucional y el apoyo psicológico formal reducen significativamente los síntomas de TEPT incluso tras controlar resiliencia y apoyo social informal (Yang y Bae, 2022; Bakic y Ajdukovic, 2021).

Analizar la sintomatología compatible con TEPT en fases posteriores y alejadas del impacto inicial permiten comprender el proceso de recuperación desde una visión más amplia y poder valorar hasta dónde llega el impacto de una catástrofe.

1.2.3. Prevalencia del TEPT tras desastres e inundaciones

La literatura revisada muestra que el TEPT constituye una de las consecuencias psicológicas más estudiadas por los investigadores tras la exposición a desastres naturales. Las tasas de prevalencia varían según el tipo de evento, el momento de la evaluación, las características de la muestra y los instrumentos utilizados (Fernandez et al., 2015; Golitaleb et al., 2022). En los desastres naturales en general, las prevalencias oscilan entre el 20-30% en los primeros meses. Después, las prevalencias pueden descender al 10-15% a largo plazo, dependiendo de la intensidad del trauma y la disponibilidad de recursos de recuperación (Golitaleb et al., 2022).

En el caso específico de las inundaciones, el metaanálisis de Golitaleb et al. (2022) estimó una prevalencia agrupada de TEPT del 29,48% entre las personas afectadas, basada en 23 estudios con alta heterogeneidad. Esta cifra resulta superior a la del metaanálisis más antiguo de Chen y Liu (2015), que reportó una incidencia del 15,74% en 14 estudios. Aunque las cifras entre estudios sea distinta, la evidencia muestra que las inundaciones son, en efecto, un contexto de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de sintomatología TEPT.

Aunque esta cifra debe interpretarse con cautela debido a la heterogeneidad entre estudios, refuerza la consideración del TEPT como una consecuencia psicológica clínicamente relevante en este tipo de desastres. Además, las inundaciones se caracterizan por estresores prolongados como daños materiales, pérdida de la propiedad, lesiones que pueden mantener o incluso retrasar la remisión de los síntomas (Yakubu et al., 2026).

El estudio realizado por Dai et al. (2016) analizó a las víctimas de la inundación de 1998 del lago Dongting en China. Las víctimas que habían sido diagnosticadas con TEPT fueron evaluadas después de 13-14 años mediante una encuesta de seguimiento para comprobar si persistían las características para el diagnóstico. De los 321 sujetos que tenían un diagnóstico de TEPT previo, el 15.89% fueron diagnosticados con TEPT persistente. Estos hallazgos aportan evidencia longitudinal de que los efectos de los desastres naturales y su impacto psicológico en concreto pueden persistir durante años.

1.2.4. Factores de riesgo y factores de protección

El desarrollo de sintomatología compatible con TEPT tras un desastre no depende de un único factor, sino de la interacción entre condiciones de riesgo y recursos protectores. Entre los principales factores de riesgo descritos en la literatura se encuentran la severidad de la exposición, las pérdidas sufridas, la vulnerabilidad previa y la persistencia de dificultades materiales y sociales (Fernandez et al., 2015; Golitaleb et al., 2022).

En las inundaciones, una vez se llega a niveles de agua críticos podemos encontrar daños materiales en casas, vehículos, áreas privadas y públicas como carreteras o parques, se llevan a cabo evacuaciones, hay pérdidas humanas e interrupciones graves de la vida cotidiana. Esta variedad resulta relevante porque el impacto psicológico no depende únicamente de que haya ocurrido una inundación. El impacto psicológico depende de la intensidad de la

inundación y de sus consecuencias posteriores. Además, los estresores secundarios como la inestabilidad de la vivienda, el deterioro de la economía o la incertidumbre en la recuperación, cuando se prolongan en el tiempo pueden empeorar los efectos emocionales (Fernandez et al., 2015).

Junto a los factores de riesgo, la literatura le ha dedicado atención a determinados recursos protectores, entre los que destacan la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido. La resiliencia tiene una relación inversa con sintomatología TEPT y modera la relación entre exposición traumática y el malestar psicológico (Bakic & Ajdukovic, 2021; Bettucci et al., 2026). Por su parte, el apoyo social percibido tiene una asociación significativa con la recuperación del TEPT y funciona como moderador entre factores estresantes y síntomas psicológicos (Dai et al., 2016).

Ambos constructos resultan especialmente relevantes para comprender la adaptación después del desastre y también permiten ampliar el análisis más allá de la detección de los síntomas.

1.3. Resiliencia psicológica como factor protector

La resiliencia psicológica constituye uno de los recursos protectores más relevantes en la investigación de la adaptación humana frente a situaciones de adversidad, entre ellas el trauma post desastre. De forma general, se define como la capacidad de mantener o recuperar un funcionamiento adaptativo tras la exposición a situaciones adversas o potencialmente traumáticas, como los desastres naturales. La investigación contemporánea ha señalado que no debe entenderse como una cualidad fija o exclusivamente individual, sino como un proceso dinámico que integra recursos personales, relacionales y contextuales (Bonanno et al., 2024; Bakic y Ajdukovic, 2021).

Esta idea tiene un papel clave en contextos de desastre. La resiliencia no significa que no haya sufrimiento tras un evento adverso ni tampoco implica invulnerabilidad psicológica sino que actúa como modulador del impacto del trauma, favoreciendo la recuperación psicológica. Una persona puede experimentar malestar intenso tras una catástrofe y, aún así, mostrar una trayectoria de recuperación relativamente favorable con el paso del tiempo. Un estudio realizado por Bettucci et al., encontró que entre las dimensiones de resiliencia, el

propósito y el sentido de la vida fue el factor protector más relevante, especialmente para la reducción del embotamiento y la evitación emocional. En este sentido, la resiliencia permite entender por qué, ante una misma experiencia adversa, las trayectorias de ajuste pueden variar entre personas y comunidades.

Ante un desastre natural que amenaza la integridad física y expone a las personas a pérdidas materiales, desplazamiento, la interrupción de la vida cotidiana e incertidumbre posterior, es de vital importancia analizar la resiliencia como herramienta que ayuda a reinterpretar la experiencia, regular el malestar emocional y mantener estrategias de afrontamiento más adaptativas (First, 2024).

En el caso de las inundaciones, la resiliencia ha sido descrita como un proceso de movilización de recursos por Bakic y Ajdukovic (2021), que señalan que mayores recursos individuales, interpersonales y comunitarios, se relacionan con menor pérdida de recursos psicosociales, menos sintomatología TEPT y mayor satisfacción con la vida. Este estudio muestra que la resiliencia cambia según el contexto, reforzando su carácter dinámico y contextual, que no depende solo de las características individuales sino también de los recursos comunitarios e interpersonales. Bettucci et al. (2026) replicaron estos hallazgos en población latinoamericana afectada por inundaciones, encontrando una correlación negativa moderada entre resiliencia y sintomatología postraumática.

La evidencia converge en que la resiliencia reduce tanto la incidencia como la intensidad de problemas de salud mental post desastre (Yang & Bae, 2022). Diversos estudios han encontrado una relación inversa entre resiliencia y sintomatología postraumática y, en población expuesta a desastres, mayores niveles de resiliencia se asocia con menor intensidad o persistencia de la sintomatología postraumática. (Bakic y Ajdukovic, 2021; Bettucci, et al., 2026; Bonanno et al., 2024).

En las comunidades expuestas a inundaciones se ha observado que los recursos sociales favorecen la recuperación psicológica a medio y largo plazo. Dai et al. (2016) siguieron a víctimas de una inundación en China y encontraron que el apoyo social está significativamente ligado con la recuperación del TEPT, especialmente en sus dimensiones de apoyo subjetivo y uso del apoyo disponible. De forma complementaria, en el estudio sobre supervivientes de desastres naturales, el apoyo institucional y la percepción de que existían medidas de ayuda psicológica, de restauración ambiental y de infraestructuras también se

asociaron con menor sintomatología TEPT. Estos resultados confirman que la resiliencia no solo depende de características internas, sino también de la calidad de las redes de apoyo, tanto formales como informales, que rodean a la persona tras el evento adverso (Yang & Bae, 2022).

Desde la perspectiva del estudio de Masten (2001), la resiliencia ayuda a explicar por qué algunas personas se adaptan mejor a la adversidad. Por otro lado, el apoyo social permite comprender qué condiciones relacionales facilitan esa adaptación y amortiguan el impacto del trauma (Wang et al., 2021). En consecuencia, ambas variables pueden considerarse complementarias dentro de un modelo de protección psicológica tras un desastre como la Dana, en el que la recuperación se construye a partir de recursos personales y también del entorno social e institucional (Hobfoll et al., 2007).

1.4. Apoyo social percibido como factor protector

Junto con la resiliencia psicológica, el apoyo social percibido constituye otro de los recursos protectores más estudiados en la investigación sobre trauma y recuperación (Bettucci, et al., 2026). La literatura ha mostrado que no basta con considerar la existencia objetiva de una red de relaciones. El efecto psicológico del apoyo depende en gran medida de cómo es vivido o interpretado por la persona. Por ello, resulta fundamental diferenciar entre apoyo recibido y el apoyo percibido. El apoyo percibido es el que muestra una relación más clara con el bienestar psicológico y con la adaptación después de haber vivido situaciones adversas (Wang et al., 2021).

El apoyo social es un constructo multidimensional que incluye aspectos estructurales, como la existencia y el tamaño de la red social; y aspectos funcionales o cualitativos, como la forma en la que las personas experimentan y valoran los vínculos sociales. Entre sus principales funciones se encuentran el apoyo emocional, la ayuda práctica o instrumental, la información y orientación, así como el sentimiento de pertenencia y de ser valorado dentro de una comunidad (Drageset, 2021). Dentro de este marco, el apoyo social percibido es un concepto subjetivo ya que se trata de una valoración personal que se hace de la disponibilidad y utilidad del apoyo con el que se cree contar. Esta distinción resulta especialmente relevante, ya que el apoyo social percibido mantiene una relación más

consistente con el bienestar psicológico y con la evolución de la sintomatología postraumática que el apoyo meramente recibido u objetivo (Wang et al., 2021).

