MINISTERIO DE SANIDAD

SEDANA-SM

GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanitat

Estudio

SEDANA-SM

Seguimiento epidemiológico de la salud mental en la zona DANA

Primera fase de recogida de datos

Informe breve

Grupo de Coordinación Científico Técnica

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad: Enrique Gutiérrez González, Vanessa Pachón Olmos, María Dolores Perea Aceituno, Pilar Soler Crespo, María José Sierra Moros.

Subdirección General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental. Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana: Francesc Botella Quijal, Susana Castán Cameo, Aurora López Maside, Ana Boned Ombuena.

Comisionado de Salud Mental. Ministerio de Sanidad: Carlos Zurita Zarco, Francisco González Aguado.

Dirección General de Atención a las Víctimas y los Afectados. Comisionado para la Recuperación. Conselleria de Medio Ambiente, Infraestructuras, Territorio y de la Recuperación: Isabel Herrera Rivas.

Dirección General de Salud Mental y Adicciones. Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana: Mª José Alós.

Dirección Científica del Área de Epidemiología y Salud Pública. Centro de Investigación Biomédica en Red. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades: Fernando Rodríguez Artalejo.

Grupo de Análisis Estadístico

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad: Purificación Hernández López, Sara Pérez Martínez, Patricia Santágueda Balader (TRAGSATEC), Daniel Mínguez Lerma.

Subdirección General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental. Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana: Paloma Botella Rocamora, Mariano Julián Rochina.

Realización de entrevistas (trabajo de campo)

Ideara S.L.

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que, generosamente, dedicaron su tiempo a participar en el estudio y a compartir sus experiencias para ayudar a comprender mejor las consecuencias de esta catástrofe y aprender a afrontar situaciones similares en el futuro. Sus voces, y también la memoria de quienes ya no pueden compartir la suya, han sido fundamentales para este trabajo.

Contenido

1 Resumen ejecutivo 7

2 Introducción 9

3 Objetivos 10

4 Metodología 10

4.1 Diseño del estudio y población de estudio 10

4.2 Muestreo y trabajo de campo 11

4.3 Variables e instrumentos 11

4.4 Nivel de afectación por la DANA 12

4.5 Análisis estadístico 13

5 Resultados 14

5.1 Perfil de las personas encuestadas 14

5.1.1 Características generales 14

5.1.2 Variables que definen el nivel de afectación individual por la DANA 17

5.2 Calidad de vida relacionada con la salud y salud mental 20

5.2.1 Calidad de vida relacionada con la salud 20

5.2.2 Malestar psicológico 26

5.2.3 Estrés postraumático 32

6 Discusión y conclusiones 38

7 Referencias bibliográficas 41

1 Resumen ejecutivo

La DANA del 29 de octubre de 2024 provocó graves consecuencias personales, materiales y económicas en la Comunitat Valenciana. Para conocer la situación de salud mental de la población afectada y su evolución, la Conselleria de Sanitat y el Ministerio de Sanidad, con el apoyo del Área de Epidemiología y Salud Pública del Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), pusieron en marcha el estudio de seguimiento epidemiológico de la salud mental en la zona DANA (SEDANA-SM).

Entre febrero y abril de 2026, aproximadamente de 15 a 18 meses después de la catástrofe, se realizaron 7.496 entrevistas: 6.180 a personas adultas, 1.024 a menores de 6 a 14 años y 292 a menores de 15 a 17 años. Entre las personas adultas, el 24,8 % había perdido a alguna persona cercana, el 32,7 % sufrió daños en su vivienda principal y el 36,0 % declaró un impacto económico moderado o grave. Entre las personas menores destacaron las dificultades para acceder a los centros educativos, que afectaron aproximadamente a dos de cada tres.

De los tres indicadores estudiados en las personas adultas, la prevalencia de malestar psicológico fue del 49,0 %, la de probable trastorno de estrés postraumático del 15,7 % y en un 6,3% de las personas adultas se objetivó un nivel subóptimo de calidad de vida relacionada con la salud (incluyendo nivel pésimo, malo o aceptable). En las personas menores de 6 a 14 años, las prevalencias de dificultades emocionales y conductuales, síntomas de estrés postraumático y calidad de vida relacionada con la salud subóptima fueron del 25,5 %, 22,2 % y 21,5 %, respectivamente. En las personas menores de 15 a 17 años, las cifras correspondientes fueron del 39,1 %, 20,5 % y 37,1 % respectivamente. En las personas adultas, los tres indicadores presentaron prevalencias más elevadas en las mujeres que en los hombres, especialmente el malestar psicológico (55,8 % frente al 41,9 %).

El mayor nivel de afectación por la DANA se asoció de manera independiente, especialmente, con los síntomas de estrés postraumático en los tres grupos de edad. Por otra parte, las dificultades económicas para llegar a fin de mes se asociaron, también de forma independiente, con peores resultados de salud mental y calidad de vida relacionada con la salud, sobre todo en población adulta. Asimismo, también se asociaron con dificultades emocionales y conductuales y síntomas de estrés postraumático en los menores de 6 a 14 años. Por otro lado, en las personas adultas, el bajo apoyo social percibido y el sexo femenino se asociaron con peores resultados

en los tres indicadores estudiados. Finalmente, los antecedentes de problemas de salud mental se asociaron de forma independiente con peores resultados en los tres indicadores y en todos los grupos de edad.

Los resultados de esta primera fase describen la situación de salud mental de la población estudiada en el momento de la medición, más de un año después de la DANA. Estos resultados respaldan la importancia de garantizar los recursos de atención a la salud mental en las zonas afectadas y de orientarlos hacia los grupos de mayor riesgo. Las siguientes fases del estudio permitirán analizar la evolución de los indicadores y la persistencia o recuperación de las desigualdades observadas.

2 Introducción

El 29 de octubre de 2024 una depresión aislada en niveles altos (DANA) afectó gravemente al este y sur de la Península Ibérica, con especial intensidad a la Comunitat Valenciana. Este episodio provocó 233 fallecimientos en esta comunidad autónoma, además de importantes daños materiales, económicos y sociales que alteraron significativamente las condiciones de vida de la población afectada.

La evidencia científica internacional muestra que las inundaciones pueden tener consecuencias persistentes sobre la salud mental. El *English National Cohort Study of Flooding and Health* identificó una mayor frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático (TEPT) entre las personas afectadas, con efectos todavía detectables a los dos y tres años de la inundación (1,2). La magnitud de estos problemas se relaciona con la intensidad de la exposición, los daños materiales y económicos, los desplazamientos del domicilio y las dificultades posteriores de recuperación (3,4). Asimismo, el apoyo social se ha identificado como un factor relacionado con una mejor recuperación a largo plazo (5). Estos hallazgos son consistentes con una reciente revisión que destaca la importancia del seguimiento de la salud mental a medio y largo plazo tras las inundaciones (6).

Los estudios realizados tras las inundaciones de 2021 en el valle del Ahr (Alemania) identificaron que alrededor del 28 % de las personas afectadas presentaban síntomas compatibles con TEPT aproximadamente un año después de la catástrofe, así como una mayor afectación de la calidad de vida entre las personas más expuestas (7,8). Otro estudio basado en registros sanitarios observó un incremento de episodios asistenciales asociados a determinados diagnósticos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento en las zonas afectadas (9).

En la Comunitat Valenciana, la vigilancia epidemiológica realizada durante el año posterior a la DANA mostró un incremento inicial de los casos nuevos y de las consultas por problemas de salud mental en las zonas afectadas, seguido de una reducción progresiva, aunque con diferencias entre las zonas de salud analizadas (10).

Ante la magnitud de los daños ocasionados por la DANA y la importancia de evaluar sus consecuencias sobre la salud mental de la población afectada a medio y largo

plazo, la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana y el Ministerio de Sanidad pusieron en marcha el estudio de seguimiento epidemiológico de la salud mental en la zona DANA (SEDANA-SM), un estudio poblacional, que se desarrollará a lo largo de tres años, destinado a evaluar la evolución de la salud mental de las personas afectadas.

Este informe presenta los principales resultados de la primera fase del estudio, realizada entre febrero y abril de 2026, que constituye la medición basal del estudio (el informe completo se puede consultar en este enlace).

3 Objetivos

El objetivo general del estudio es evaluar el impacto a medio y largo plazo de la DANA sobre la salud mental de la población afectada.

Específicamente, se pretende estimar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la frecuencia de malestar psicológico y síntomas compatibles con TEPT; analizar su distribución según el nivel de afectación por la DANA; identificar factores sociodemográficos, antecedentes de problemas de salud mental y factores relacionados con la inundación asociados a estos indicadores; y evaluar su evolución mediante el seguimiento longitudinal de los participantes en el estudio.

4 Metodología

4.1 Diseño del estudio y población de estudio

SEDANA-SM es un estudio de cohorte prospectiva que contempla tres fases de recogida de información, la primera realizada entre febrero y abril de 2026 y las siguientes, previstas uno y dos años después de esta primera fase. La población de referencia estuvo constituida por personas de seis o más años residentes el 29 de octubre del 2024 en 46 municipios y cuatro pedanías de la ciudad de Valencia afectados por la DANA.

4.2 Muestreo y trabajo de campo

El diseño del muestreo y la selección de la muestra se planificaron y ejecutaron conjuntamente por el Institut Valencià d'Estadística (IVE) y la Conselleria de Sanitat.

Se realizó un muestreo estratificado según la renta media y el grado de afectación por la DANA de las secciones censales, considerando también el sexo y la edad (11). Para determinar el grado de afectación territorial se utilizaron datos del Institut Cartogràfic Valencià sobre el porcentaje de superficie inundada y la altura media alcanzada por el agua (12).

La participación fue voluntaria, mediante invitación postal, y la información se recogió a través de entrevistas telefónicas o presenciales asistidas por ordenador. Se completaron 7.496 entrevistas: 6.180 a personas adultas, 1.024 a personas menores de 6 a 14 años y 292 a personas menores de 15 a 17 años. La tasa de participación de las personas adultas invitadas fue del 26,6 %.

4.3 Variables e instrumentos

Se recogió información sociodemográfica, socioeconómica y de salud, incluidos los antecedentes de problemas de salud mental, así como el apoyo social percibido (cuestionario Duke-UNC-11) (13,14), y la exposición a las consecuencias de la DANA. Para evaluar la salud mental y la CVRS se utilizaron cuestionarios validados, adaptados a los distintos grupos de edad (Tabla 1).

Tabla 1. *Cuestionarios de salud mental y calidad de vida relacionada con la salud*

Indicador	**Personas adultas**	**Menores de 6-14 años**	**Menores de 15-17 años**
Malestar psicológico/ Dificultades emocionales y conductuales	GHQ-12 (15)	SDQ (16)	GHQ-12 (15)
Síntomas compatibles con TEPT	PCL-5 (17,18)	CATS-2 (19,20)	CATS-2 (19,20)

Calidad de vida relacionada con la salud	EQ-5D-5L / EQ-VAS (21)	KIDSCREEN-10 (22,23)	KIDSCREEN-10 (22,23)

Para el análisis, el equipo investigador estableció dos categorías de CVRS: subóptima, que agrupó las valoraciones de pésima, mala y aceptable, y óptima, que incluyó las valoraciones de buena y excelente.

Los cuestionarios se utilizaron como instrumentos de cribado, permitiendo identificar síntomas y dificultades relacionadas con la salud mental a nivel poblacional, sin establecer diagnósticos clínicos individuales. Dado que los instrumentos de evaluación utilizados varían según el grupo de edad, las prevalencias de problemas de salud mental y CVRS obtenidas en la población adulta y en los menores de edad no son directamente comparables.

4.4 Nivel de afectación por la DANA

Se clasificó a las personas participantes en tres niveles de afectación individual (moderada, alta y muy alta), mediante un algoritmo jerárquico basado en las consecuencias personales, familiares, materiales y económicas de la inundación, tomando como referencia el estudio de la cohorte inglesa (24) (Figura 1). En las personas menores se consideró el nivel de afectación del adulto de referencia, incorporando determinadas experiencias individuales que podían modificar la clasificación del menor (Figura 2).

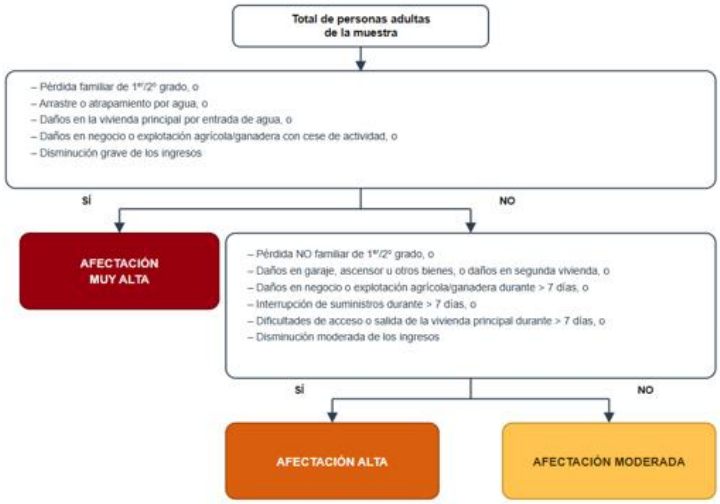


Figura 2. *Algoritmo para el cálculo de nivel de afectación por la DANA en población adulta*

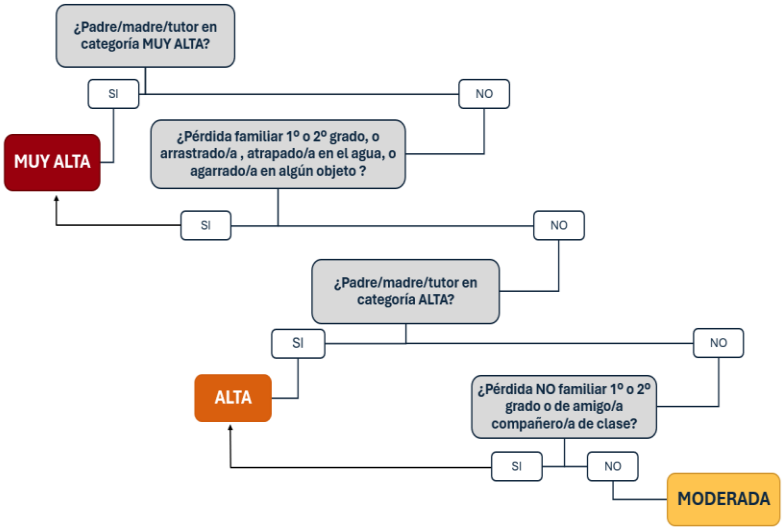


Figura 1. *Algoritmo para el cálculo de nivel de afectación por la DANA en población menor*

4.5 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la población participante mediante frecuencias y porcentajes observados en la muestra. Se estimaron las prevalencias de los principales indicadores de salud mental y CVRS, con intervalos de confianza al 95 %,

considerando el diseño muestral y los pesos individuales. Se utilizaron modelos de regresión logística para analizar la asociación de estos indicadores con las características sociodemográficas, socioeconómicas, los antecedentes de problemas de salud mental y el nivel de afectación por la DANA, estimando odds ratios (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95 %. En estos modelos multivariables se exploraron, además, las interacciones entre el nivel de afectación por la DANA y las variables socioeconómicas que mostraron asociaciones estadísticamente significativas, con el fin de evaluar si la asociación entre el nivel de afectación y los indicadores de salud mental variaba según la situación socioeconómica y los antecedentes de problemas de salud mental. Todos los modelos incorporaron como covariables las variables utilizadas en el diseño del muestreo, para controlar su posible influencia en las asociaciones estimadas.

El estudio contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO), a través del CEI de Salud Pública (CEI-SP), Comité Ético Externo del Biobanco IBSP-CV y Red Valenciana de Biobancos y se desarrolló garantizando el consentimiento informado de los participantes y la confidencialidad de los datos.

Los datos fueron tratados de forma confidencial y de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (25) y la legislación española vigente en materia de protección de datos personales (26).

5 Resultados

5.1 Perfil de las personas encuestadas

5.1.1 Características generales

En este periodo de recogida de información se realizaron 7.496 entrevistas, correspondientes a 6.180 personas adultas, 1.024 personas menores de 6 a 14 años y 292 personas menores de 15 a 17 años. Entre las personas adultas predominaron las mujeres (58,0 %), mientras que en ambos grupos de personas menores hubo una ligera mayoría de hombres (53,3 % y 52,4 %, respectivamente).

La mayoría de las personas encuestadas había nacido en España, con porcentajes superiores al 78 % en ambos sexos y en los tres grupos de edad. La clase social

ocupacional baja fue la más frecuente, especialmente entre las chicas de 15 a 17 años (61,9 % frente al 49,0 % de los chicos). En cuanto a la situación económica a final de mes, las mujeres adultas manifestaron más dificultades que los hombres (48,7 % frente al 42,0 %), al igual que las menores de 15 a 17 años (54,7 % frente al 40,5 %) (Figuras 3, 4 y 5). En relación con los antecedentes de problemas de salud mental, el 11,6 % de las personas adultas, el 5,1 % de los menores de 6 a 14 años y el 6,5 % de los menores de 15 a 17 años presentaban antecedentes.

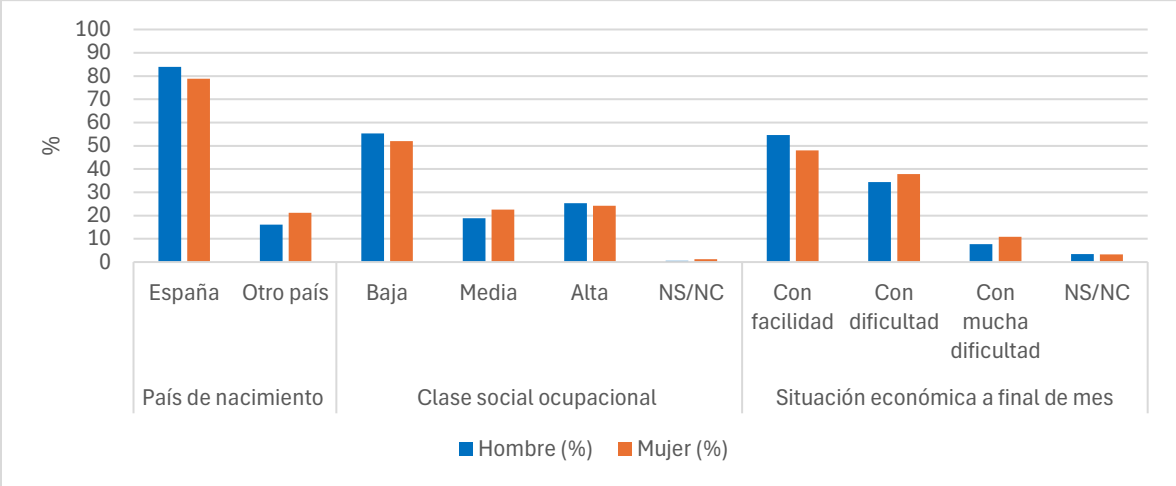


Figura 3. *Distribución de las características sociodemográficas y la situación económica según sexo en población adulta*

Nota: Los porcentajes se calculan sobre el total de personas de cada sexo y grupo de edad.

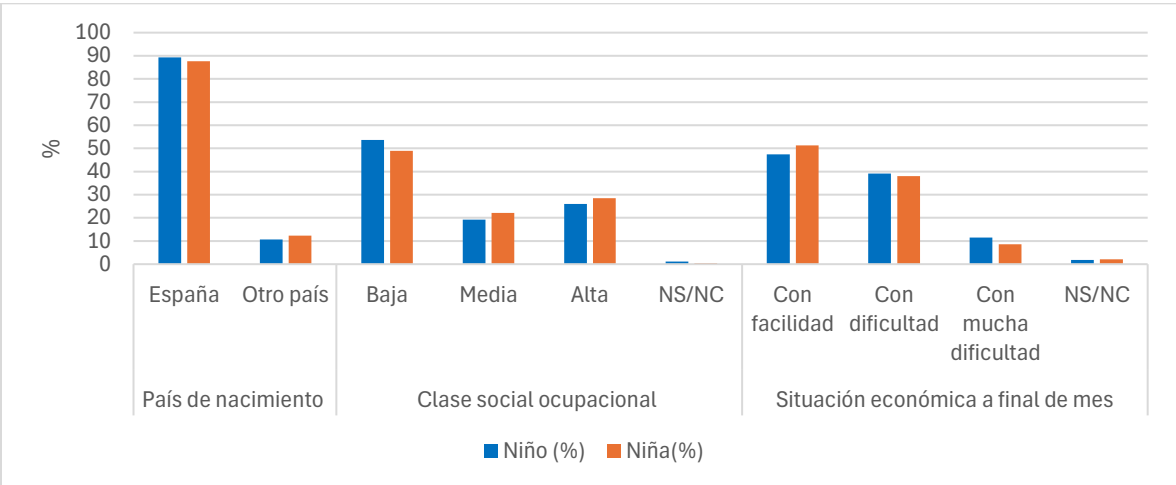


Figura 4. *Distribución de las características sociodemográficas y la situación económica según sexo en población menor 6-14 años*

Nota: La clase social ocupacional y la situación económica a final de mes de las personas menores de edad corresponde a la del adulto de referencia del hogar. Los porcentajes se calculan sobre el total de personas de cada sexo y grupo de edad.

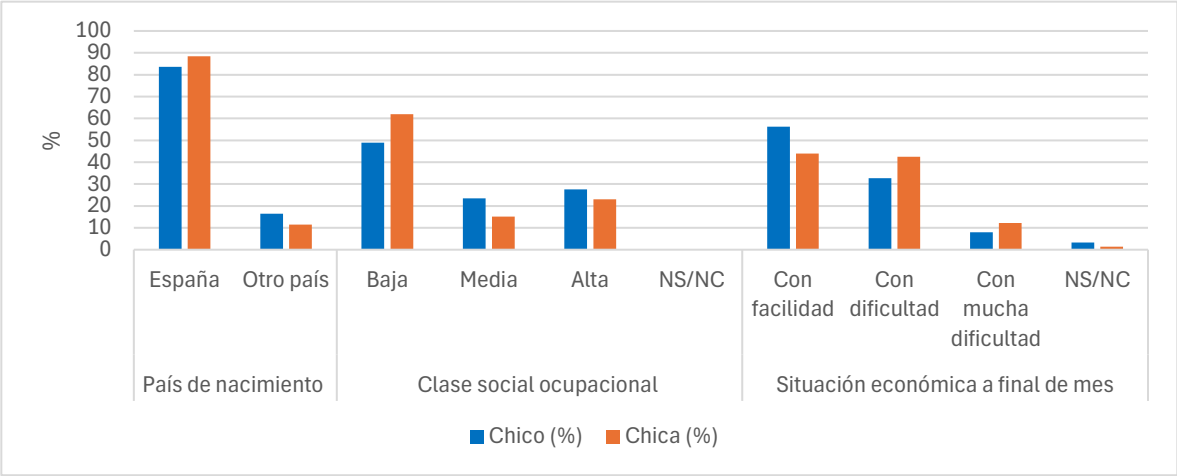


Figura 5. *Distribución de las características sociodemográficas y la situación económica según sexo en población menor 15-17 años*

Nota: La clase social ocupacional y la situación económica a final de mes de las personas menores de edad corresponde a la del adulto de referencia del hogar. Los porcentajes se calculan sobre el total de personas de cada sexo y grupo de edad.

En la figura 6 se muestra la distribución territorial de las entrevistas realizadas. Los municipios en los que se realizó un mayor número de entrevistas fueron Torrent (n=790), Alaquàs (n=405), Aldaia (n=398), Paiporta (n=382), Alfafar (n=352) y Mislata (n=345).

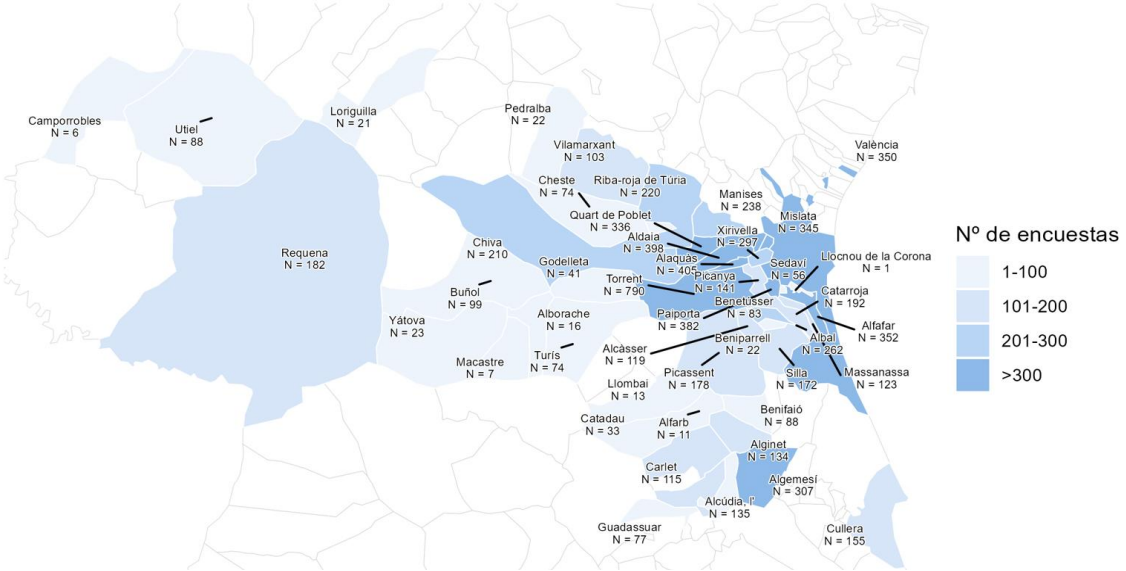


Figura 6. *Distribución de número de entrevistas realizadas por municipio*

5.1.2 Variables que definen el nivel de afectación individual por la DANA

En la población adulta, una de cada cuatro personas (24,8 %) sufrió la pérdida de alguna persona cercana y el 12,7 % fue arrastrada por el agua o quedó atrapada en ella. El 32,7 % declaró daños en su vivienda principal, que persistían en el momento de la entrevista en el 46,6 % de los casos, y el 10,8 % tuvo que abandonarla. Entre las consecuencias más frecuentes destacaron la interrupción del suministro eléctrico (68,8 %) y de agua potable (55,7 %), así como las dificultades de acceso al transporte público (58,3 %) y al trabajo (52,6 %). Además, el 36,0 % refirió un impacto económico moderado o grave (Tabla 2).

Tabla 2. *Principales variables de afectación por la DANA y sus consecuencias en población adulta*

Pérdidas personales (N=6.180)	
Sufrieron pérdidas personales cercanas	24,8 %
Situación de riesgo personal y exposición a la inundación (N=6.180)	
Fueron arrastrados/as, atrapado/as por el agua o estuvieron agarrados a algún objeto en el agua	12,7 %
Vivienda principal (N=6.180)	
Sufrieron daños en la vivienda principal	32,7 %
Sufrieron daños por entrada de agua en la vivienda	19,7 %
Tuvieron que abandonar la vivienda principal	10,8 %
Ascensor (N=3.316)	
Tuvieron daños en el ascensor	40,8 %
Garaje (N=3.654)	
Tuvieron inundación del garaje	46,5 %
Vehículo (N=5.752)	
Personas con vehículo afectado	38,5 %
Enseres personales (N=6.180)	
Personas con daños en enseres personales	33,4 %
Interrupción de suministros básicos	
Tuvieron interrupción de electricidad (N=6.180)	68,8 %
Tuvieron interrupción de agua potable (N=6.180)	55,7 %
Tuvieron interrupción de gas (N=3.302)	22,1 %
Tuvieron interrupción funcionamiento de desagües (N=6.115)	20,1 %
Accesibilidad y desplazamientos (N=6.180)	

Dificultades de acceso a vivienda principal	31,1 %
Dificultades de acceso trabajo	52,6 %
Dificultades de acceso al transporte público	58,3 %
Dificultades de acceso a supermercados	47,4 %
Actividad económica	
Sufrieron daños en negocio propio (N=1.935)	23,0 %
Sufrieron daños en explotación agrícola/ganadera propia (N=1.837)	24,4 %
Impacto económico tras la DANA	
Tuvieron un impacto económico moderado o grave	36,0 %

Nota: Los denominadores varían según la variable, ya que algunas preguntas se aplicaron únicamente a las personas a las que correspondían. Los porcentajes se calcularon sobre el número de respuestas válidas de cada variable.