En contextos de desastre natural, las personas afectadas sienten las consecuencias emocionales del suceso, se destruyen o pierden cosas materiales y tienen graves consecuencias económicas. Además, deben reorganizar su rutina, el día a día y afrontar los cambios en su comunidad que pueden extenderse en el tiempo. Sentir que se cuenta con una red social de apoyo disponible y útil puede servir como una protección importante frente a las consecuencias psicológicas derivadas de la situación (Yang y Bae, 2022).

La literatura disponible en el momento del estudio señala que el apoyo social percibido está relacionado con un mejor ajuste psicológico y con menor sintomatología postraumática. Estas revisiones sobre trauma han mostrado que cuando una persona percibe que cuenta con el apoyo de familiares, amistades u otras figuras significativas puede reducir la probabilidad de desarrollar TEPT o de que sus síntomas se agraven con el tiempo (Wang et al., 2021; WHO, 2024; Yang y Bae, 2022). Con todos estos datos, podemos afirmar que la evidencia respalda y demuestra la función protectora del apoyo social percibido frente a estas problemáticas que pueden aparecer tras un desastre natural. El estudio longitudinal de Dai et al. (2016) encontró que el apoyo social percibido era, además, un factor predictor de la recuperación completa del TEPT. Sin embargo, aunque el apoyo social recibido protege frente al TEPT, los síntomas postraumáticos severos pueden dañar la percepción del apoyo disponible o impedir o dificultar que se haga uso de ese apoyo, presentando una complejidad bidireccional.

En estudios realizados en fases temporales posteriores al desastre muestran que esta variable es importante. El apoyo disponible puede modificarse con el tiempo y hacerse insuficiente conforme disminuye la movilización de ayuda inicial. Por ello, su inclusión en el presente estudio permite incorporar una dimensión específicamente relacional y comunitaria del ajuste post desastre, complementaria al análisis de la resiliencia psicológica (Wang et al., 2021).

1.5. La DANA de Valencia como contexto del estudio

El 29 de octubre de 2024 tuvo lugar un suceso con un impacto devastador en la vida de muchísimas personas, consecuencia de un episodio de precipitaciones extraordinarias asociado a una Depresión Aislada en Niveles Altos (DANA). Tal como describe la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET, 2024), el episodio afectó al Levante peninsular, con especial intensidad en la provincia de Valencia, donde se registraron acumulados de precipitaciones históricos en muy poco tiempo.

La intensidad y la persistencia de las lluvias en la zona llevaron a que el agua se acumulara de forma acelerada, superando la capacidad y desbordando barrancos, ramblas y cauces en distintos puntos de todo el territorio afectado. Finalmente, el agua llegó a los municipios, inundando calles y carreteras, viviendas, comercios, garajes y otras infraestructuras, pasando a convertirse rápidamente en una inundación devastadora, con una capacidad de impacto muy superior a la que muchas personas podían anticipar en su vida cotidiana.

Tras todo lo sucedido, el episodio destacó por la magnitud de sus trágicas consecuencias, reflejadas en los datos oficiales posteriores, con 78 municipios afectados y un total de 237 víctimas mortales confirmadas (Real Decreto-ley 12/2025, 2025). Estas cifras lo sitúan como uno de los desastres naturales recientes de mayor impacto en la región. La rapidez del proceso y la violencia con la que avanzó el agua provocaron situaciones de especial vulnerabilidad para la población general y no todas las personas tuvieron el margen suficiente para reaccionar o ponerse a salvo. El 65,3% de los cuerpos fueron encontrados en vehículos, sótanos, garajes, residencias de tercera edad y casas (Marqués et al., 2025).

Desde el punto de vista psicológico, las personas afectadas se vieron ante un evento capaz de poner en riesgo de forma simultánea la seguridad física, la estabilidad del hogar, la economía familiar, las rutinas cotidianas y el funcionamiento comunitario, incluso las necesidades básicas o sanitarias, especialmente de las personas más vulnerables. El proceso de recuperación no se limitó a la fase aguda del suceso, ya que, tras esta, aparecen los estresores secundarios que se prolongan en el tiempo como daños persistentes, trámites de reconstrucción, incertidumbre y reorganización de la vida diaria. Esta prolongación del impacto resulta especialmente importante en la literatura sobre salud mental tras la

inundación, que sostiene que los efectos psicológicos del desastre pueden mantenerse más allá de la fase inicial (Fernandez et al., 2015).

No podemos dejar de destacar la actuación de la ciudadanía, voluntarios que se movilizaron, desde todas las Comunidades Autónomas en muestra de solidaridad (Marqués et al., 2025). La situación catastrófica y la grave necesidad de ayuda provocó una movilización masiva de la sociedad civil, generando estrategias de abajo hacia arriba: acciones organizadas y dirigidas por la ciudadanía que se ayuda mutuamente, frente a las limitadas respuestas institucionales (Rodríguez, 2025). Sin embargo, aunque estas acciones ciudadanas muestran el gran potencial de respuesta, el coste no es bajo, las labores del voluntariado pueden asociarse a un incremento de sintomatología TEPT por trauma vicario, especialmente si los voluntarios son también personas afectadas por las inundaciones (Bettucci, et al., 2026).

En este sentido, la DANA de Valencia ofrece un escenario particularmente adecuado para estudiar la sintomatología compatible con TEPT en población adulta afectada por el desastre natural además de observar cómo es la relación entre recursos protectores como son la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido con dicha sintomatología. La magnitud objetiva del evento y la prolongación de sus consecuencias refuerzan el interés por examinar no sólo la presencia de malestar postraumático, sino también los factores que pueden modular la adaptación posterior.

2. Justificación

Las inundaciones constituyen un tipo de desastre natural con especial relevancia para la salud mental, entre sus posibles consecuencias psicológicas, el TEPT ocupa un lugar central por su frecuencia, su repercusión funcional y su posible persistencia más allá de la fase aguda del evento. En el caso específico de las inundaciones, la estimación del 29.48% de prevalencia de TEPT del metaanálisis de Golitaleb et al. (2022) lo sitúa como una prioridad clínica tras un desastre de estas características. Además, es importante destacar que la adaptación posterior al desastre no depende únicamente de la grado o la forma de exposición al evento, sino también de la presencia de recursos protectores, entre los que destacan la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido (Bakic & Ajdukovic, 2021; Wang et al., 2021).

Respecto a la metodología, las diferencias en cuanto a diseño, instrumentos, momentos de evaluación y muestras, de la literatura disponible dificultan trasladar directamente los resultados de los estudios sobre salud mental después de las inundaciones directamente a contextos concretos (Fernandez et al., 2015; Golitaleb et al., 2022). En cuanto al contexto, una parte importante de la evidencia procede de entornos sociales y culturales distintos al de este estudio, lo que limita la extrapolación de los hallazgos.

Finalmente, la investigación que tiene en cuenta el estado psicológico de la población que ha sufrido el impacto en momentos que sean posteriores al impacto inicial sigue siendo escasa. Esto es relevante dado que la recuperación puede verse condicionada por estresores secundarios prolongados (Fernandez et al. 2015; WHO, 2025).

Estas limitaciones resultan especialmente relevantes en el caso de la DANA de Valencia. A pesar de la magnitud del evento y de su notable impacto social, sigue existiendo escasez de estudios publicados que analicen, en población adulta afectada, la presencia de sintomatología compatible con TEPT y su relación con recursos protectores. La ventana temporal en la que se sitúa el estudio posee un interés particular, ya que permite evaluar de manera exploratoria si el malestar postraumático está asociado con la resiliencia psicológica y con el apoyo social percibido, variables que la literatura ha identificado como potencialmente protectoras (Bakic y Ajdukovic, 2021; Wang et al. 2021).

Por ello, el presente estudio se justifica por la necesidad de aportar evidencia ante el vacío de estudios publicados sobre el impacto psicológico de la DANA en población adulta afectada, atendiendo de manera específica a la sintomatología compatible con TEPT y a su relación con la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido. Esta aportación puede resultar relevante tanto desde una perspectiva académica, al ampliar el conocimiento sobre salud mental post desastre en el contexto español, como desde una perspectiva aplicada, al orientar estrategias de detección, prevención e intervención psicológica en situaciones de desastre natural, especialmente en fases en las que la atención pública inicial ha disminuido, pero las necesidades de recuperación pueden mantenerse.

3. Objetivos

El presente estudio se orienta al análisis de la sintomatología compatible con TEPT y su relación con la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido en población adulta afectada por la DANA de Valencia de 2024. A partir de este planteamiento, se establecen los siguientes objetivos.

3.1. Objetivo principal

Estimar la prevalencia de sintomatología compatible con TEPT y analizar su relación con la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido en población adulta afectada por la DANA de Valencia, aproximadamente 18 meses después del evento.

3.2. Objetivos secundarios

Objetivo Específico 1. Estimar la prevalencia de sintomatología compatible con TEPT en población adulta afectada por la DANA.

Objetivo Específico 2. Describir los niveles de resiliencia psicológica y de apoyo social percibido en la muestra participante.

Objetivo Específico 3. Analizar la relación entre sintomatología compatible con TEPT, la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido.

4. Hipótesis

A partir de los objetivos planteados y de la literatura revisada, las hipótesis a contrastar en el presente estudio son las siguientes:

Hipótesis 1. Se observará sintomatología compatible con TEPT en una proporción significativamente relevante de la muestra.

Hipótesis 2. La resiliencia psicológica se asociará de forma negativa con la sintomatología compatible con TEPT.

Hipótesis 3. El apoyo social percibido se asociará de forma negativa con la sintomatología compatible con TEPT.

5. Marco metodológico

Este apartado presenta el diseño del estudio, las características de la muestra, los instrumentos utilizados, el procedimiento de recogida de datos y el plan de análisis estadístico.

La metodología se diseñó de acuerdo con los objetivos del estudio, centrados en estimar la prevalencia de sintomatología compatible con TEPT y analizar su relación con la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido en población adulta afectada por la DANA de Valencia.

5.1. Diseño

El presente estudio siguió una metodología cuantitativa, con un diseño no experimental, transversal y descriptivo-correlacional. No se manipuló ninguna variable independiente ni se asignó a los participantes a condiciones de estudio. La recogida de datos se realizó en un único momento temporal, aproximadamente 18 meses después de la DANA de octubre de 2024, mediante un cuestionario online autoadministrado.