En las personas menores, las principales consecuencias estuvieron relacionadas con la interrupción de la actividad educativa y los daños materiales. Aproximadamente dos de cada tres tuvieron dificultades para acceder a su centro educativo (68,2 % en el grupo de 6 a 14 años y 66,4 % en el de 15 a 17 años). Más de la mitad de los menores de 6 a 14 años (55,8 %) y casi la mitad de los de 15 a 17 años (47,9 %) sufrieron daños en sus enseres personales. La pérdida de alguna persona cercana afectó al 10,4 % y al 14,7 %, respectivamente, mientras que el 19,5 % y el 15,8 % estuvieron separados de sus familias (Tabla 3).

Tabla 3. *Principales variables de afectación por la DANA y sus consecuencias en población de personas menores*

	6-14 años (N=1.024)	**15-17 años (N=292)**
Pérdidas personales		
Sufrieron pérdidas personales cercanas	10,4 %	14,7 %
Situación de riesgo personal y exposición a la inundación		
Fueron arrastrados/as, atrapado/as por el agua o estuvieron agarrados a algún objeto en el agua	2,5 %	5,1 %
Enseres personales		
Personas con daños en enseres personales	55,8 %	47,9 %
Accesibilidad y desplazamientos		
Dificultades de acceso al centro educativo	68,2 %	66,4 %
Separado/a de su familia	19,5 %	15,8 %

En el momento de la entrevista, los sentimientos más frecuentes en la población adulta fueron la voluntad de seguir adelante (49,1 %), la incredulidad ante lo sucedido (46,1 %) y el enfado o la frustración (37,9 %). Entre las personas menores de edad predominó la incredulidad (33,7 %) en el grupo de 6 a 14 años y 33,6 % en el de 15 a 17 años), seguida de la voluntad de seguir adelante (31,5 % y 26,4 %, respectivamente). El enfado o la frustración y la tristeza o el sentimiento de estar abrumado fueron menos frecuentes en ambos grupos de menores que en la población adulta (Figura 7).

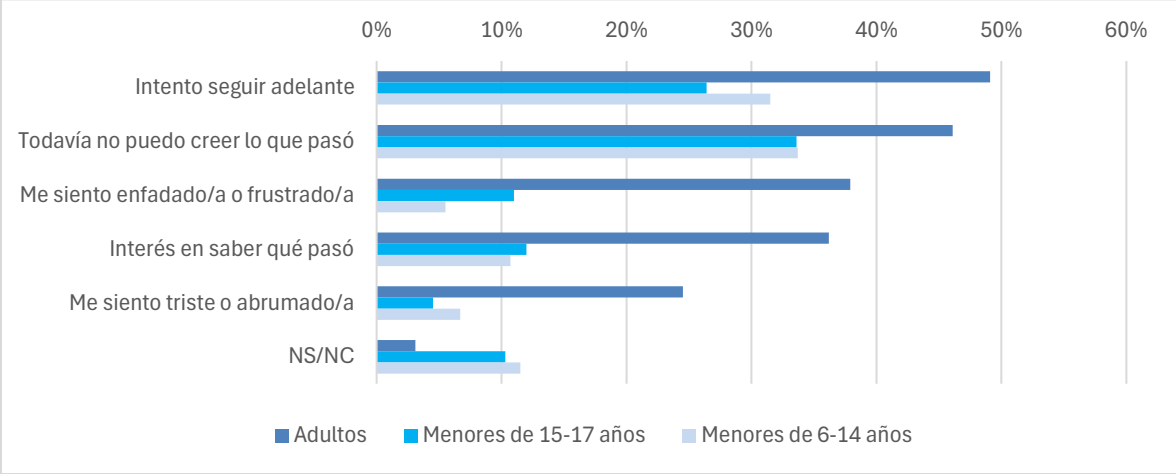


Figura 7. *Sentimientos declarados por las personas encuestadas en el momento de la entrevista (respuesta múltiple)*

La distribución del nivel de afectación individual por la DANA fue relativamente similar entre hombres y mujeres adultos, con una proporción de afectación muy alta del 35,8 % y el 32,5 %, respectivamente. En las personas menores de 6 a 14 años, la afectación muy alta fue del 33,2 % en niños y del 34,1 % en niñas, mientras que en el grupo de 15 a 17 años fue más frecuente en las niñas (39,6 %) que en los niños (30,7 %) (Figura 8).

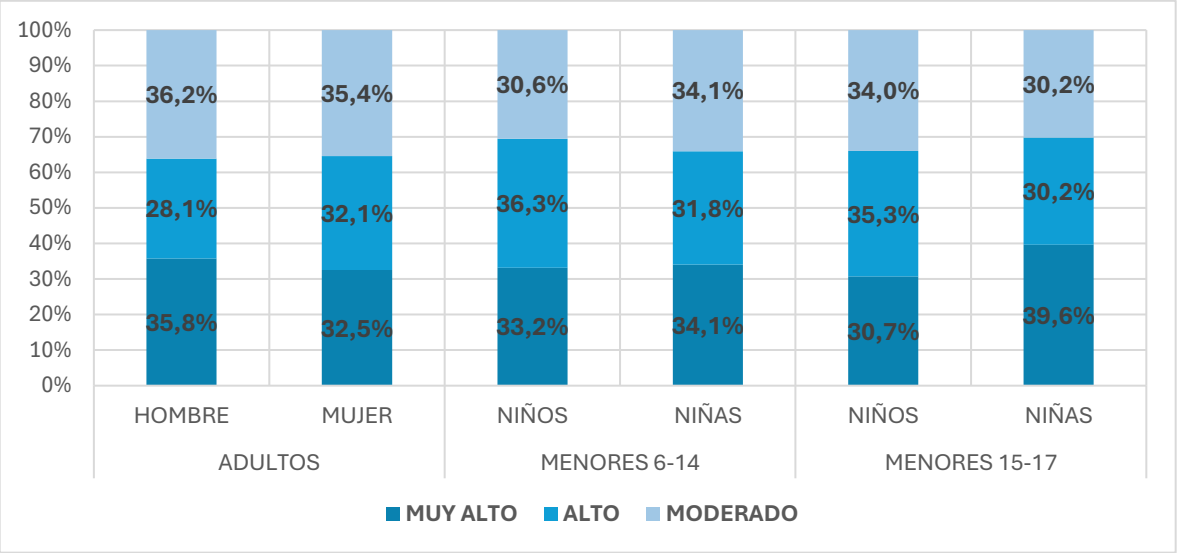


Figura 8. *Distribución del nivel de afectación individual por la DANA por grupo de edad y sexo*

5.2 Calidad de vida relacionada con la salud y salud mental

5.2.1 Calidad de vida relacionada con la salud

5.2.1.1 Personas adultas

La CVRS subóptima en personas adultas fue del 6,3 % (IC 95 %: 5,6-7,1 %). Esta proporción fue mayor en las mujeres (8,1 %) que en los hombres (4,4 %) y aumentó con la edad, alcanzando el 14,5 % en las personas de 80 años o más. También se observaron prevalencias más elevadas entre quienes presentaban un nivel de afectación muy alto por la DANA (8,5 %), percibían un apoyo social bajo (15,9 %), manifestaban mucha dificultad para llegar a fin de mes (19,7 %) o tenían antecedentes de problemas de salud mental (17,8 %) (Figura 9).

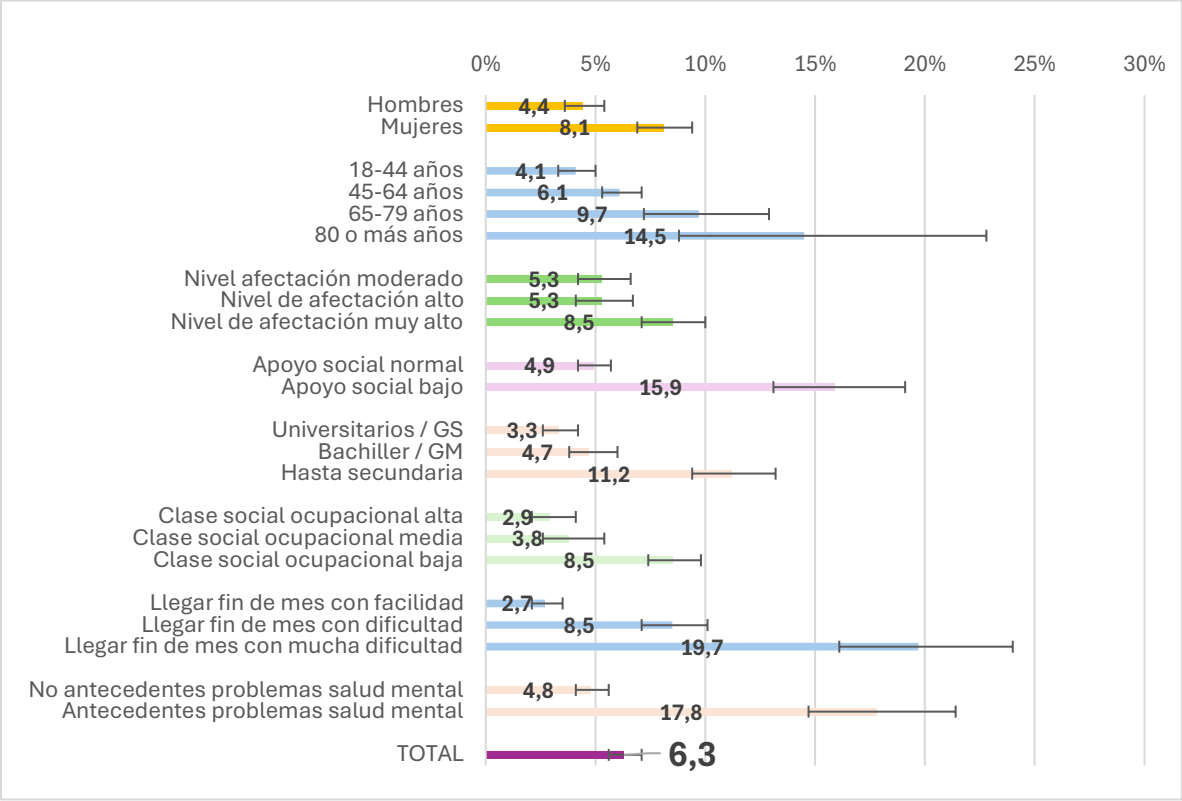


Figura 9. *Prevalencia estimada (%) de CVRS subóptima (EQ-5D-5L) en la población adulta según características sociodemográficas, antecedentes de problemas de salud mental y nivel de afectación*

En el análisis multivariante, el sexo, la edad, el nivel de afectación muy alto, el apoyo social bajo, el menor nivel de estudios, las dificultades económicas y los antecedentes de problemas de salud mental se asociaron con la CVRS subóptima. Las asociaciones de mayor magnitud se observaron en las personas con mucha dificultad para llegar a fin de mes (OR ajustada = 5,59; IC 95 %: 3,95–7,95), en las personas de 80 años o más (OR ajustada = 5,98; IC 95 %: 3,21–10,73), en aquellas con antecedentes de problemas de salud mental (OR ajustada = 3,51; IC 95 %: 2,72–4,53) y con bajo apoyo social (OR ajustada = 2,79; IC 95 %: 2,14–3,63). La clase social ocupacional no mantuvo una asociación estadísticamente significativa tras el ajuste (Figura 10).

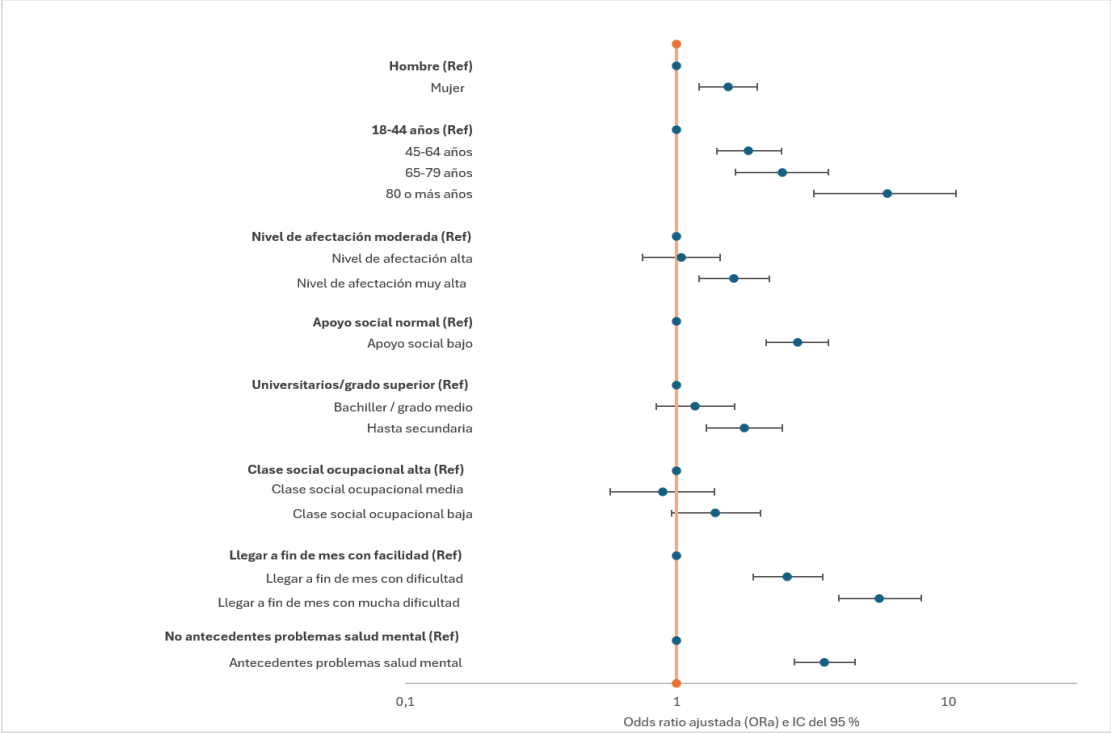


Figura 10. *Factores asociados a CVRS subóptima en la población adulta. Modelo de regresión logística múltiple*

5.2.1.2 Personas menores 6-14 años

La prevalencia estimada de CVRS subóptima en personas menores de 6 a 14 años fue del 21,5 % (IC 95 %: 19,0–24,2 %). Las prevalencias fueron similares según el sexo, la edad y el nivel de afectación. En relación con la situación económica del hogar, la prevalencia fue mayor entre los menores de hogares con mucha dificultad para llegar a fin de mes (30,4 %; IC 95 %: 21,9–40,5 %). También fue mayor entre los menores con antecedentes de problemas de salud mental (44,9 %) (figura 11).

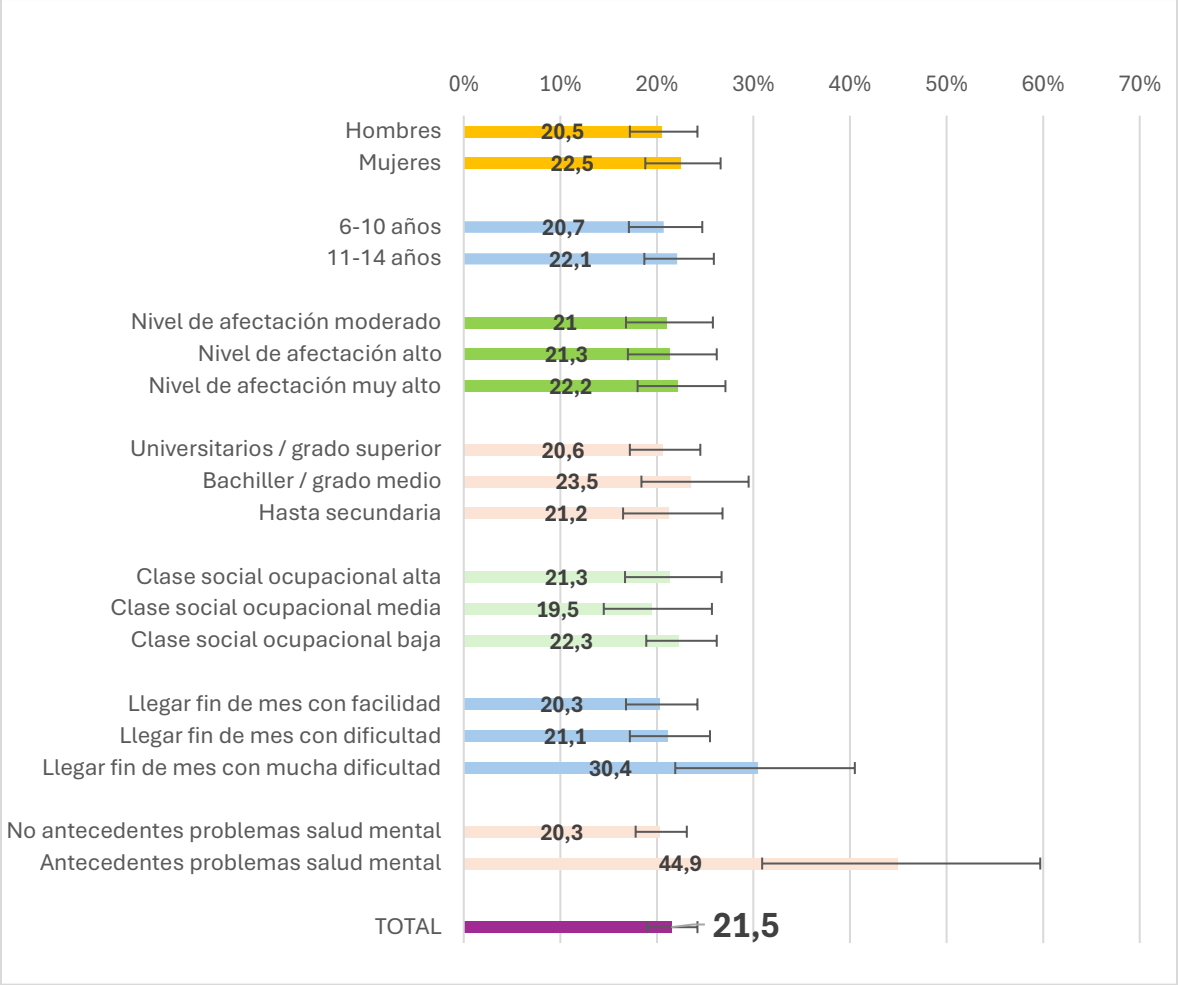


Figura 11. *Prevalencia estimada de CVRS subóptima (KIDSCREEN-10) en personas menores de 6 a 14 años según características sociodemográficas, antecedentes de problemas de salud mental y nivel de afectación por la DANA*

En el análisis multivariante, la única asociación estadísticamente significativa con la CVRS subóptima se observó entre los menores con antecedentes de problemas de salud mental (OR ajustada = 3,32; IC 95 %: 1,80–6,06) (figura 12).

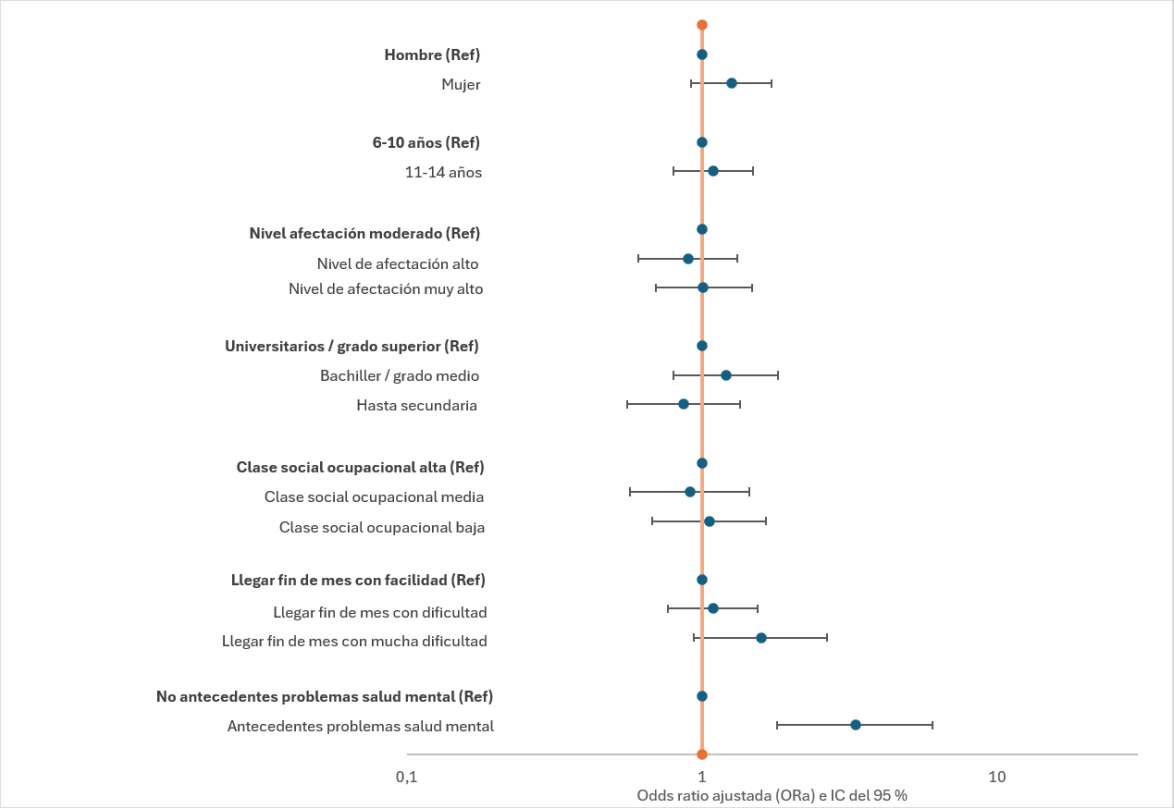


Figura 12. *Factores asociados a CVRS subóptima en personas menores de 6 a 14 años. Modelo de regresión logística múltiple*

5.2.1.3 Personas menores 15-17 años

La prevalencia estimada de CVRS subóptima en menores de 15 a 17 años fue del 37,1 % (IC 95 %: 31,3–43,4 %). La prevalencia fue mayor en las mujeres (39,5 %) que en los hombres (35,4 %), y alcanzó el 48,2 % en los menores de 15 a 17 años de hogares con mucha dificultad para llegar a fin de mes. Entre quienes presentaban antecedentes de problemas de salud mental, la prevalencia alcanzó el 74,7 %. Según el nivel de afectación, la prevalencia más elevada correspondió al nivel moderado (44,7 %), frente al 29,5 % del nivel alto y el 36,3 % del muy alto (figura 13).

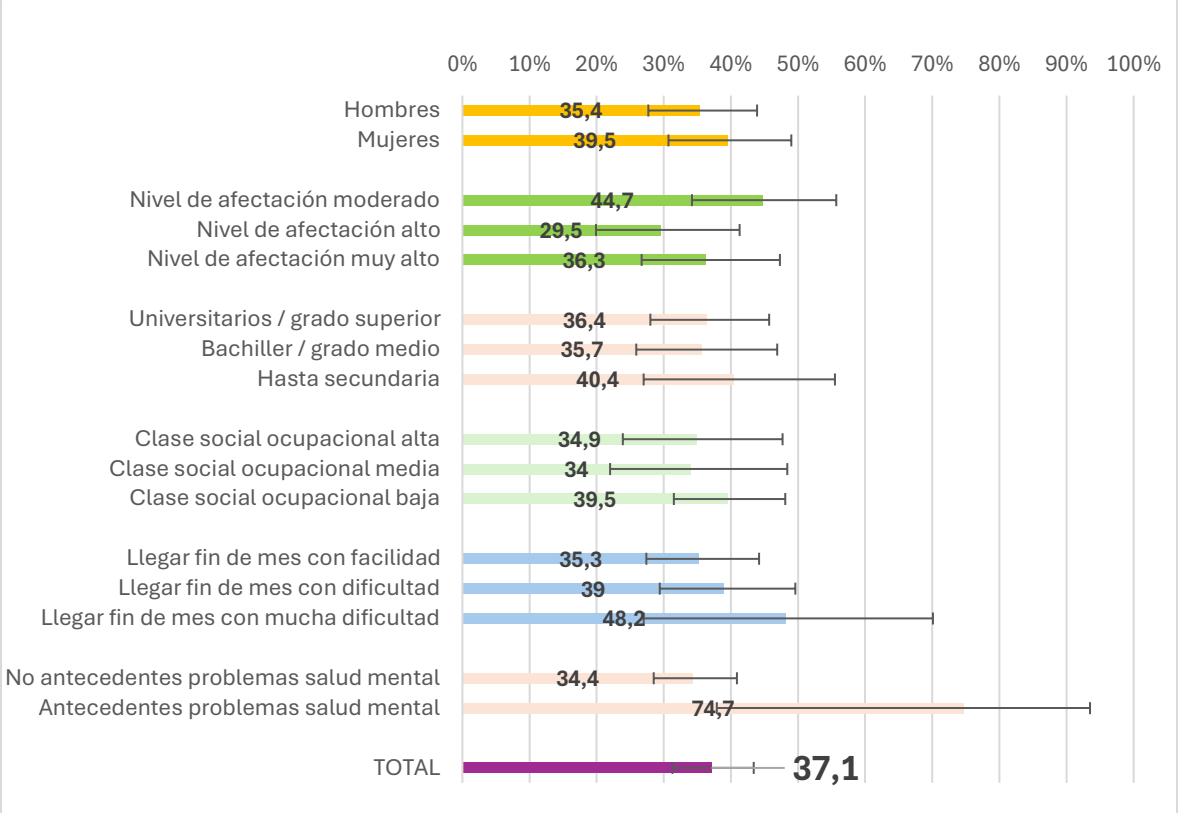


Figura 13. *Prevalencia estimada de CVRS subóptima (KIDSCREEN-10) en personas menores de 15 a 17 años según características sociodemográficas, antecedentes de problemas de salud mental y nivel de afectación por la DANA*

En el análisis multivariante, se observaron dos asociaciones estadísticamente significativas con la CVRS subóptima en menores de 15 a 17 años. El nivel de afectación alto por la DANA mostró una asociación inversa respecto al nivel moderado (OR ajustada = 0,45; IC 95 %: 0,23–0,85), mientras que la presencia de antecedentes de problemas de salud mental presentó una asociación positiva y de mayor magnitud (OR ajustada = 6,66; IC 95%: 2,24-24,70) (Figura 14).

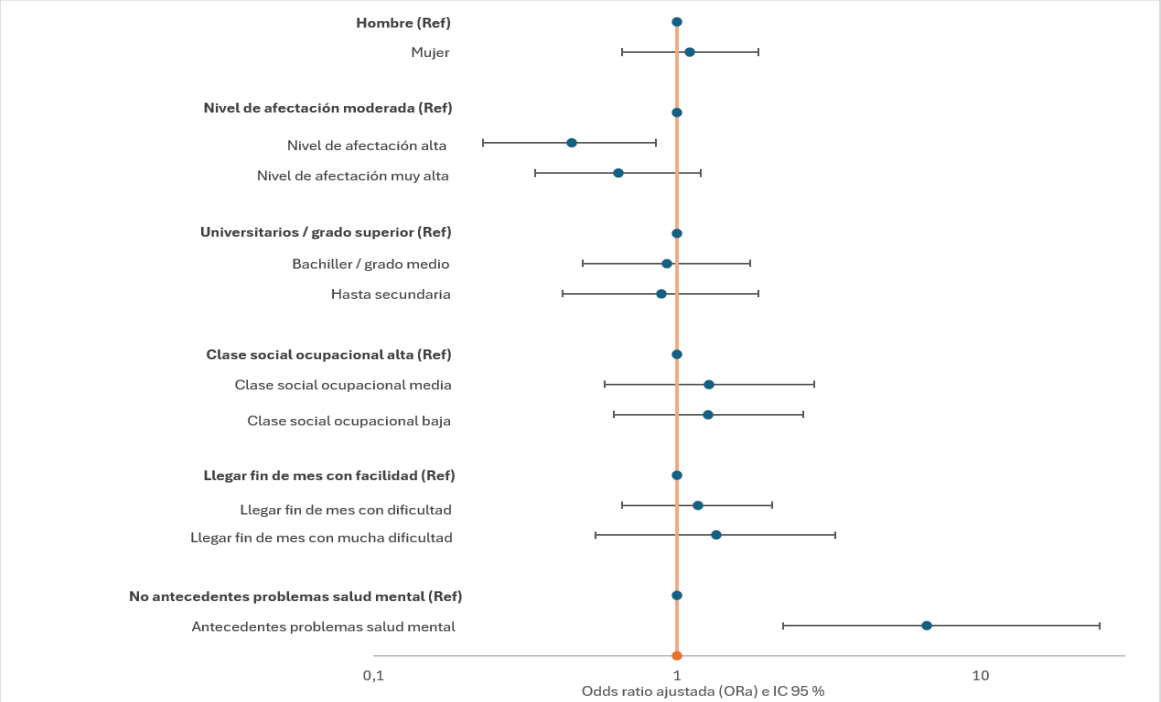


Figura 14. *Factores asociados a CVRS subóptima en personas menores de 15 a 17 años. Modelo de regresión logística múltiple*

5.2.2 Malestar psicológico

5.2.2.1 Personas adultas

La prevalencia estimada de malestar psicológico en personas adultas fue del 49,0 % (IC 95 %: 47,6–50,4 %). Fue mayor en mujeres (55,8 %) que en hombres (41,9 %), y alcanzó el 65,9 % en las personas de 80 años o más. La prevalencia aumentó con el nivel de afectación, desde el 43,5 % en el nivel moderado hasta el 54,3 % en el muy alto. En relación con el apoyo social percibido y la situación económica, las prevalencias de malestar más elevadas se observaron entre las personas con apoyo social bajo (79,5 %) y aquellas con mucha dificultad para llegar a fin de mes (75,9 %).