El diseño descriptivo permitió caracterizar la muestra, describir las formas de exposición y afectación por la DANA y estimar la prevalencia de sintomatología compatible con TEPT. A su vez, el componente correlacional permitió analizar la relación entre la sintomatología postraumática, la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido.

5.2. Participantes

La muestra estuvo compuesta por 76 personas adultas afectadas por la DANA de Valencia de 2024. Todas las personas participantes aceptaron el consentimiento informado y cumplimentaron el cuestionario online.

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, complementado con difusión por bola de nieve. Este procedimiento permitió acceder a población adulta afectada por un acontecimiento natural concreto y localizado territorialmente.

Los criterios de inclusión establecidos fueron los siguientes:

- tener 18 años o más,
- aceptar el consentimiento informado,
- cumplimentar el cuestionario online y haber estado afectado por la DANA de Valencia de 2024.

Se consideró afectación por la DANA haber señalado al menos una de las siguientes situaciones:

- residencia en un municipio afectado
- estar presente en una zona afectada durante el episodio
- daños materiales
- pérdidas humanas
- necesidad de evacuación
- tener un local comercial o trabajar en la zona afectada
- interrupción severa de la vida cotidiana asociada a las inundaciones

Se incluyeron únicamente las respuestas de personas que aceptaron el consentimiento informado y completaron el cuestionario. No se detectaron respuestas incompletas ni inválidas en la base de datos analizada.

5.3. Instrumentos

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario online estructurado en varios bloques. Al principio, se recogieron las variables sociodemográficas de edad, género y nivel educativo, de cara a tener datos relevantes para describir la población.

Por otra parte, se exploraron las variables relacionadas con la exposición y afectación por la DANA divididas en dos preguntas diferenciadas, ambas con opción de respuesta múltiple.

La primera hace referencia a la situación personal en relación con el momento de la DANA, es decir, residir en un municipio afectado, estar presente en una zona afectada durante el episodio o tener un local comercial o trabajar en la zona afectada.

En la siguiente pregunta, se estudió la forma de afectación, es decir, si se habían producido daños materiales, pérdidas humanas, necesidad de evacuación y/o interrupción severa de la

vida cotidiana. También se recogieron datos sobre el municipio donde se produjeron los daños, en una pregunta con opción múltiple entre todos los municipios afectados.

Las variables psicológicas relativas al estudio se evaluaron mediante tres instrumentos de autoinforme:

- Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido
- Lista de Verificación para el Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5
- Escala breve de resiliencia Connor-Davidson.

Los instrumentos se presentaron siguiendo un orden progresivo, comenzando por la escala de apoyo social percibido, seguida de la evaluación de sintomatología postraumática y finalizando con la escala de resiliencia.

5.3.1. Apoyo social percibido

Para evaluar el apoyo social percibido se utilizó la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), desarrollada originalmente por Zimet et al. (1988). Se trata de una escala autoadministrada compuesta por 12 ítems que evalúan la percepción subjetiva de apoyo procedente de tres fuentes principales: familia, amistades y personas significativas. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 1 a 7, donde puntuaciones más elevadas indican mayor apoyo social percibido. En este estudio se empleó la puntuación total de la escala como indicador global de apoyo social percibido. Esta escala cuenta con buenas propiedades psicométricas, obteniendo un alpha de Cronbach de 0.89 tal y como se muestra en el estudio de Landeta y Calvete (2002) y valores entre 0.90 y 0.93 en la puntuación total y de las tres dimensiones de la escala estimada mediante el omega de McDonald para evaluar la consistencia interna (Calderón et al., 2021).

5.3.2. Sintomatología compatible con TEPT

Para evaluar la sintomatología postraumática se empleó la PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), denominada en castellano Lista de Verificación para el Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5. Este instrumento consta de 20 ítems que evalúan la presencia e intensidad de síntomas de TEPT durante el último mes, de acuerdo con los criterios sintomáticos del DSM-5. Los ítems se responden en una escala de 0 a 4, por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 80 puntos. Puntuaciones más elevadas indican mayor sintomatología postraumática (U.S. Department of Veterans Affairs, s. f.). En este estudio se utilizó el punto de corte de 33 puntos como indicador de sintomatología compatible con TEPT (Weathers et al., 2013), teniendo en cuenta que la PCL-5 es un instrumento de cribado y no permite establecer por sí sola un diagnóstico clínico definitivo (Haghish et al., 2024). Se empleó una versión en español de la escala; estudios recientes han examinado la traducción española de la PCL-5 en muestras clínicas específicas en España, concretamente con un alfa de Cronbach de 0.94 y un omega de McDonald de 0.95, mostrando una excelente consistencia interna (Haghish et al., 2024).

5.3.3. Resiliencia psicológica

Para evaluar la resiliencia psicológica se utilizó la versión breve de 10 ítems de la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10), derivada de la escala original de Connor y Davidson (2003) de 25 ítems y validada en su versión breve por Campbell-Sills y Stein (2007). En estudios previos con población española, la CD-RISC-10 ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas con un alfa de Cronbach de 0.86 en cuidadores no profesionales (Blanco et al., 2019), α= 0.85 en adultos jóvenes (18-30 años) (Notario-Pacheco et al., 2011) y α= 0.81 en mayores no institucionalizados (60-75 años) (Serrano-Parra et al., 2013). Los ítems se responden mediante una escala tipo Likert de 0 a 4, con una puntuación total que oscila entre 0 y 40 puntos. Las puntuaciones más altas reflejan mayores niveles de resiliencia psicológica. En este estudio se empleó la puntuación total de la escala como indicador continuo de resiliencia.

5.4. Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario online elaborado en Google Forms recogido en el Anexo A, se eligió esta opción debido a la dispersión geográfica de la muestra afectada y para facilitar la accesibilidad a la encuesta. Antes de iniciar la difusión, se diseñó el cuestionario con los bloques sociodemográficos, las preguntas de exposición y afectación por la DANA y los instrumentos psicológicos seleccionados. La difusión se realizó a través de una base de aproximadamente 500 contactos, compuesta por entidades públicas, asociaciones, recursos comunitarios, servicios sociales, entidades no gubernamentales y otros agentes vinculados con municipios afectados por la DANA en la provincia de Valencia.

El cuestionario se difundió mediante correo electrónico, el cartel con código QR recogido en el Anexo B y mensajes compartidos a través de canales comunitarios y redes de contacto. En el mensaje de difusión se solicitó la colaboración de las entidades para compartir el estudio con personas adultas potencialmente afectadas por la DANA. También se animó a reenviar la información a otras personas o instituciones que pudieran facilitar el acceso a población afectada, favoreciendo así la ampliación de la muestra mediante bola de nieve.

Sin embargo, debido a la dificultad para obtener una muestra más amplia, se optó por ir presencialmente a los municipios de Benetússer, Alfafar y Massanassa con el objetivo de dejar cartelería impresa en espacios públicos, asociaciones y locales comerciales a la par que se comunicaba el objetivo del estudio y se animaba a la población de a pie de calle a contestar la encuesta y difundir entre sus círculos cercanos.

La base de datos exportada para el análisis no incluyó correos electrónicos ni otros datos identificativos directos de los participantes. Por tanto, los datos analizados fueron tratados de forma anónima. La recogida de datos se realizó entre el 20 de abril y el 8 de mayo de 2026. Una vez finalizada, se revisó la base de datos para comprobar la existencia de posibles valores perdidos, duplicados o respuestas inválidas antes de realizar los análisis estadísticos.

5.5. Consideraciones éticas

El presente estudio se ha desarrollado bajo los principios éticos que garantizan la protección de datos de los participantes. Todas las personas encuestadas tuvieron acceso previo al consentimiento informado, el cual se puede consultar en el Anexo C donde se detalla la finalidad y el objeto del estudio. Se ha garantizado el carácter voluntario de la participación, asegurando el cumplimiento de la confidencialidad y el anonimato en relación al tratamiento de los datos. Así mismo, se informó del derecho de abandonar el estudio en cualquier momento enviando un correo electrónico a la dirección facilitada.

Todos los participantes aceptaron el consentimiento informado y el tratamiento de los datos con fines académicos y de investigación.

5.6. Análisis de datos

El análisis de datos se realizó mediante el programa estadístico jamovi, versión 2.6.44 (The jamovi project, 2025). En primer lugar, se revisó la base de datos para comprobar el número total de respuestas, la aceptación del consentimiento informado, la presencia de valores perdidos y la existencia de posibles duplicados. No se detectaron valores perdidos en las variables utilizadas para los análisis principales, por lo que la muestra final estuvo compuesta por 76 participantes.

A partir de los datos recogidos, se calcularon estadísticos descriptivos para caracterizar la muestra y las variables del estudio. Para las variables categóricas se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se calcularon medias, desviaciones típicas, valores mínimos y máximos. Este procedimiento se aplicó a las variables sociodemográficas, a las variables de exposición y afectación por la DANA y a las puntuaciones totales de los instrumentos psicológicos.

La prevalencia de sintomatología compatible con TEPT se estimó a partir de la puntuación total obtenida por cada participante en la PCL-5. Para ello, se aplicó el punto de corte de 33 puntos, clasificando como casos con sintomatología compatible con TEPT a aquellas personas que obtuvieron una puntuación igual o superior a dicho valor. Esta clasificación se utilizó únicamente con finalidad de cribado, sin establecer diagnósticos clínicos definitivos.

Antes de realizar los análisis correlacionales se examinó la distribución de las variables psicológicas mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Dado que las puntuaciones de la PCL-5 y de la MSPSS no siguieron una distribución normal, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la relación entre la sintomatología compatible con TEPT, la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido. En todos los análisis se estableció un nivel de significación estadística de $p < .05$.

6. Resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos tras el análisis estadístico de los datos empezando por la descripción de las características sociodemográficas de la muestra y las variables relacionadas con la exposición y afectación por la DANA. Posteriormente, se presentan los descriptivos de las variables psicológicas principales: sintomatología compatible con TEPT, resiliencia psicológica y apoyo social percibido. A partir de dichos resultados, se exponen las relaciones entre las variables estudiadas mediante correlaciones de Spearman.