Entre las personas con antecedentes de problemas de salud mental, la prevalencia fue del 73,6 % (figura 15).

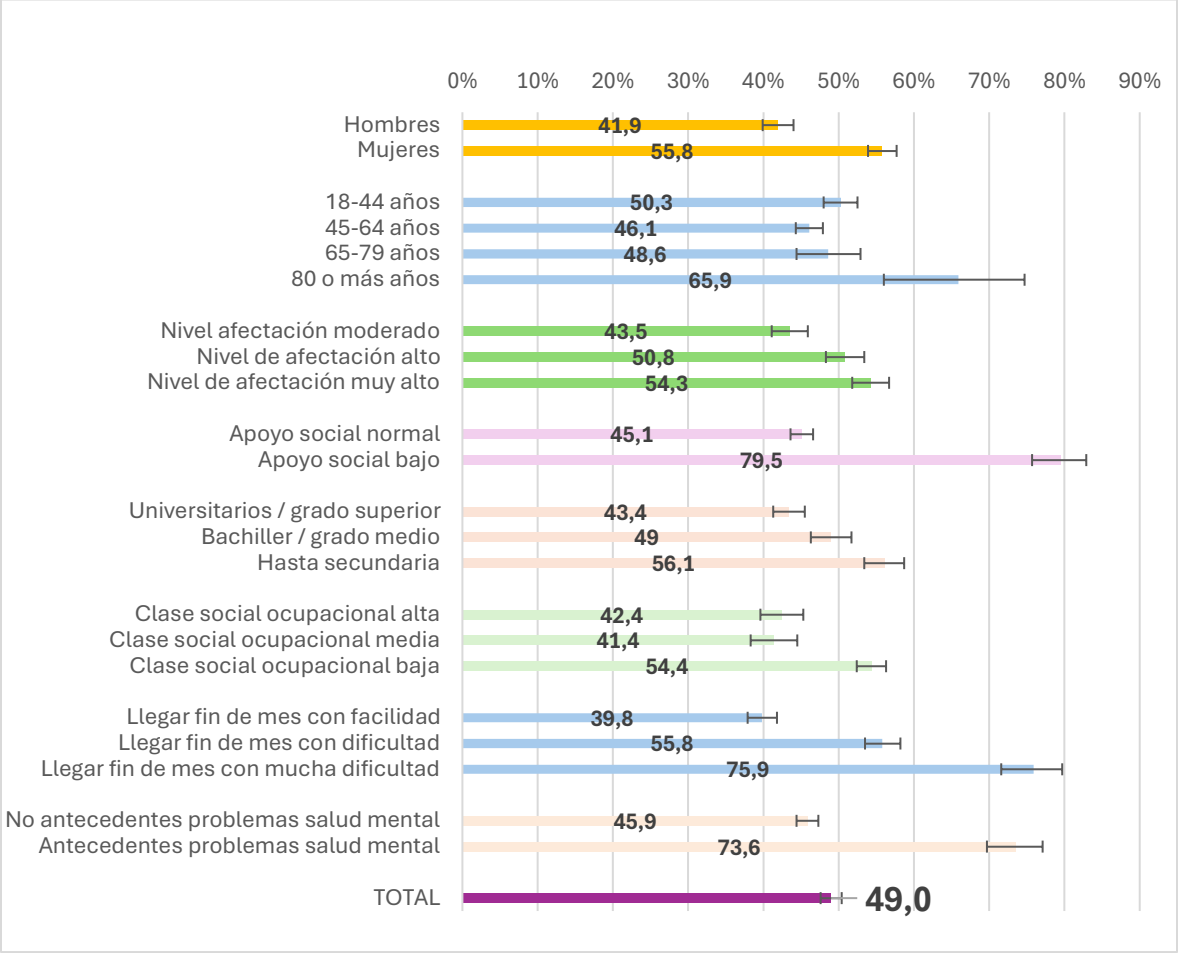


Figura 15. *Prevalencia estimada de malestar psicológico (GHQ-12) en la población adulta según características sociodemográficas, antecedentes de problemas de salud mental y nivel de afectación por la DANA.*

En el análisis multivariante, el malestar psicológico se asoció con el sexo femenino, la edad de 80 años o más, los niveles de afectación alto y muy alto, el apoyo social percibido bajo, los estudios hasta secundaria, las dificultades económicas y los antecedentes de problemas de salud mental. Las asociaciones de mayor magnitud correspondieron al apoyo social bajo (OR ajustada = 4,55; IC 95 %: 3,70–5,63) y a la mucha dificultad para llegar a fin de mes (OR ajustada = 3,36; IC 95 %: 2,69–4,21) y a los antecedentes de problemas de salud mental (OR ajustada = 2,72; IC 95 %: 2,26–3,28). Por su parte, las OR ajustadas aumentaron con el nivel de afectación por la

DANA, desde 1,22 (IC 95 %: 1,06–1,40) en el nivel alto hasta 1,37 (IC 95 %: 1,19–1,58) en el muy alto (figura 16).

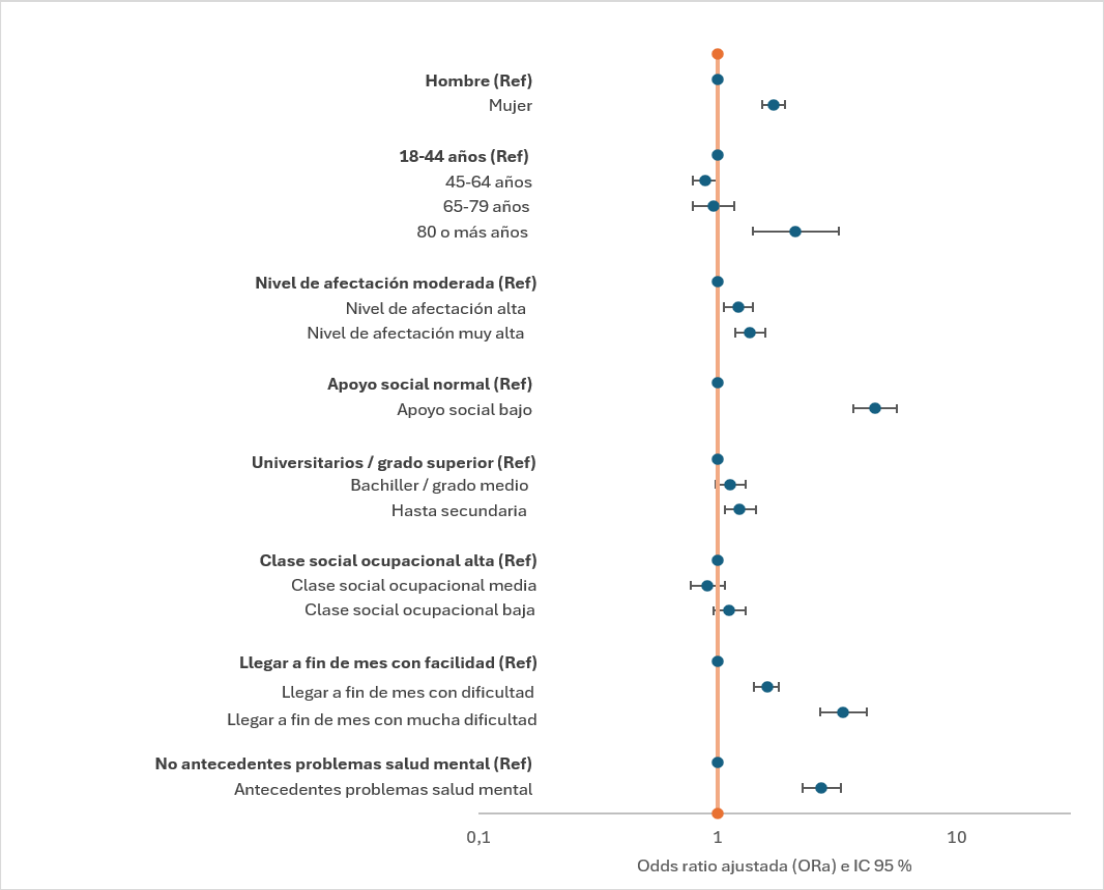


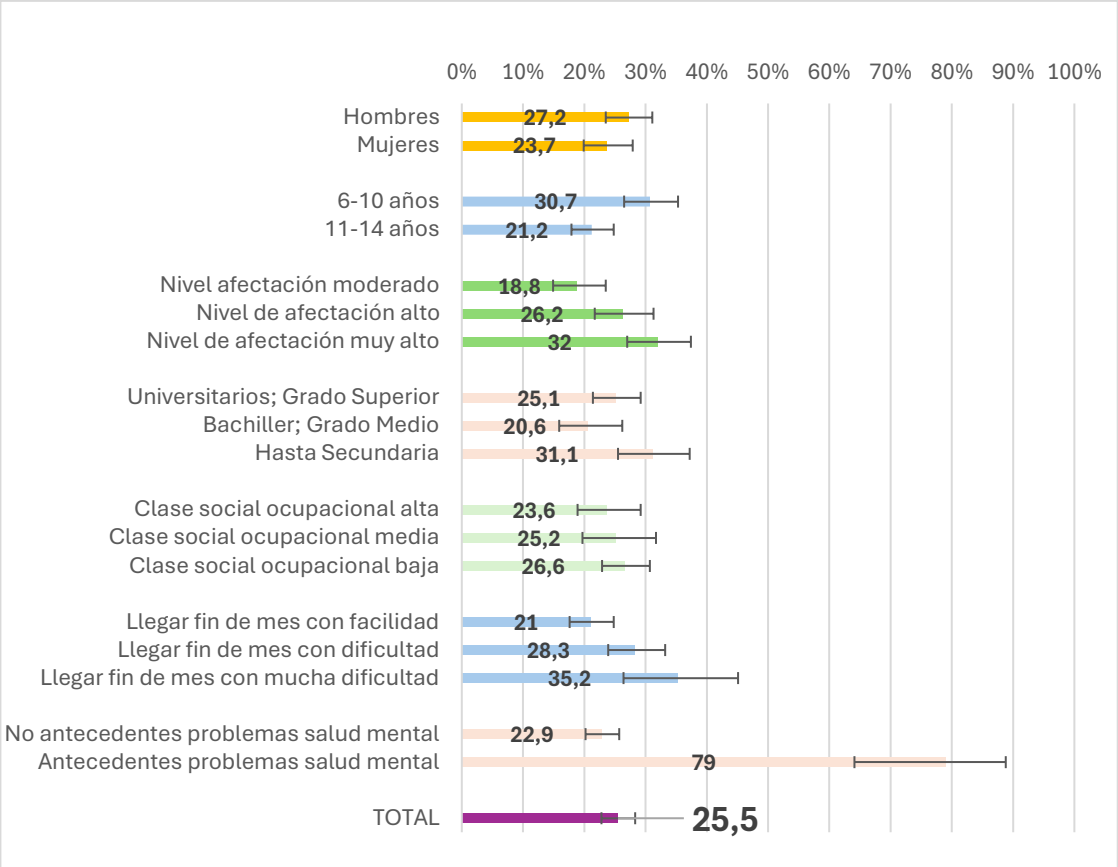
Figura 16. *Factores asociados a malestar psicológico en la población adulta. Modelo de regresión logística múltiple*

5.2.2.2 Personas menores 6-14 años

La prevalencia estimada de dificultades emocionales y conductuales en menores de 6 a 14 años fue del 25,5 % (IC 95 %: 22,8–28,3 %). Fue mayor entre los menores de 6 a 10 años (30,7 %) que entre los de 11 a 14 años (21,2 %), y aumentó con el nivel de afectación por la DANA, desde el 18,8 % en el nivel moderado hasta el 32,0 % en el muy alto. En relación con la situación económica del hogar, la prevalencia fue mayor entre los menores de hogares con mucha dificultad para llegar a fin de mes (35,2 %).

La prevalencia más elevada se observó entre los menores con antecedentes de problemas de salud mental (79,0 %) (figura 17).

Figura 17. *Prevalencia estimada de dificultades emocionales y conductuales (SDQ) en personas menores de 6 a 14 años según características sociodemográficas, antecedentes de problemas de salud mental y nivel de afectación por la DANA.*



En el análisis multivariante, la edad de 11 a 14 años se asoció con una menor presencia de dificultades emocionales y conductuales respecto al grupo de 6 a 10 años (OR ajustada = 0,58; IC 95 %: 0,42–0,78). Por el contrario, se observó una asociación positiva con el nivel de afectación muy alto por la DANA (OR ajustada = 1,71; IC 95 %: 1,18–2,51) y con las dificultades económicas del hogar, tanto para llegar a fin de mes con dificultad (OR ajustada = 1,45; IC 95 %: 1,03–2,05) como con mucha dificultad (OR ajustada = 1,95; IC 95 %: 1,16–3,25). La asociación de mayor magnitud se observó en los menores con antecedentes de problemas de salud mental (OR

ajustada = 14,45; IC 95 %: 7,24–31,58). No se observaron asociaciones estadísticamente significativas con el sexo, el nivel de estudios ni la clase social ocupacional de los progenitores (figura 18).

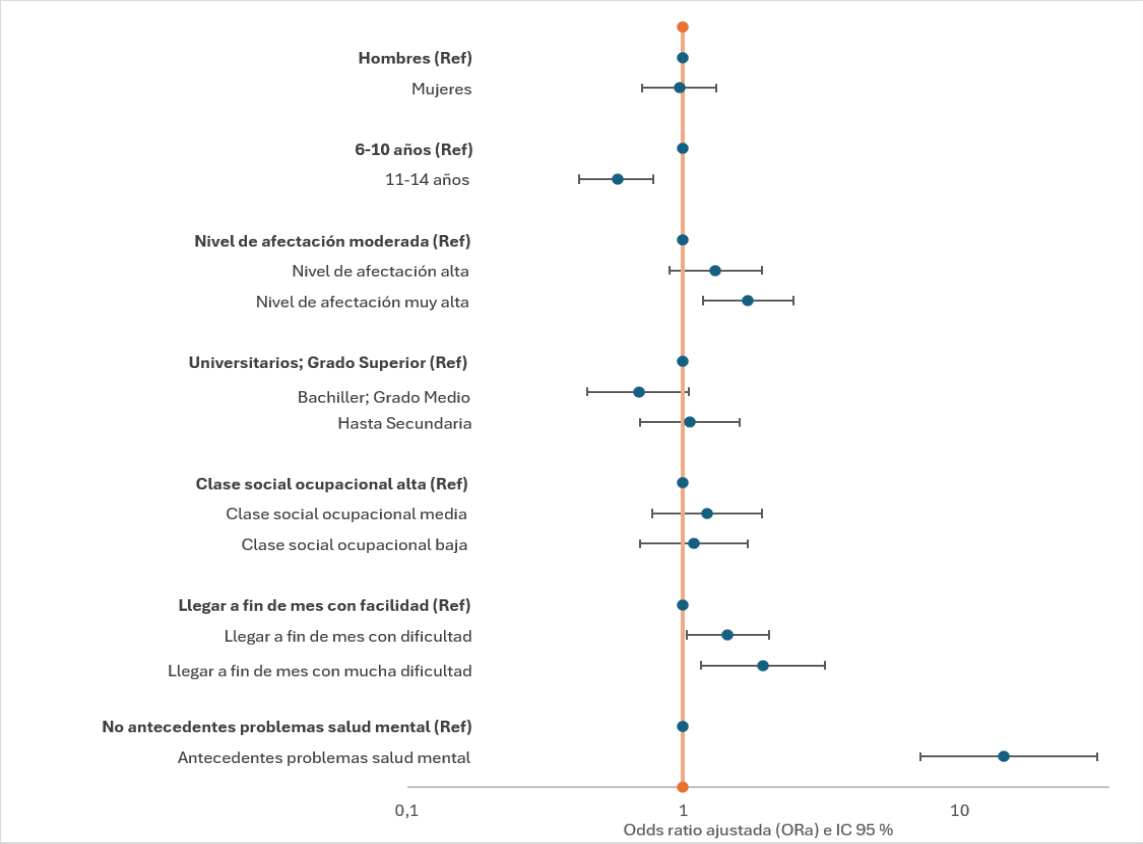


Figura 18. *Factores asociados a dificultades emocionales y conductuales en personas menores de 6 a 14 años. Modelo de regresión logística múltiple*

5.2.2.3 Personas menores 15-17 años

La prevalencia estimada de malestar psicológico en menores de 15 a 17 años fue del 39,1 % (IC 95 %: 33,3–45,1 %). Fue mayor en mujeres (45,2 %) que en hombres (34,5 %). En relación con la situación económica del hogar, alcanzó el 56,5 % entre quienes tenían mucha dificultad para llegar a fin de mes. También fue considerablemente mayor entre quienes tenían antecedentes de problemas de salud mental (83,8 %) que

entre quienes no los tenían (36,0 %). No se observó un gradiente creciente de malestar psicológico según el nivel de afectación por la DANA (figura 19).

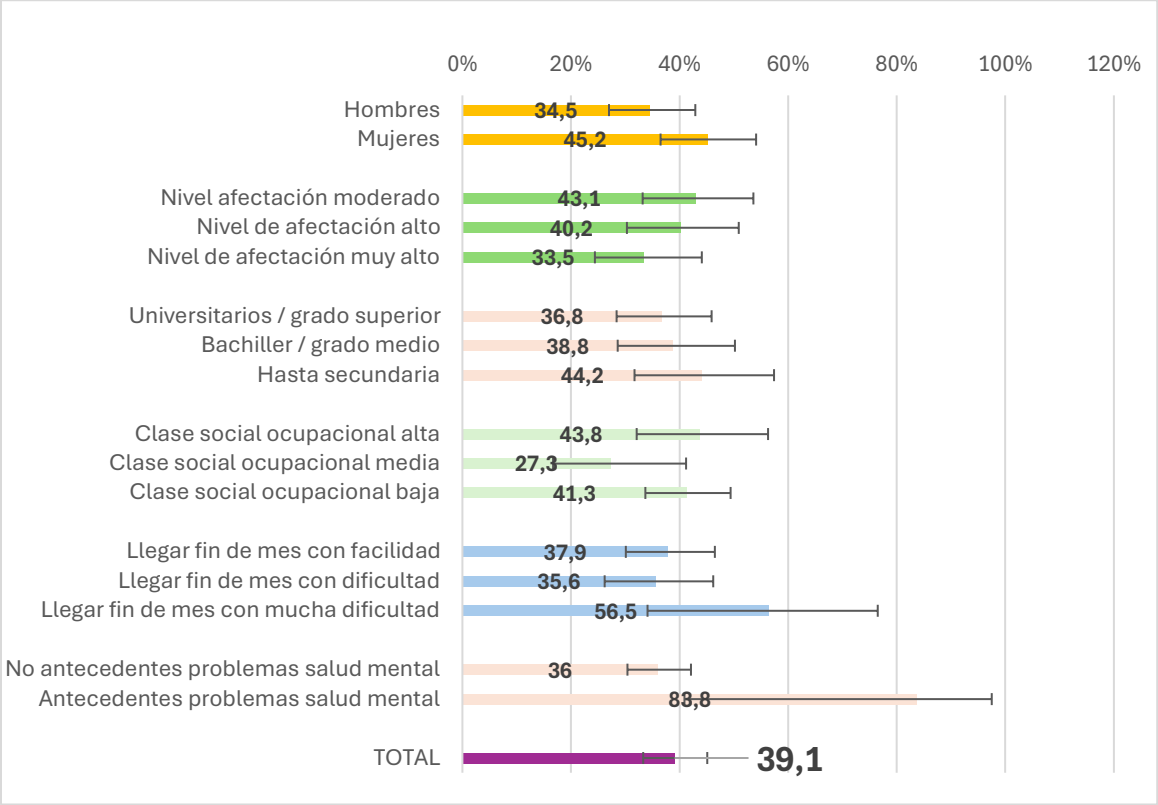


Figura 19. *Prevalencia estimada de malestar psicológico (GHQ-12) en personas menores de 15 a 17 años según características sociodemográficas y nivel de afectación*

En el análisis multivariante, el sexo femenino se asoció con una mayor presencia de malestar psicológico respecto al masculino (OR ajustada = 1,87; IC 95 %: 1,13–3,13). Asimismo, los antecedentes de problemas de salud mental se asociaron con una mayor presencia de malestar psicológico (OR ajustada = 4,71; IC 95 %: 1,55–17,61).

Esta última asociación debe interpretarse con cautela, dado el reducido número de menores con antecedentes de problemas de salud mental (figura 20).

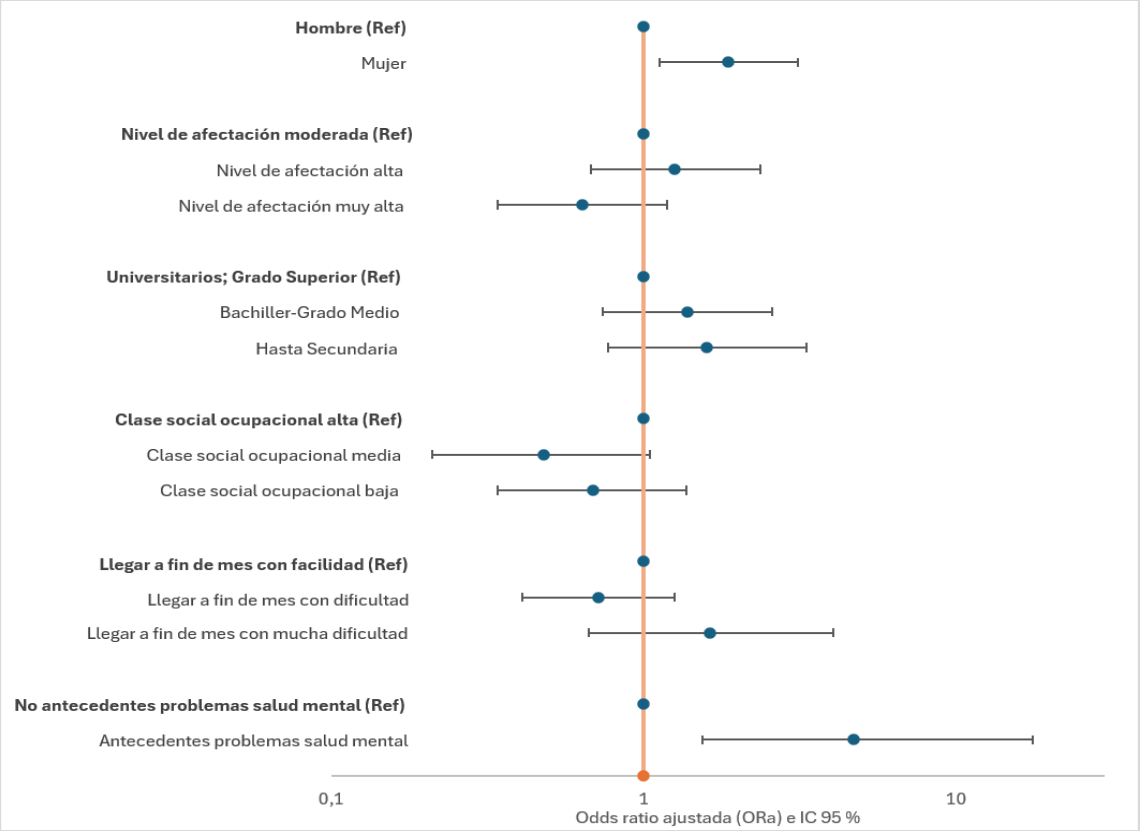


Figura 20. *Factores asociados a malestar psicológico en personas menores de 15 a 17 años. Modelo de regresión logística múltiple*

5.2.3 Estrés postraumático

5.2.3.1 Personas adultas

La prevalencia estimada de probable TEPT en personas adultas fue del 15,7 % (IC 95 %: 14,7–16,7 %). Fue mayor en mujeres (19,0 %) que en hombres (12,2 %) y disminuyó con la edad. La prevalencia aumentó con el nivel de afectación por la DANA, desde el 8,6 % en el nivel moderado hasta el 25,5 % en el muy alto. En relación con el apoyo social percibido y la situación económica, las prevalencias más elevadas se observaron entre las personas con apoyo social bajo (36,4 %) y aquellas con mucha

dificultad para llegar a fin de mes (39,5 %). También fue mayor entre las personas con antecedentes de problemas de salud mental (34,1 %) que entre aquellas sin antecedentes (13,3 %) (figura 21).

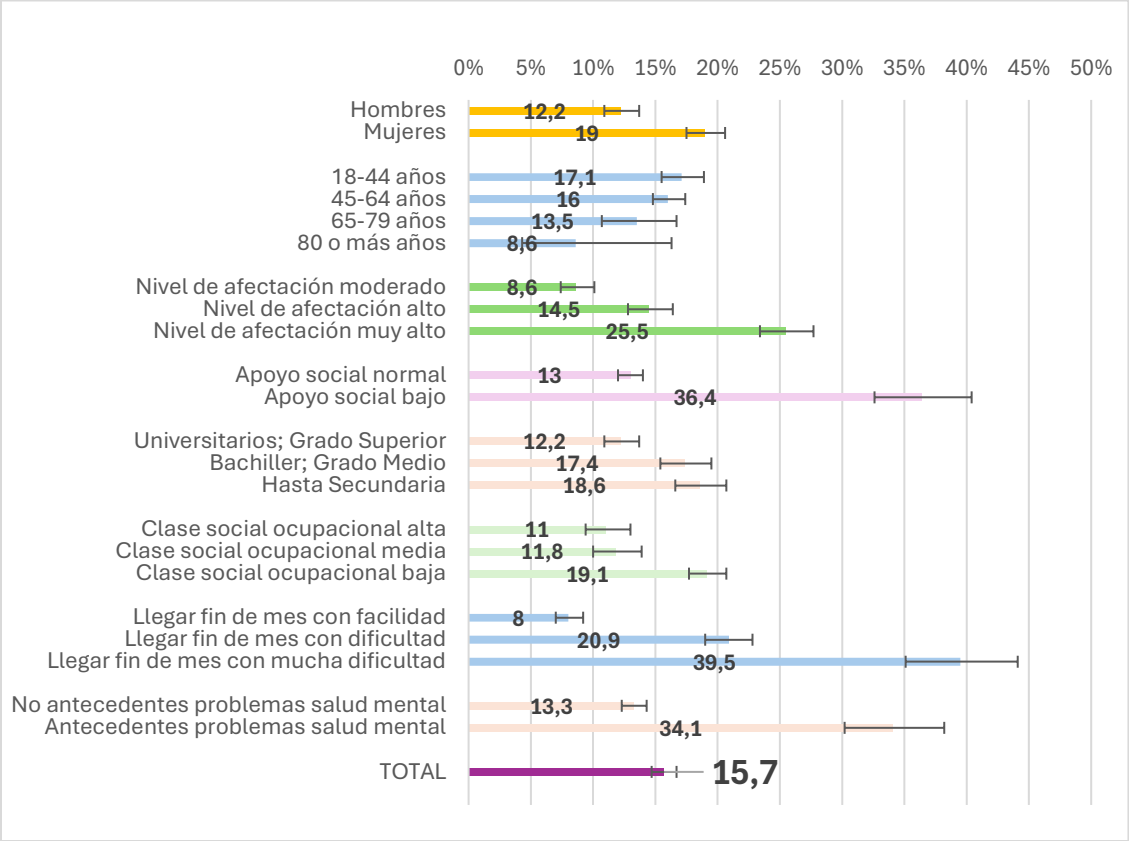


Figura 21. *Prevalencia estimada de probable TEPT (PCL-5) en la población adulta según características sociodemográficas, antecedentes de problemas de salud mental y nivel de afectación por la DANA.*

En el análisis multivariante, las asociaciones de mayor magnitud con el probable TEPT correspondieron a la mucha dificultad para llegar a fin de mes (OR ajustada = 4,53; IC 95 %: 3,58–5,72), el nivel de afectación muy alto por la DANA (OR ajustada = 3,09; IC 95 %: 2,54–3,77) y el apoyo social percibido bajo (OR ajustada = 2,86; IC 95 %: 2,37–3,46). También se observó una asociación con los antecedentes de problemas de salud mental (OR ajustada = 2,59; IC 95 %: 2,14–3,13). Asimismo, se observaron asociaciones positivas con el sexo femenino y los niveles de estudios inferiores al universitario, mientras que la edad no mostró asociaciones estadísticamente significativas tras el ajuste (figura 22).