6.1. Características sociodemográficas de la muestra

La muestra estuvo compuesta por un total de 76 participantes adultos afectados por la DANA de Valencia. La media de edad fue de 43.93 años (DE = 13.34), con un rango comprendido entre los 19 y los 73 años. En cuanto al género, participaron 50 mujeres (65.8%) y 26 hombres (34.2%).

Respecto al nivel educativo, el grupo más numeroso fue el de participantes con formación profesional, seguido de quienes contaban con estudios universitarios de grado o licenciatura. La distribución de cada una de las variables sociodemográficas se recoge a continuación. En la Tabla 1 se recogen las frecuencias de género, en la Tabla 2 la distribución de edad y en la Tabla 3 las frecuencias en el nivel educativo de las participantes.

Tabla 1. ***Frecuencias de género***

Género	Frecuencias	% del Total
Femenino	50	65.8%
Masculino	26	34.2%

Tabla 2. ***Distribución de edad***

	Edad
N	76
Media	43.9
Mediana	45.5
Desviación estándar	13.3
Mínimo	19
Máximo	73

Tabla 3. ***Frecuencias nivel educativo***

¿Cuál es tu nivel educativo?	**Frecuencias**	**% del Total**
Primaria	5	6.6%
Educación Secundaria Obligatoria	4	5.3%
Bachillerato	5	6.6%
Formación profesional	26	34.2%
Grado o Licenciatura Universitaria	23	30.3%
Estudios de Máster o Doctorado	13	17.1%

Respecto a la distribución por municipios donde se produjeron los daños, en total se recogieron datos de personas de 28 municipios. Los municipios señalados con mayor frecuencia fueron Paiporta, indicado por 17 participantes (22,4%), Aldaia, por 14 participantes (18,4%), Benetússer, por 13 participantes (17,1%), Sedaví, por 10 participantes (13,2%), Catarroja, por 9 participantes (11,8%), Picanya, por 6 participantes (7,9%) y Torrent, por 5 participantes (6,6%).

También se registraron respuestas correspondientes a otros municipios afectados, aunque con frecuencias menores, todos los datos relacionados con esta pregunta pueden consultarse en la tabla expuesta en el Anexo E.

6.2. Exposición y afectación

Las categorías de exposición y afectación no fueron excluyentes, por lo que una misma persona podía señalar más de una opción. Respecto a la situación de los participantes en el momento de la DANA, 62 participantes (81.6%) indicaron que residían en un municipio afectado. Además, 25 personas (32.9%) señalaron que se encontraban presentes en uno de los municipios afectados en el momento de la catástrofe, y 17 participantes (22.4%) indicaron que tenían un local comercial o trabajaban en una zona afectada.

En cuanto a las formas de afectación señaladas, la interrupción severa de la vida cotidiana fue la consecuencia más frecuente, indicada por 64 participantes (84.2%). También se observaron porcentajes elevados de daños materiales, presentes en 56 participantes (73.7%). En menor medida, 13 personas (17.1%) indicaron haber necesitado evacuación y 7 participantes (9.2%) refirieron pérdidas humanas asociadas a la DANA. Estos resultados se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. ***Exposición y afectación***

Variable	n	%
Residencia en municipio afectado	62	81.6
Presencia en municipio afectado durante la DANA	25	32.9
Local comercial o trabajo en zona afectada	17	22.4
Daños materiales	56	73.7
Interrupción severa de la vida cotidiana	64	84.2
Evacuación	13	17.1
Pérdidas humanas	7	9.2

Nota. n = 76. Las categorías de exposición y afectación no fueron excluyentes. Una misma persona podía seleccionar más de una opción.

6.3.Sintomatología compatible con TEPT, resiliencia y apoyo social percibido

En relación con las variables psicológicas principales, la puntuación media en la PCL-5 fue de 25.50 puntos (DE = 19.06) y una mediana de 23.0, con puntuaciones comprendidas entre 0 y 78. Al aplicar el punto de corte de 33 puntos, 23 participantes obtuvieron una puntuación igual o superior a dicho valor, lo que representa un 30.3% de la muestra con sintomatología compatible con TEPT, estos datos quedan recogidos en la Tabla 5.

Tabla 5. ***Frecuencias de PCL5***

PCL5 Corte 33	Frecuencias	% del Total
sintomatología TEPT	23	30.3%
no TEPT	53	69.7%

La puntuación media en resiliencia psicológica, evaluada mediante la CD-RISC-10, fue de 27 puntos (DE = 6.34), con un rango entre 12 y 40. Por su parte, el apoyo social percibido, evaluado mediante la MSPSS, presentó una puntuación media de 57.12 puntos y una mediana de 64 (DE = 24), con puntuaciones entre 12 y 84. Los descriptivos completos de las variables psicológicas se presentan a continuación en la Tabla 6.

Tabla 6. ***Descriptivos de las variables psicológicas***

	MSPSS	**PCL-5**	**CD-RISC-10**
N	76	76	76
Media	57.1	25.5	27.0
Mediana	64.0	23.0	28.0
Desviación estándar	24.0	19.1	6.34
Mínimo	12.0	0.00	12.0
Máximo	84.0	78.0	40.0
W de Shapiro-Wilk	0.851	0.935	0.986
Valor p de Shapiro-Wilk	<.001	<.001	0.597

Nota. PCL-5 = Lista de Verificación para el Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5; CD-RISC-10 = versión breve de la Connor-Davidson Resilience Scale; MSPSS = Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

6.4. Relación entre sintomatología compatible con TEPT, resiliencia y apoyo social percibido

Antes de realizar los análisis correlacionales se examinó la normalidad de las variables psicológicas mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Las puntuaciones de resiliencia psicológica mostraron una distribución compatible con la normalidad (p = .597), mientras que las puntuaciones de la PCL-5 (p < .001) y de la MSPSS (p < .001) no siguieron una distribución normal. Por este motivo, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la relación entre las variables psicológicas principales.

Los resultados mostraron una correlación negativa, débil y estadísticamente significativa entre la sintomatología compatible con TEPT y la resiliencia psicológica (ρ = -.244; p = .033). Esto indica que mayores puntuaciones en resiliencia se asociaron con menores puntuaciones en sintomatología postraumática.

También se observó una correlación negativa, moderada y estadísticamente significativa entre la sintomatología compatible con TEPT y el apoyo social percibido (ρ = -.466; p < .001). Por tanto, mayores puntuaciones en apoyo social percibido se asociaron con menores puntuaciones en sintomatología postraumática.

Por último, la relación entre resiliencia psicológica y apoyo social percibido fue positiva, débil y estadísticamente significativa (ρ = .261; p = .023). Esto indica que mayores niveles de resiliencia psicológica se asociaron con mayores niveles de apoyo social percibido. Las correlaciones se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7. ***Matriz de correlaciones***

		Total_MSPSS	Total_PCL-5	Total_CD-RISC-10
Total_PCL-5	**Rho de Spearman**	-0.466***	—	
	gl	74	—	
	valor p	<.001	—	
Total_CD-RISC-10	**Rho de Spearman**	0.261*	-0.244*	—
	gl	74	74	—
	valor p	0.023	0.033	—

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

En síntesis, los resultados muestran que el 30.3% de la muestra presentó sintomatología compatible con TEPT. Asimismo, la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido se relacionaron de forma negativa y significativa con la sintomatología postraumática, con una asociación de mayor magnitud en el caso del apoyo social percibido. Además, la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido se asociaron entre sí de forma positiva y estadísticamente significativa.

7. Discusión

Tras la exposición detallada de los resultados obtenidos en el presente estudio, a continuación abordaremos la discusión desglosando los hallazgos y siguiendo la estructura de los objetivos específicos para ofrecer un análisis riguroso y ordenado.

7.1. Objetivo específico 1: Prevalencia de sintomatología compatible con TEPT

Se empleó la escala PCL-5 para contrastar el primer objetivo: Estimar la prevalencia de sintomatología compatible con TEPT en la población adulta afectada por la DANA. Los resultados obtenidos indican que existe presencia de sintomatología compatible con TEPT en un 30.3% de la muestra. Casi un tercio de la población encuestada superó el punto de corte de 33 puntos establecido en la PCL-5, un resultado coherente con la literatura previa sobre inundaciones y salud mental. En concreto, el metaanálisis de Golitaleb et al. (2022) estimó una prevalencia agrupada de TEPT del 29,48% tras inundaciones, cifra muy próxima a la observada en este estudio. Esta similitud resulta especialmente relevante si se tiene en cuenta que la evaluación se realizó aproximadamente 18 meses después del evento, lo que sugiere que una parte de la población afectada mantiene sintomatología clínicamente relevante más allá de la fase aguda del desastre.

Estos resultados coinciden con la literatura que indica que el impacto psicológico de las inundaciones puede prolongarse durante meses o años, sobre todo cuando el desastre genera pérdidas materiales, interrupción de la vida cotidiana y estresores secundarios prolongados (Fernandez et al., 2015). En la muestra estudiada, la mayoría de los participantes reportó daños materiales e interrupción severa de la vida cotidiana, dos formas de afectación que pueden contribuir al mantenimiento del malestar psicológico. Por tanto, los datos obtenidos apoyan la primera hipótesis del estudio, según la cual se esperaba observar sintomatología compatible con TEPT en una proporción relevante de la muestra.

7.2. Objetivo específico 2: Resiliencia psicológica y apoyo social

Respecto al segundo objetivo específico, describir los niveles de resiliencia psicológica y de apoyo social percibido en la muestra participante, se utilizó el cuestionario CD-RISC-10 y el MSPSS respectivamente. La resiliencia presentó una puntuación media de 27,04 en la CD-RISC-10, mientras que el apoyo social percibido mostró una puntuación media de 57,12 en la MSPSS. Estos datos ofrecen una descripción general de los recursos personales y relacionales presentes en la muestra, aunque deben interpretarse con cautela al no disponer de grupos normativos específicos para población afectada por la DANA.