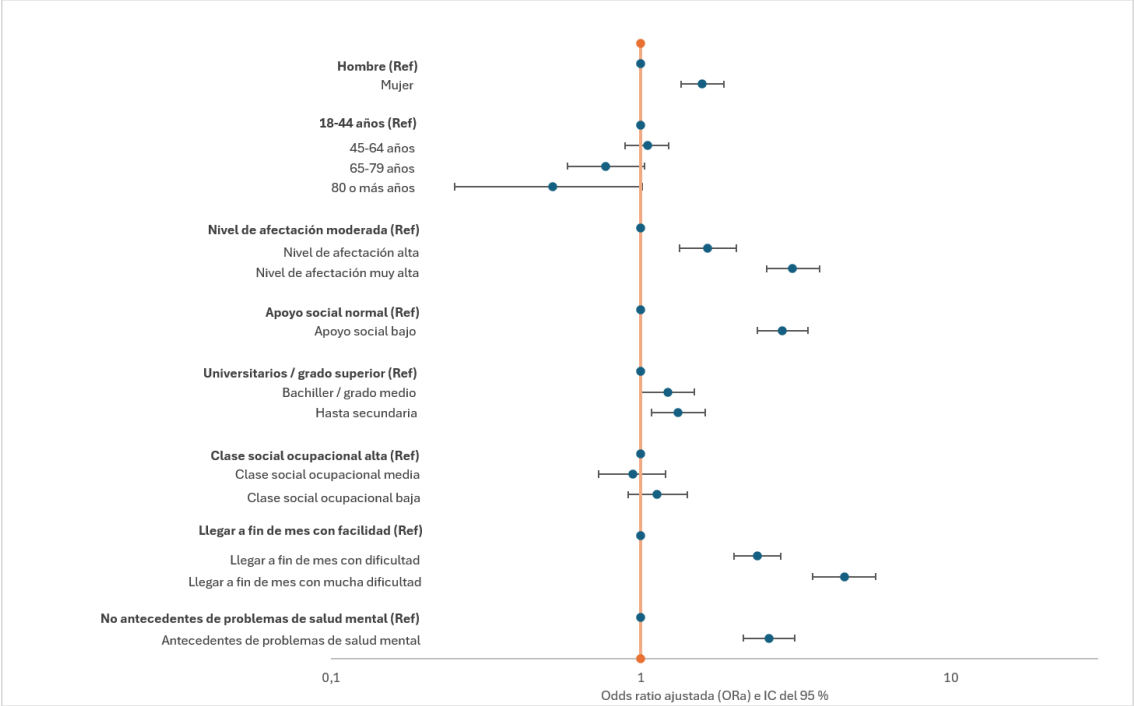


Figura 22. *Factores asociados a probable TEPT en la población adulta. Modelo de regresión logística múltiple*

5.2.3.2 Personas menores 6-14 años

El 22,2 % (IC 95 %: 19,6-25,0 %) de los menores de 6 a 14 años presentó síntomas de estrés postraumático de intensidad moderada o superior. La prevalencia fue similar por sexo y edad, pero aumentó con el nivel de afectación, desde el 16,2 % en el nivel de afectación moderado hasta el 31,3 % en el muy alto. En relación con la situación económica del hogar, la prevalencia de síntomas de TEPT fue mayor entre los menores de hogares con mucha dificultad para llegar a fin de mes (38,7 %). Asimismo, fue mayor entre los menores con antecedentes de problemas de salud mental (50,1 %) que entre aquellos sin antecedentes (20,9 %) (figura 23).

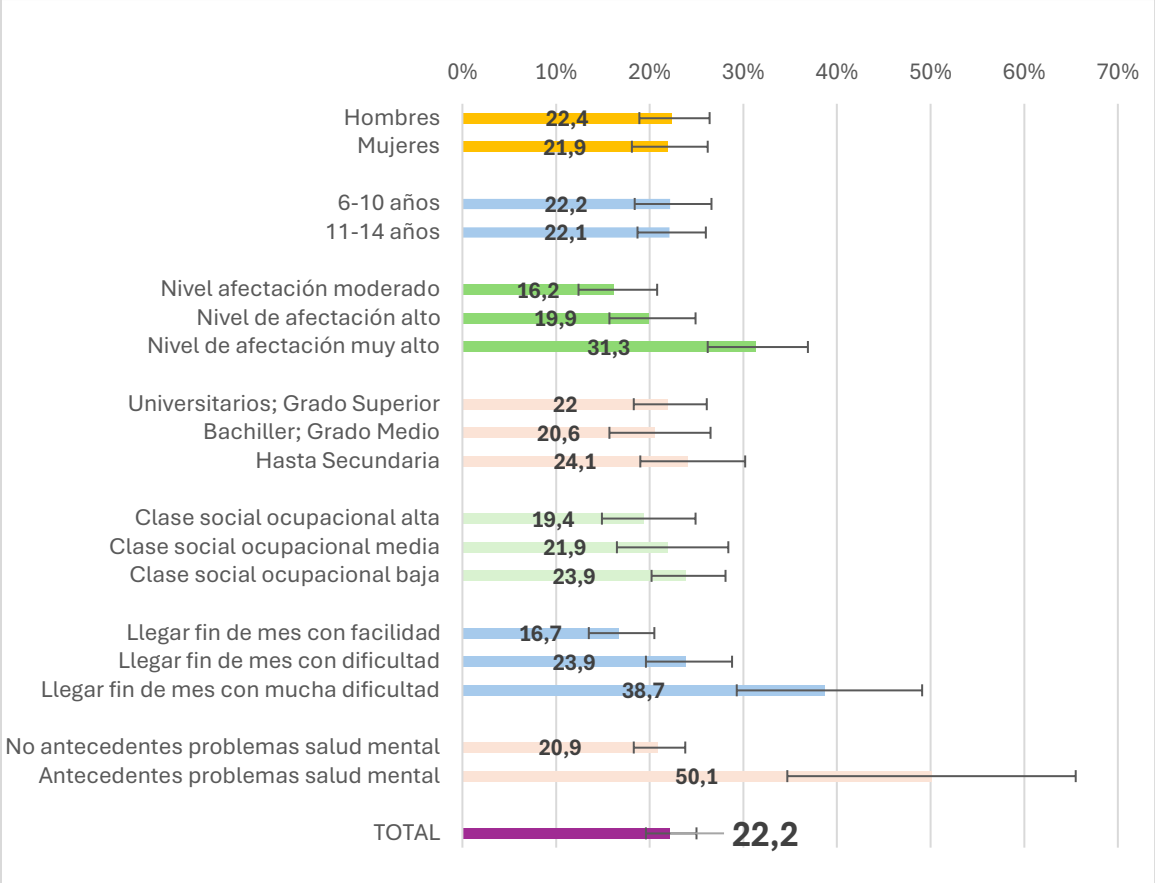


Figura 23. *Prevalencia estimada de síntomas de estrés postraumático (CATS-2) en personas menores de 6 a 14 años según características sociodemográficas, antecedentes de problemas de salud mental y nivel de afectación por la DANA.*

En el análisis multivariante, el nivel de afectación muy alto por la DANA se asoció con la presencia de síntomas de estrés postraumático (OR ajustada = 2,22; IC 95 %: 1,50–3,32). En relación con la situación económica del hogar, se observó un gradiente, con OR ajustadas de 1,63 (IC 95 %: 1,12–2,36) entre quienes tenían dificultad para llegar a fin de mes y de 3,32 (IC 95 %: 1,96–5,59) entre quienes tenían mucha dificultad. La asociación de mayor magnitud correspondió a los antecedentes de problemas de salud mental (OR ajustada = 4,11; IC 95 %: 2,14–7,93). No se observaron asociaciones estadísticamente significativas con el sexo, la edad, el nivel de estudios ni la clase social ocupacional de los progenitores (Figura 24).

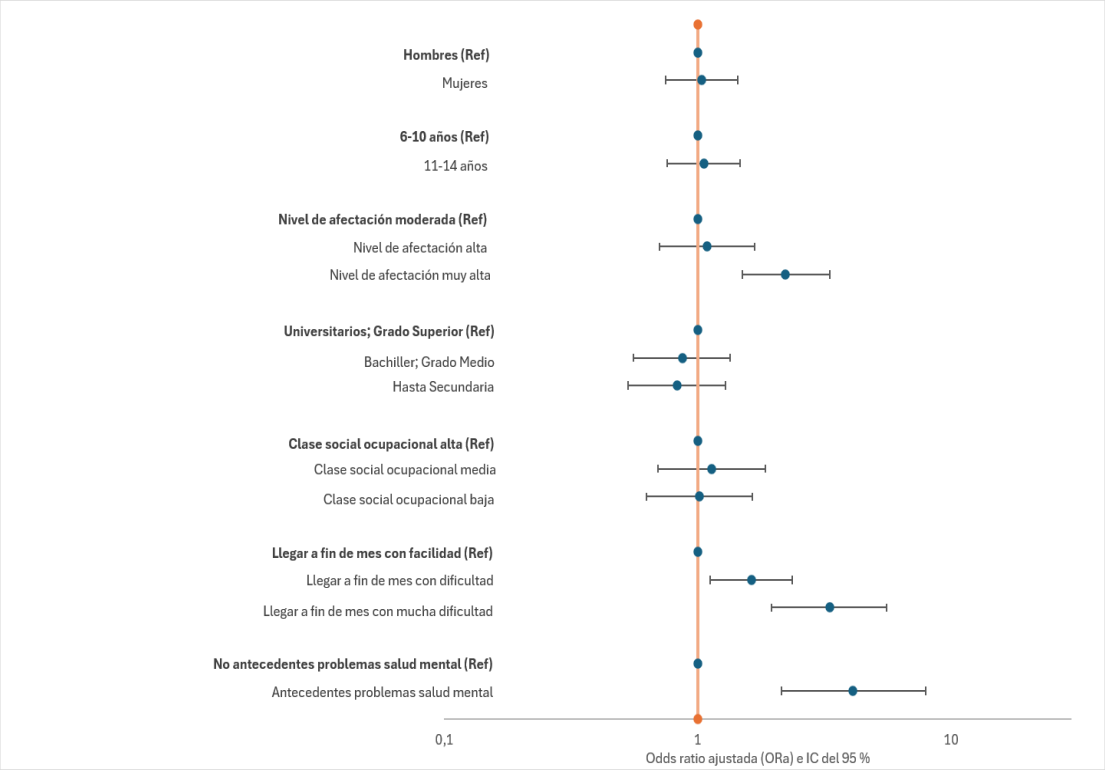


Figura 24. *Factores asociados a síntomas de estrés postraumático en personas menores de 6 a 14 años. Modelo de regresión logística múltiple*

5.2.3.3 Personas menores 15-17 años

El 20,5 % (IC 95 %: 16,0–25,7 %) de los menores de 15 a 17 años presentó síntomas de estrés postraumático de intensidad moderada o superior. La prevalencia fue mayor en mujeres (25,3 %) que en hombres (16,8 %) y aumentó con el nivel de afectación por la DANA, desde el 13,8 % en el nivel moderado hasta el 28,1 % en el muy alto. En relación con la situación económica del hogar, la prevalencia de síntomas de TEPT fue mayor entre los menores de hogares con mucha dificultad para llegar a fin de mes (37,1 %).

Asimismo, fue mayor entre los menores con antecedentes de problemas de salud mental (48,5 %) que entre aquellos sin antecedentes (18,6 %) (figura 25).

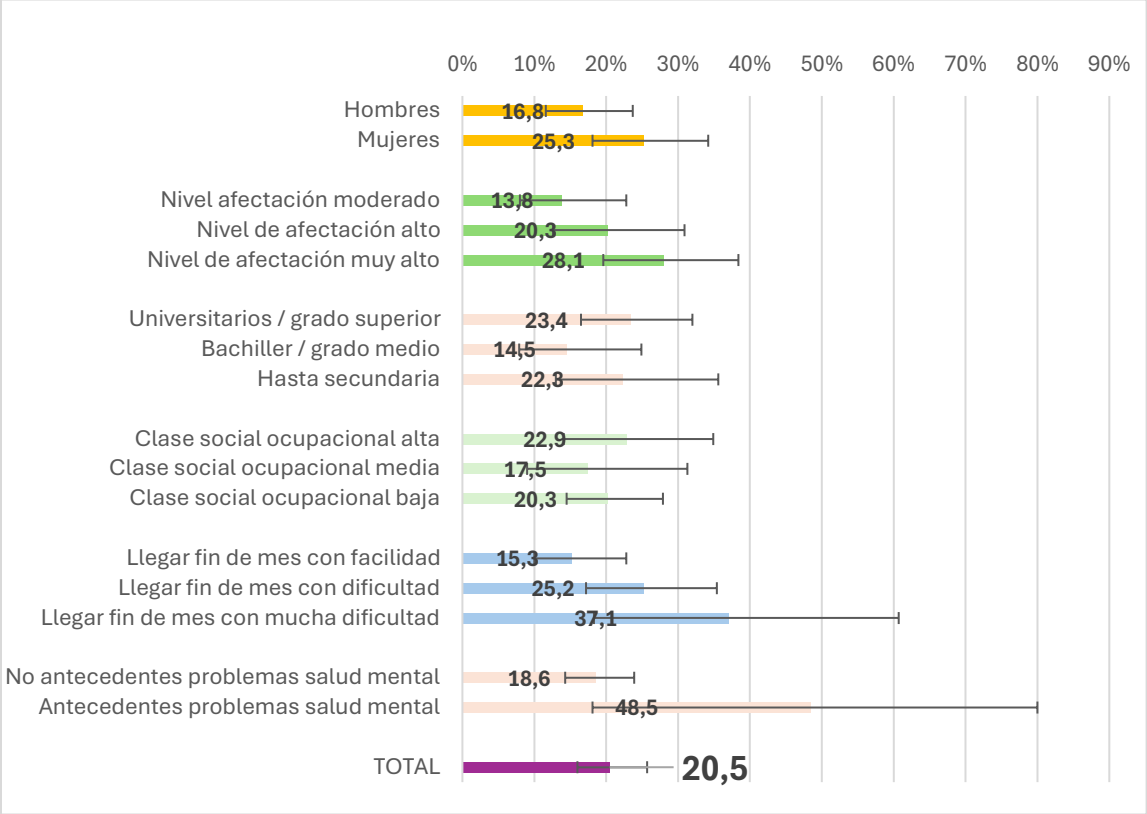


Figura 25. *Prevalencia estimada de síntomas de estrés postraumático (CATS-2) en personas menores de 15 a 17 años según características sociodemográficas, antecedentes de problemas de salud mental y nivel de afectación por la DANA.*

En el análisis multivariante, el nivel de afectación muy alto por la DANA se asoció con la presencia de síntomas de estrés postraumático (OR ajustada = 2,54; IC 95 %: 1,16–5,84). En relación con la situación económica del hogar, se observó un gradiente, con OR ajustadas de 2,30 (IC 95 %: 1,13–4,77) entre quienes tenían dificultad para llegar a fin de mes y de 3,37 (IC 95 %: 1,20–9,33) entre quienes tenían mucha dificultad. La asociación de mayor magnitud correspondió a los antecedentes de problemas de salud mental (OR ajustada = 4,40; IC 95 %: 1,45–13,24). Por otra parte, el nivel de estudios de Bachiller/Grado Medio de los progenitores mostró una asociación inversa respecto al nivel universitario (OR ajustada = 0,37; IC 95 %: 0,15–0,84). La asociación

observada con el sexo femenino en el análisis inicial no se mantuvo tras el ajuste por el resto de las variables (figura 26).