De forma orientativa, la puntuación media obtenida en resiliencia y descrita en la Tabla 6 fue muy similar a la descrita en la validación española de la CD-RISC-10 en jóvenes adultos, donde se informó una media de 27,41 puntos (Notario-Pacheco et al., 2011). En el caso del apoyo social percibido, la media total observada en la MSPSS fue de 57,12 puntos, lo que equivale a una puntuación media por ítem de 4,76. De acuerdo con los criterios de interpretación propuestos por Zimet (2016) para la MSPSS, las puntuaciones medias entre 3 y 5 se consideran indicativas de apoyo social percibido moderado, por lo que la muestra se situaría en un rango moderado de apoyo social percibido. No obstante, esta comparación debe considerarse aproximada, ya que los estudios disponibles con la MSPSS en población española se han realizado principalmente en muestras específicas y no en población adulta afectada por una catástrofe natural.

Como se muestra en los resultados descritos en la Tabla 7 se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa entre resiliencia y apoyo social (ρ = .261) lo cual indica que ambos constructos se relacionan en la dirección esperada. Podemos decir, que contar con una red social sólida podría favorecer las capacidades adaptativas individuales, para afrontar mejor una situación de crisis (Dai et al., 2016). Este hallazgo es coherente con las teorías que defienden la resiliencia como un proceso dinámico que no es exclusivamente individual, sino que interactúa con los recursos relacionales y contextuales (Bonanno et al., 2024; Bakic y Ajdukovic, 2021). En este sentido, los datos sugieren que los recursos personales y sociales pueden estar relacionados en los procesos de adaptación posteriores a un desastre natural, aunque el diseño transversal del estudio impide determinar la dirección de esta relación.

7.3. Objetivo Específico 3: Relación entre la presencia de sintomatología compatible con TEPT y los otros factores estudiados

En cuanto al tercer objetivo específico, dirigido a analizar la relación entre resiliencia, apoyo social percibido y sintomatología compatible con TEPT, los resultados fueron coherentes con lo esperado. En la Tabla 7 podemos ver como la resiliencia psicológica mostró una asociación negativa, débil y estadísticamente significativa con la sintomatología compatible con TEPT. Este resultado indica que las personas con mayores niveles de resiliencia tendieron a presentar menores niveles de sintomatología postraumática. Por tanto, la segunda hipótesis del estudio: la resiliencia psicológica se asociará de forma negativa con la sintomatología compatible con TEPT, queda apoyada aunque la magnitud de la asociación fue débil y debe interpretarse con prudencia.

Este hallazgo es coherente con la literatura que entiende la resiliencia como un proceso dinámico vinculado a la adaptación ante la adversidad, en el que intervienen recursos personales, relacionales y contextuales (Bakic y Ajdukovic, 2021; Bonanno et al., 2024). En este sentido, la asociación encontrada no permite afirmar que la resiliencia reduce directamente la sintomatología postraumática, pero sí que las personas que reportan mayores niveles de resiliencia obtienen puntuaciones más bajas en sintomatología compatible con TEPT. La prudencia en la interpretación de la resiliencia como factor protector es especialmente importante por el carácter transversal del estudio y por la magnitud débil de la correlación observada, aunque se encuentre apoyada por la literatura estudiada al respecto.

La relación entre apoyo social percibido y sintomatología postraumática también fue negativa y estadísticamente significativa, con una magnitud moderada, descrito en la Tabla 7 del estudio. Este resultado sugiere que las personas que percibieron mayor disponibilidad de apoyo social tendieron a presentar menores niveles de sintomatología compatible con TEPT. El hallazgo coincide con la evidencia previa que identifica el apoyo social percibido como un recurso relevante en la recuperación tras eventos traumáticos y desastres naturales (Dai et al., 2016; Wang et al., 2021; Yang y Bae, 2022). Por tanto, los datos obtenidos apoyan también la tercera hipótesis del estudio.

La importancia del apoyo social percibido en este contexto puede entenderse por su función amortiguadora ante el impacto emocional del desastre. Tras una inundación de gran magnitud, las personas afectadas no solo deben afrontar el recuerdo del evento, sino también estresores secundarios como daños materiales, pérdida de rutinas, trámites administrativos y cambios en el entorno comunitario. En este escenario de incertidumbre, percibir que se cuenta con apoyo de familiares, amistades u otras figuras significativas podría facilitar la regulación emocional, reducir la sensación de indefensión y favorecer la recuperación (Yang y Bae, 2022).

7.4. Relación entre apoyo social percibido y resiliencia

Tal y como vemos en los resultados y en la Tabla 7, este estudio mostró que el apoyo social percibido tiene una correlación moderada (ρ = -.466) en relación a la sintomatología TEPT mientras que la resiliencia psicológica cuenta con una correlación débil (ρ = -.244). Este hallazgo es relevante, y sugiere que en la recuperación tras un evento como la DANA, los recursos relacionales han sido más determinantes para la salud mental que la capacidad de afrontamiento individual. Esta relevancia del tejido social es coherente con las estrategias de ayuda mutua que se llevaron a cabo con la ciudadanía valenciana afectada, las cuales ejercen de apoyo comunitario ante la falta de respuesta por parte de las instituciones (Rodríguez, 2025). Esto coincide con lo expuesto por Yang y Bae (2022) quienes señalan que cuando las respuestas de las instituciones son consideradas inadecuadas, el apoyo social informal se convierte en la principal ayuda para evitar el agravamiento del TEPT.

Desde una perspectiva aplicada, el hecho de que casi un tercio de la muestra (30.3%) presente sintomatología compatible con TEPT tras 18 meses, refuerzan la importancia de mantener la atención psicológica más allá de la fase inicial del desastre. Estos datos sugieren que el malestar postraumático puede persistir especialmente si se mantienen estresores secundarios (Dai et al., 2016). Además, las asociaciones observadas con resiliencia psicológica y apoyo social percibido señalan la necesidad de elaborar estrategias de intervención que no se limiten a la atención individual, sino que promuevan espacios comunitarios de apoyo.

En conjunto, los resultados aportan una aproximación empírica pionera al impacto psicológico de la DANA de Valencia en población adulta afectada. Aunque el diseño transversal no permite establecer relaciones causales, los hallazgos son coherentes con la literatura previa sobre inundaciones, TEPT, resiliencia y apoyo social percibido. La principal aportación del trabajo reside en estudiar un contexto reciente y local, mostrando que una proporción relevante de la muestra presentó sintomatología compatible con TEPT aproximadamente 18 meses después del evento, mostrando que persiste un malestar clínicamente relevante. Además, tanto la resiliencia psicológica como el apoyo social percibido se asociaron con menor sintomatología postraumática, con una asociación de mayor magnitud en el caso del apoyo social percibido. La asociación positiva observada entre resiliencia y apoyo social percibido refuerza, además, la importancia de considerar conjuntamente los recursos personales y comunitarios en la recuperación tras el desastre. Estos hallazgos apoyan la necesidad de mantener la atención psicológica y comunitaria más allá de la fase inicial de emergencia, especialmente en personas que continúan experimentando malestar postraumático tiempo después del desastre.

8. Conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo general estimar la prevalencia de sintomatología compatible con TEPT y analizar su relación con la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido en población adulta afectada por la DANA de Valencia de 2024.

Finalizado el estudio y expuestos los resultados, podemos decir que los resultados apoyan las tres hipótesis principales del estudio. En primer lugar, se ha encontrado sintomatología compatible con TEPT en una proporción significativamente relevante de la muestra (H1) concretamente un 30.3% de los encuestados. En segundo lugar, se observó que la resiliencia psicológica se correlaciona negativamente con la sintomatología compatible con TEPT (H2), esta correlación es débil y estadísticamente significativa. De igual manera, el apoyo social percibido muestra una correlación negativa, moderada y estadísticamente significativa con la sintomatología compatible con TEPT (H3). En ambos casos, podemos decir que tanto la resiliencia como el apoyo social pueden considerarse variables asociadas a menor sintomatología postraumática.

Sin embargo, los resultados de este estudio muestran que existe una jerarquía entre ambos constructos. El apoyo social tiene una asociación de mayor magnitud (ρ = -.466) con la reducción de los síntomas postraumáticos que la resiliencia (ρ = -.244). Por lo tanto, podemos decir que en la población afectada por la DANA de Valencia, el apoyo social, los recursos comunitarios y la red de apoyo, han sido más relevantes en la recuperación que la resiliencia individual.

Aunque exista una jerarquía entre apoyo social y resiliencia, los resultados nos muestran que estos no operan de forma aislada. Existe una correlación positiva entre ambos constructos (ρ = .261). Los participantes que puntuaron alto en resiliencia también tendieron a reportar niveles más altos en la escala de apoyo social percibido. Debido al tipo de diseño empleado, no podemos atribuir una causalidad ni determinar la dirección de la relación, sí podemos decir que ambos constructos se retroalimentan y potencian mutuamente, facilitando una recuperación desde los recursos personales y los vínculos sociales. Tal y como señalan Yang & Bae (2022), contar con apoyos sociales potencia los recursos adaptativos individuales y una mayor resiliencia facilita el aprovechamiento de los apoyos comunitarios disponibles.

En esta línea, podemos decir que en el contexto de la DANA de Valencia los resultados son compatibles con la relevancia del apoyo social y comunitario como motor protector ante sintomatología TEPT.

Los resultados obtenidos tras 18 meses de la catástrofe evidencian el malestar persistente en la población encuestada. Ante este hecho, resulta necesario mantener los recursos de atención psicológica y social más allá de la fase de emergencia. El papel crítico del apoyo social, destaca la importancia de fortalecer el tejido comunitario y las redes de apoyo social para facilitar la cohesión, mitigar la sensación de aislamiento y facilitar el duelo comunitario.

En conclusión, este estudio aporta en premisa datos específicos actuales sobre la DANA de Valencia apuntando a la posible persistencia del malestar postraumático en una parte de la muestra tras casi año y medio desde la inundación. Estos datos arrojan luz ante el vacío científico existente ante este acontecimiento histórico donde todavía no se han publicado artículos sobre la salud mental de las personas afectadas.

En este primer análisis se concluye que el bienestar del sujeto es inseparable del entorno. La recuperación puede entenderse como un proceso en el que interactúan la resiliencia individual y el apoyo comunitario, siendo el apoyo social percibido una de las variables con mayor respaldo empírico y con una asociación más intensa con la sintomatología postraumática.

8.1. Limitaciones

El presente estudio presenta numerosas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, complementado con difusión por bola de nieve. A pesar de que este procedimiento facilitó el acceso a población afectada por la DANA, el tamaño de la muestra es reducido (n=76) y no incluye respuestas de todos municipios afectados, lo cual limita la representatividad de la muestra y la posibilidad de generalizar los resultados a toda la población afectada. La distribución de la muestra en cuanto a género y nivel educativo puede no reflejar de forma exacta la composición de toda la población afectada.

En segundo lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Por tanto, aunque se observaron asociaciones significativas entre resiliencia psicológica, apoyo social percibido y sintomatología postraumática, no puede afirmarse que estos recursos reduzcan directamente la sintomatología postraumática. También es posible que las personas con mayor sintomatología postraumática perciban menor apoyo disponible o tengan más dificultades para hacer uso de sus recursos personales y sociales.

Un factor importante para la realización del presente estudio fue la limitación temporal del mismo, al enmarcarse como un trabajo de final de estudios, por este motivo, el grueso del estudio se realizó en pocos meses y la recogida de datos se llevó a cabo entre el 20 de abril y el 8 de mayo de 2026.

Además, se encontraron dificultades a nivel de recursos materiales y económicos, por el mismo motivo que la limitación anterior. En este caso, estos recursos fueron aportados de forma directa por las personas responsables del estudio para la impresión de carteles o los desplazamientos a las zonas afectadas.

Otra limitación relevante es el uso exclusivo de instrumentos de autoinforme. Aunque las escalas utilizadas son adecuadas para los objetivos del estudio, las respuestas pueden estar influidas por sesgos de memoria, deseabilidad social o interpretación subjetiva de los ítems. Además, la PCL-5 permite detectar sintomatología compatible con TEPT, pero no sustituye a una entrevista clínica estructurada ni permite establecer un diagnóstico clínico definitivo.

Asimismo, la recogida de datos se realizó mediante un cuestionario online, lo que pudo excluir a personas con menor acceso digital, menor familiaridad con herramientas tecnológicas, mayor malestar psicológico o dificultades para completar cuestionarios online. Este procedimiento también puede haber favorecido la participación de personas especialmente sensibilizadas con el tema o con mayor motivación para expresar su experiencia, lo que debe tenerse en cuenta al interpretar la prevalencia observada.

Aunque se recogieron distintas formas de exposición y afectación por la DANA, el estudio no profundizó en la intensidad, duración o acumulación de los estresores secundarios posteriores al desastre. Estos elementos podrían ser relevantes para comprender mejor la evolución de la sintomatología postraumática y su relación con los recursos personales y sociales analizados.

Durante la difusión del estudio se reportaron situaciones en las que personas muy afectadas por la situación catastrófica y las consecuencias de la misma, han rechazado la participación en el estudio por el malestar asociado a los recuerdos, que se activan durante la aplicación de los instrumentos de autoinforme. Estas negativas a participar pueden entenderse como una limitación en la capacidad de recoger datos reales de la muestra. Esta limitación sugiere que parte de la población con niveles altos de sintomatología compatible con TEPT no ha participado en el estudio, lo cual genera duda sobre si los resultados obtenidos pudieran presentar un sesgo a la baja.

El estudio realizado no abordó la comorbilidad con otros trastornos psicológicos, discapacidades, situaciones sociales y otros factores que pudieron dificultar la llegada del estudio o la recogida de datos de la población más vulnerable. De la misma forma, se entiende que la población más vulnerable puede tener incluso más posibilidades de desarrollar la sintomatología, por lo que el sesgo a la hora de analizar la prevalencia de sintomatología compatible con TEPT podría ser también a la baja.

Finalmente, no se estudió el acceso de los participantes a las diferentes redes de apoyo psicológico, social, económico o sanitario, entendidas tanto a nivel comunitario como institucional. Sabemos que es un factor relevante tanto para la amortiguación del impacto del desastre en los primeros momentos como la recuperación tras el mismo, por lo que la falta de estudio de estos factores también se consideró una limitación para el presente estudio.

8.2. Prospectiva

Futuros estudios podrían abordar estas limitaciones ampliando el tamaño de la muestra e incluir una representación equitativa de hombres para obtener un muestreo más representativo que refleje una imagen más precisa del impacto psicológico de la DANA en la población adulta afectada. En esta línea, sería recomendable incorporar diseños longitudinales que permitieran analizar la evolución de la sintomatología postraumática a lo largo del tiempo y diferenciar trayectorias de recuperación, cronificación o aparición tardía de síntomas.

De cara a obtener un mayor rigor científico sería interesante complementar los instrumentos de autoinforme con entrevistas clínicas estructuradas o semiestructuradas, especialmente en aquellos casos que superen puntos de corte de cribado para TEPT. Esto permitiría distinguir con mayor precisión entre sintomatología compatible y diagnóstico clínico, así como valorar la presencia de comorbilidad con ansiedad, depresión u otros problemas de salud mental.

También sería conveniente analizar con mayor profundidad los distintos perfiles de exposición y afectación por la DANA. Por ejemplo, futuras investigaciones podrían comparar a personas que sufrieron daños materiales, pérdidas humanas, necesidad de evacuación, afectación laboral o económica, o interrupción prolongada de la vida cotidiana. Este tipo de análisis permitiría identificar qué formas de afectación se asocian con mayor riesgo psicológico y qué necesidades específicas presenta cada grupo.

Además, los resultados obtenidos sugieren la conveniencia de seguir estudiando el papel conjunto de la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido en la recuperación tras el desastre. Futuros trabajos podrían diferenciar entre apoyo familiar, apoyo de amistades, apoyo comunitario, apoyo institucional y apoyo profesional, con el objetivo de comprender qué fuentes de apoyo resultan más relevantes en distintos momentos del proceso de recuperación. También, sería útil analizar si el apoyo social percibido actúa como un recurso asociado al desarrollo o mantenimiento de la resiliencia en contextos posteriores a desastres naturales.

También sería útil incorporar variables relacionadas con los estresores secundarios, la confianza institucional, el acceso a recursos de ayuda, el apoyo psicológico recibido y la participación en redes comunitarias. Estas variables permitirían comprender de forma más

completa el impacto psicológico de la DANA y orientar estrategias de prevención e intervención más ajustadas a las necesidades reales de la población afectada.

En esta misma línea, resulta especialmente relevante la puesta en marcha, por parte del Ministerio de Sanidad, de un estudio longitudinal de vigilancia epidemiológica de tres años dirigido a evaluar el impacto de la DANA en la salud mental de la población afectada, con especial atención a la evolución de la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático. Esta iniciativa institucional refuerza la necesidad de abordar las consecuencias psicológicas de la catástrofe desde una perspectiva temporal amplia, ya que el malestar psicológico asociado a desastres naturales puede mantenerse, modificarse o aparecer de forma diferida en los meses y años posteriores. Además, la existencia de este estudio pone de manifiesto la relevancia sanitaria y social del problema analizado en el presente trabajo, así como la necesidad de disponer de datos que orienten la planificación de recursos asistenciales, estrategias preventivas e intervenciones comunitarias ajustadas a las necesidades reales de la población afectada (Ministerio de Sanidad, 2026).

Desde esta perspectiva, los resultados del presente estudio pueden entenderse como una aproximación inicial y complementaria a líneas de investigación más amplias. Aunque sus limitaciones metodológicas impiden generalizar los hallazgos al conjunto de la población afectada, el estudio aporta información relevante sobre la presencia de sintomatología compatible con TEPT y su relación con variables protectoras como la resiliencia psicológica y el apoyo social percibido. Por ello, futuras investigaciones deberían continuar integrando estos factores personales, sociales, comunitarios e institucionales, con el objetivo de comprender no solamente la prevalencia del malestar psicológico tras la DANA, sino también los procesos que favorecen la recuperación, la cronificación o la aparición tardía de sintomatología postraumática.

Referencias bibliográficas

Agencia Estatal de Meteorología. (2024). *Informe del episodio de DANA del 29 de octubre de 2024.* https://www.aemet.es/documentos/es/conocermas/recursos_en_linea/publicaciones_y_estudios/estudios/informe_episodio_dana_29_oct_2024_.pdf

Alarcón, R. D., y Cohen, R. (2017). Desastres naturales y salud mental. *Diagnóstico*, *56*(3), 139–150. https://doi.org/10.33734/diagnostico.v56i3.108

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Arechabala, M. C., y Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería,* *8*(1), 49–55. https://doi.org/10.4067/S0717-95532002000100007

Bakic, H., y Ajdukovic, D. (2021). Resilience after natural disasters: The process of harnessing resources in communities differentially exposed to a flood. *European Journal of Psychotraumatology,* *12*(1), Artículo 1891733. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1891733

Bettucci, M., Jones, G., Kraser, P., Solodovsky, M., Daverio, R., y Ceberio, M. R. (2026). Estrés postraumático y resiliencia en Bahía Blanca tras la inundación del 2025. *Revista Iberoamericana ConCiencia*, *11*(1), 1–21. https://doi.org/10.70298/ConCiencia.11-1.e0378

Blanco, V., Guisande, M. A., Sánchez, M. T., Otero, P., y Vázquez, F. L. (2019). Spanish validation of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10) with non-professional caregivers. *Aging & Mental Health,* *23*(2), 183–188. https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1399340

Bonanno, G. A., Chen, S., Bagrodia, R., y Galatzer-Levy, I. R. (2024). Resilience and disaster: Flexible adaptation in the face of uncertain threat. *Annual Review of Psychology, 75*, 573–599. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-011123-024224

Calderón, C., Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U., Gómez-Sánchez, D., Fernández-Montes, A., Palacín-Lois, M., Antoñanzas-Basa, M., Rogado, J., Manzano-Fernández, A., Ferreira, E., Asensio-Martínez, E., y Jiménez-Fonseca, P. (2021). Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) in cancer patients: Psychometric properties and measurement invariance. *Psicothema*, *33*(1), 131–138. https://doi.org/10.7334/psicothema2020.263

Campbell-Sills, L., y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 1019–1028. https://doi.org/10.1002/jts.20271

Cherry, K. E., Miller, L. R., Bordes, P. J., Calamia, M. R., Elliott, E. M., Sampson, L., y Galea, S. (2023). Longitudinal assessment of mental health after a flood: roles of social support, hope, recovery stressors, and prior lifetime trauma. *Aging & Mental Health, 27*(12), 2446–2456. https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2191927

Chen, L., y Liu, A. (2015). The incidence of posttraumatic stress disorder after floods: A meta-analysis. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 9*(3), 329–333. https://doi.org/10.1017/dmp.2015.17

Connor, K. M., y Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Dai, W., Chen, L., Tan, H., Wang, J., Lai, Z., Kaminga, A. C., Li, Y., y Liu, A. (2016). Association between social support and recovery from post-traumatic stress disorder after flood: A 13–14 year follow-up study in Hunan, China. *BMC Public Health, 16,* Artículo 194. https://doi.org/10.1186/s12889-016-2871-x

Dao-Tran, T., Nguyen, Q., Gurung, A., Balasooriya, N. N., Nguyen, D., Nguyen, H., Keramat, S. A., y Phung, D. (2025). The impact of natural disasters on adult mental health: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Research in Nursing & Health.* https://doi.org/10.1002/nur.70041

Delforge, D., Wathelet, V., Below, R., Sofia, C. L., Tonnelier, M., van Loenhout, J. A. F., y Speybroeck, N. (2025). EM-DAT: The emergency events database. *International Journal of Disaster Risk Reduction, 124*, Artículo 105509. https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2025.105509

Díez-Herrero, A., García Peirotén, E., Martín Moreno, C., Sacristán Arroyo, N., y Vicente Rodado, M. F. (2021). *A todo riesgo: Convivir con los desastres geológicos cotidianos en Segovia.* Instituto Geológico y Minero de España. https://web.igme.es/Publicaciones/publiFree/ATODORIESGO.pdf

Drageset, J. (2021). Social support. En G. Haugan y M. Eriksson (Eds.), *Health promotion in health care: Vital theories and research* (pp. 137–148). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_11

Fernandez, A., Black, J., Jones, M., Wilson, L., Salvador-Carulla, L., Astell-Burt, T., y Black, D. (2015). Flooding and mental health: A systematic mapping review. *PLOS ONE, 10*(4), Artículo e0119929. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119929

First, J. M. (2024). Post-traumatic stress and depression following disaster: Examining the mediating role of disaster resilience. *Frontiers in Public Health, 12*, Artículo 1272909. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1272909

Forkus, S. R., Raudales, A. M., Rafiuddin, H. S., Weiss, N. H., Messman, B. A., y Contractor, A. A. (2023). The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist for DSM-5: A systematic review of existing psychometric evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice, 30*(1), 110–121. https://doi.org/10.1037/cps0000111

Gobierno de España. (2025, 11 de julio). *Datos de seguimiento de actuaciones del Gobierno por la DANA*. La Moncloa. https://www.lamoncloa.gob.es/info-dana/paginas/2025/110725-datos-seguimiento-actuaciones-gobierno.aspx

Golitaleb, M., Mazaheri, E., Bonyadi, M., y Sahebi, A. (2022). Prevalence of post-traumatic stress disorder after flood: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 13*, Artículo 890671. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.890671

Haghish, E. F., Sahuquillo, J., Radoi, A., Pomposo, I., y Lozano, G. C. (2024). Validating the Spanish translation of the posttraumatic stress disorder checklist (PCL-5) in a sample of individuals with traumatic brain injury. *Frontiers in Psychology, 15*, Artículo 1216435. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1216435

Landeta, O., y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés, 8*(2–3), 173–182. https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2002/anyes2002a13.pdf

Marqués, M. J., Sánchez, A., y Adam, T. (2025). Catástrofes y salud mental: A propósito de la DANA en Valencia. *Norte de Salud Mental, 20*(72), 7–10. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10083574

Ministerio de Sanidad. (2026, 29 de enero). *Sanidad pone en marcha un estudio pionero de tres años para evaluar el impacto en la salud mental tras la DANA*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6836

Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., y Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes, 9*, Artículo 63. https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-63

Organización Meteorológica Mundial. (2021, 23 de agosto). *Los fenómenos peligrosos relacionados con el agua son los grandes causantes de los desastres de los últimos 50 años*. https://wmo.int/es/news/media-centre/los-fenomenos-peligrosos-relacionados-con-el-agua-son-los-grandes-causantes-de-los-desastres-de-los

Real Decreto-ley 12/2025, de 28 de octubre, por el que se adoptan medidas urgentes de reactivación, refuerzo y prevención en el marco del Plan de respuesta inmediata, reconstrucción y relanzamiento frente a los daños causados por la Depresión Aislada en Niveles Altos (DANA) en diferentes municipios entre el 28 de octubre y el 4 de noviembre de 2024. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 260, de 29 de octubre de 2025. https://www.boe.es/eli/es/rdl/2025/10/28/12

Rodríguez, L. (2025). La comunidad como motor de resiliencia y transformación: El caso de la DANA en Valencia. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación, 25*, 63–86. https://doi.org/10.37382/INDIVISA.VI25.104

Ruiz Jiménez, M. T., Saiz Galdós, J., Montero Arredondo, M. T., y Navarro Bayón, D. (2017). Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37*(132), 415–437. https://doi.org/10.4321/s0211-57352017000200006

Sakuma, A., Ueda, I., Shoji, W., Tomita, H., Matsuoka, H., y Matsumoto, K. (2020). Trajectories for post-traumatic stress disorder symptoms among local disaster recovery workers following the Great East Japan Earthquake: Group-based trajectory modeling. *Journal of Affective Disorders, 274*, 742–751. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.152

Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M., y Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Enfermería Clínica, 23*(1), 14–21. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.11.006

The jamovi project. (2025). *jamovi* (versión 2.6.44) [Software]. https://www.jamovi.org

United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2017). *The Sendai Framework terminology on disaster risk reduction: Disaster*. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de https://www.undrr.org/terminology/disaster

U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (2025). *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp

Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., y Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review, 85*, Artículo 101998. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., y Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5).* National Center for PTSD. https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp

World Health Organization. (2024, 27 de mayo). *Post-traumatic stress disorder*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder

World Health Organization. (2025, 6 de mayo). *Mental health in emergencies.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies

World Meteorological Organization. (s. f.). *Floods*. https://wmo.int/topics/floods

Yakubu, S., Mousavi, S., Palade, V., Eden, J., Kabajulizi, J., Salari, N., Hosseinian-Far, A., Al Ali, H., y Daneshkhah, A. (2026). Flooding and the risk of PTSD, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Environmental Research, 296*, Artículo 124063. https://doi.org/10.1016/j.envres.2026.124063

Yang, Y., y Bae, S. (2022). Association between resilience, social support, and institutional trust and post-traumatic stress disorder after natural disasters. *Archives of Psychiatric Nursing, 37*, 39–44. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.01.001

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., y Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Anexo A. Cuestionario de la investigación: Impacto de la DANA: estrés postraumático, resiliencia y apoyo social percibido.

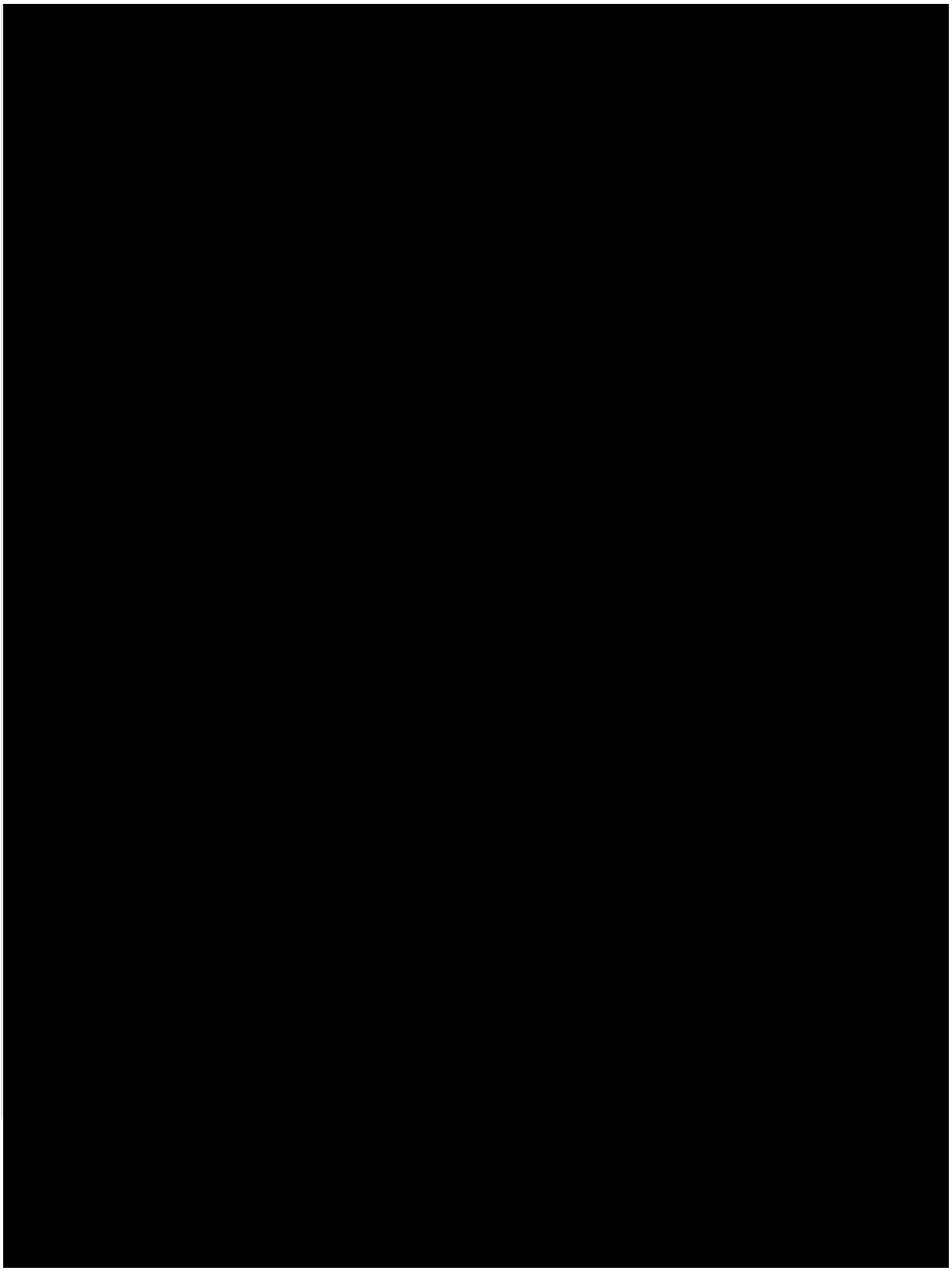
Acceso al cuestionario a través del siguiente enlace:

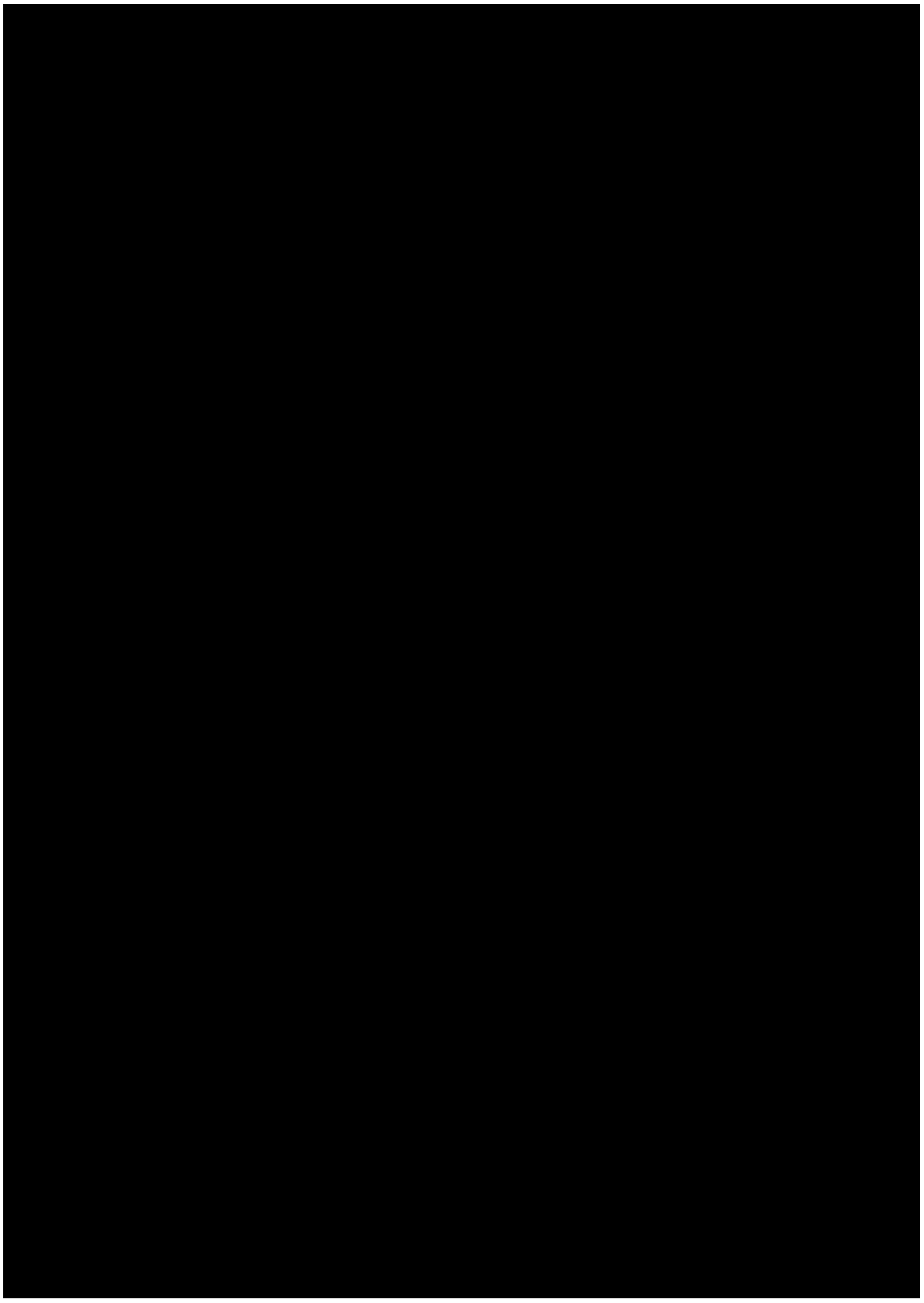
https://docs.google.com/forms/d/1onkTmbxtBppxb25ETPriOIsB-yloH54IGLMbnYYmbgg/preview

Anexo B. Cartel de difusión encuesta DANA

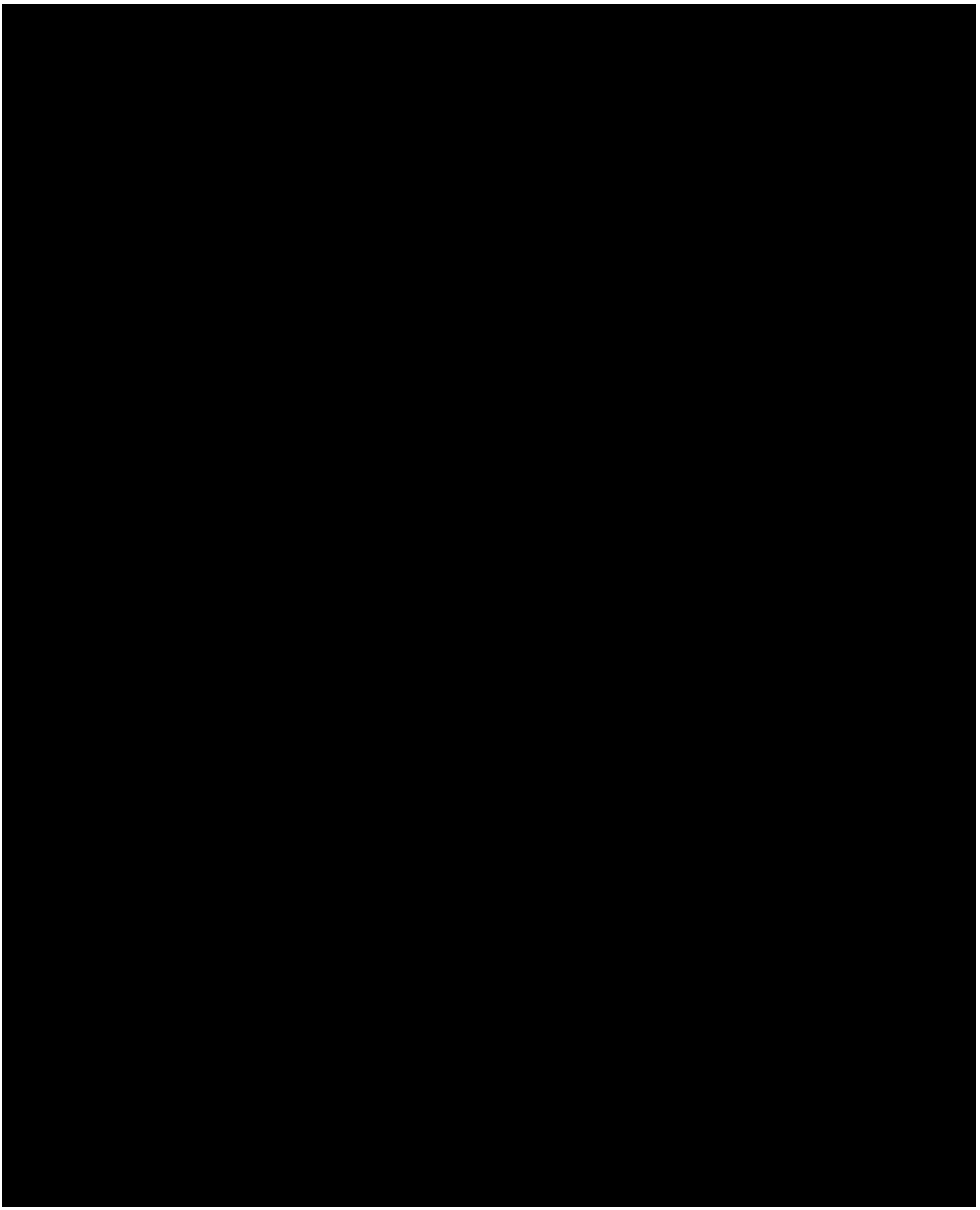


Anexo C. Consentimiento informado





Anexo D. Informe favorable de la comisión de investigación de TFM



Anexo E. Tabla de Municipios donde se produjeron los daños

Municipios donde se produjeron los daños

Municipio	n	%
Paiporta	17	22.4
Aldaia	14	18.4
Benetússer	13	17.1
Sedaví	10	13.2
Catarroja	9	11.8
Picanya	6	7.9
Torrent	5	6.6
Alaquàs	3	3.9
Alfafar	3	3.9
Massanassa	2	2.6
Llocnou de la Corona	2	2.6
L'Alcúdia	2	2.6

Beniparrell	2	2.6
Utiel	2	2.6
Riba-roja de Túria	2	2.6
Sueca	1	1.3
Silla	1	1.3
Alcàsser	1	1.3
Picassent	1	1.3
Pedralba	1	1.3
Requena	1	1.3
Montserrat	1	1.3
Godelleta	1	1.3
Gestalgar	1	1.3
València - Pedanías Sur: Faitanar, La Torre, Forn d'Alcedo, Castellar-Oliveral, Pinedo, El Saler, El Perellonet y El Palmar	1	1.3
Almussafes	1	1.3
Chiva	1	1.3

Loriguilla - solo núcleo urbano junto A3	1	1.3

Nota. n = 76. Las categorías de exposición y afectación no fueron excluyentes. Una misma persona podía seleccionar más de una opción.