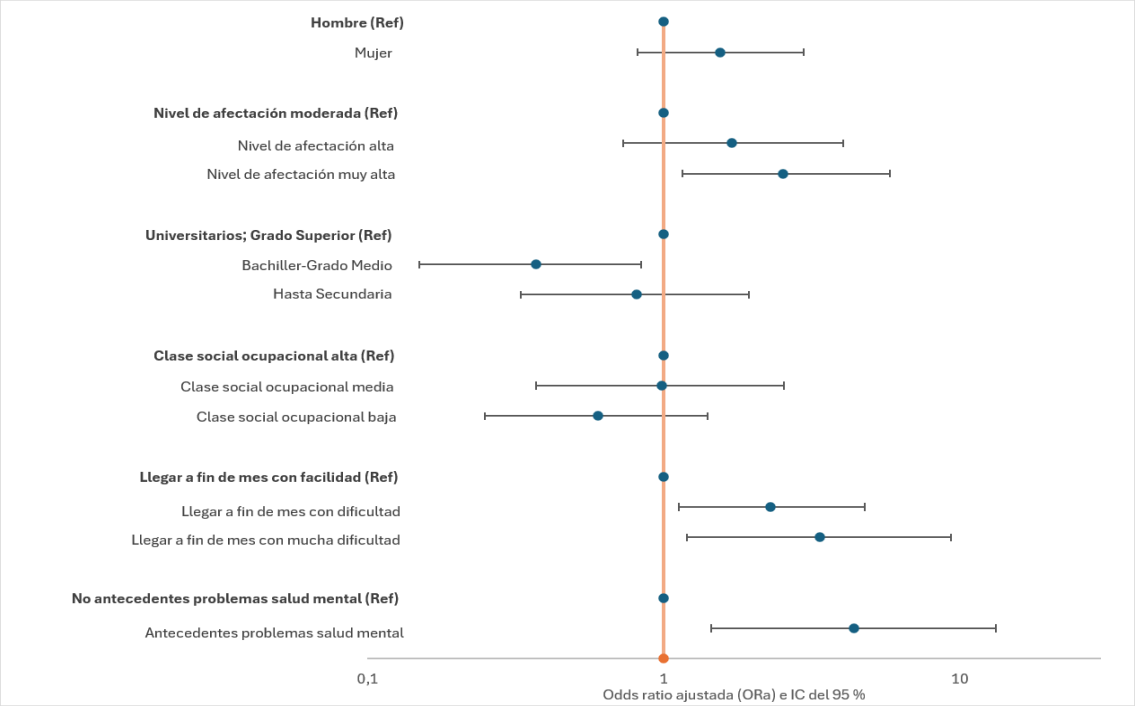


Figura 26. *Factores asociados a síntomas de estrés postraumático en personas menores de 15 a 17 años. Modelo de regresión logística múltiple*

6 Discusión y conclusiones

La primera fase de este estudio muestra que una proporción de la población afectada presenta indicadores desfavorables de salud mental en el momento de la medición, entre 15 y 18 meses después de la DANA.

Los resultados de SEDANA-SM deben interpretarse con cautela considerando su naturaleza transversal y descriptiva. Aun así, los hallazgos del estudio concuerdan con lo observado en otros estudios sobre catástrofes ocurridas en países europeos.

Entre las personas adultas encuestadas, cerca de la mitad presentan malestar psicológico, con valores superiores a los evidenciados en la Encuesta de salud de la Comunitat Valenciana de 2022 (27). En los menores, las dificultades emocionales o

conductuales afectan aproximadamente a uno de cada cuatro de los menores de 6 a 14 años, mientras que entre los menores de 15 a 17 años la prevalencia de malestar psicológico alcanza casi a dos de cada cinco.

Por otro lado, aproximadamente uno de cada cinco menores de 6 a 14 años y casi dos de cada cinco menores de 15 a 17 años mostraron niveles subóptimos de CVRS. Además, este grupo poblacional experimentó importantes alteraciones en su entorno habitual, entre las que destacan la interrupción frecuente de la escolarización y episodios de separación temporal de miembros del núcleo familiar, circunstancias que pudieron contribuir a aumentar el impacto del evento sobre su bienestar.

Atendiendo a los síntomas compatibles con un probable TEPT, la prevalencia estimada en las personas adultas afectadas por la DANA se sitúa en el 15,7 %, superior a la descrita en población general expuesta a acontecimientos traumáticos con el mismo instrumento, que se sitúa por debajo del 10 % (28) y similar a la estimada en poblaciones afectadas por conflictos armados (15,3 %) (29). Tras las inundaciones del valle del Ahr (Alemania), alrededor del 28 % de los afectados presentaba síntomas compatibles con estrés postraumático un año después (7). En SEDANA-SM, a medida que aumenta el nivel de afectación, se incrementa la prevalencia de los síntomas relacionados con el estrés postraumático (desde un 9% en nivel moderado hasta un 26% en el mayor nivel de afectación). Estas asociaciones se mantienen tras controlar otros factores que pueden influir como sexo, edad, factores socioeconómicos y patología previa mental.

Los resultados obtenidos son, en términos generales, coherentes también con los del English National Study of Flooding and Health (24), que también identificó una elevada frecuencia de problemas de salud mental un año después de las inundaciones, especialmente de síntomas de estrés postraumático. Los seguimientos posteriores de ese estudio mostraron que, aunque la frecuencia de estos problemas disminuía con el tiempo, sus consecuencias sobre la salud mental podían prolongarse durante varios años.

Por otra parte, la vigilancia epidemiológica realizada en la Comunitat Valenciana basada en el análisis de las consultas de atención primaria durante los doce meses posteriores a la DANA, comparando las zonas afectadas con las no afectadas, evidenció un aumento inicial de casos nuevos y del número consultas por problemas de salud mental en las zonas afectadas. Posteriormente, la atención por trastornos de

salud mental disminuyó de forma progresiva, aunque con una evolución heterogénea entre áreas (10).

Aunque las metodologías empleadas, los instrumentos de medida y los contextos analizados no son estrictamente comparables, la coincidencia de patrones observados aporta coherencia a los resultados obtenidos, al identificarse una mayor frecuencia de problemas de salud mental entre las mujeres, las personas con mayores dificultades económicas, las de mayor nivel de afectación, aquellas que refieren menor apoyo social y con presencia de patología mental previa.

Dado que estas dificultades pueden ser previas a la DANA o consecuencia de ella, los resultados ponen de manifiesto la importancia de tener en cuenta la situación económica de los hogares afectados en las estrategias de apoyo a la salud mental.

Otro determinante, el apoyo social percibido, desempeña también un papel destacado en la población adulta: las personas con bajo apoyo social presentaron casi el doble de prevalencia de malestar psicológico y aproximadamente el triple de probable TEPT y CVRS subóptima.

Entre la población menor de edad, la prevalencia de síntomas de estrés postraumático es similar en ambos grupos etarios, situándose en torno a uno de cada cinco menores, tanto entre los 6 y 14 años como entre los 15 y los 17 años. Estas cifras ponen de manifiesto una frecuencia relevante de síntomas de estrés postraumático entre las personas menores afectadas por la catástrofe. En los estudios revisados no se describen resultados para estos grupos de población.

Se identifican grupos con mayor vulnerabilidad. En la población adulta, las mujeres presentan mayores prevalencias de malestar psicológico, probable TEPT y CVRS subóptima que los hombres. En las adolescentes de 15 a 17 años también se observa una mayor prevalencia de malestar psicológico. Asimismo, los antecedentes de problemas de salud mental se asociaron con peores resultados en los indicadores analizados en todos los grupos de edad.

Estos resultados deben interpretarse teniendo en cuenta algunas limitaciones. La tasa de participación (26,6 %) puede haber introducido un sesgo de selección, aunque las estimaciones se ponderaron según el diseño muestral. Los cuestionarios utilizados son instrumentos de cribado y no permiten establecer diagnósticos clínicos. Al tratarse de la medición basal, no es posible compararlos con la situación previa a la

DANA ni establecer relaciones causales. Además, el reducido tamaño muestral de las personas menores de 15 a 17 años limita la precisión de las estimaciones en este grupo.

En conjunto, los resultados ponen de manifiesto una frecuencia de problemas de salud mental superior a la referida en encuestas poblacionales de la Comunitat Valenciana y similares a las de estudios europeos tras catástrofes naturales, más de un año después de la DANA.

Las siguientes fases de recogida de información permitirán conocer la evolución de estos indicadores a lo largo del tiempo, estimar la persistencia o recuperación de los problemas observados e identificar factores asociados a trayectorias más favorables o desfavorables de recuperación.

Asimismo, destaca la utilidad de disponer de información epidemiológica, que contribuirá al diseño de estrategias de prevención, atención y recuperación basadas en la evidencia científica y orientadas a las necesidades de las poblaciones afectadas en catástrofes naturales.

7 Referencias bibliográficas

1. Jermacane D, Waite TD, Beck CR, Bone A, Amlôt R, Reacher M, et al. The English National Cohort Study of Flooding and Health: the change in the prevalence of psychological morbidity at year two. BMC Public Health. 2018;18(1):330. doi:10.1186/s12889-018-5236-9

2. Mulchandani R, Armstrong B, Beck CR, Waite TD, Amlôt R, Kovats S, et al. The English National Cohort Study of Flooding & Health: psychological morbidity at three years of follow up. BMC Public Health. 2020;20(1):321. doi:10.1186/s12889-020-8424-3

3. Munro A, Kovats RS, Rubin GJ, Waite TD, Bone A, Armstrong B, et al. Effect of evacuation and displacement on the association between flooding and mental health outcomes: a cross-sectional analysis of UK survey data. The Lancet Planetary Health. 2017;1(4):e134-41. doi:10.1016/S2542-5196(17)30047-5

4. Tempest EL, English National Study on Flooding and Health Study Group, Carter B, Beck CR, Rubin GJ. Secondary stressors are associated with probable psychological morbidity

after flooding: a cross-sectional analysis. Eur J Public Health. 2017;27(6):1042-7. doi:10.1093/eurpub/ckx182

5. Dai W, Chen L, Tan H, Wang J, Lai Z, Kaminga AC, et al. 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. 2016;16(1):194. doi:10.1186/s12889-016-2871-x

6. Padrón-Monedero A, Noguer-Zambrano I, Cuesta-Lozano D, Linares Gil C, Dominguez-Hurtado B, López-Bueno A, et al. Relación entre las inundaciones y los problemas de salud mental. Una revisión de alcance. [Internet]. Madrid (España): Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades; 2025. Disponible en: https://repisalud.isciii.es/rest/api/core/bitstreams/74cce4bc-27a8-4f04-8a3f-9784000f0fcc/content

7. Zenker ML, Bubeck P, Thieken AH. Always on my mind: indications of post-traumatic stress disorder among those affected by the 2021 flood event in the Ahr valley, Germany. Natural Hazards and Earth System Sciences. 2024;24(8):2837-56. doi:10.5194/nhess-24-2837-2024

8. Sairam N, Buch A, Zenker ML, Dillenardt L, Coenen M, Thieken AH, et al. Health-Related Quality of Life and Everyday Functioning in the Flood-Affected Population in Germany - A Case Study of the 2021 Floods in West Germany. GeoHealth. 2025;9(6):e2024GH001135. doi:10.1029/2024GH001135

9. Augustin J, Andrees V, Czerniejewski A, Dallner R, Schulz CM, Mezger NCS. Auswirkungen des Ahrtal-Hochwassers auf die Gesundheit der lokalen Bevölkerung – eine Analyse auf Grundlage von GKV-Routinedaten. Bundesgesundheitsbl. 2024;67(1):5-13. doi:10.1007/s00103-023-03809-x

10. Subdirección General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Vigilancia epidemiológica sistemática de la salud mental en la zona de la DANA. València; 2025.

11. Instituto Nacional de Estadística. Atlas de distribución de renta de los hogares. Tablas [Internet]. [citado 9 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.ine.es/componentes_inebase/ADRH_total_nacional.htm

12. Institut Cartogràfic Valencià. Visor cartogràfic de la Generalitat [Internet]. [citado 9 de octubre de 2026]. Disponible en: https://icvficherosweb.icv.gva.es/00/geovisorgva/visor_pro/index.html

13. Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. The Duke–UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of Social Support in Family Medicine Patients. Med Care. 1988;26(7):709-23.

14. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J de D, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria. 1996;18(4):153-63.

15. Sánchez-López MP, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. Psicothema. 2008;20(4):839-43.

16. Youthinmind. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Spanish [Internet]. [citado 11 de octubre de 2026]. Disponible en: https://sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Spanish

17. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. J Trauma Stress. 2015;28(6):489-98. doi:10.1002/jts.22059

18. U.S. Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Internet]. [citado 11 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp

19. Sachser C, Berliner L, Risch E, Rosner R, Birkeland MS, Eilers R, et al. The child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) – validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. Eur J Psychotraumatol. 2022;13(2):2105580. doi:10.1080/20008066.2022.2105580

20. Análisis de traumatismo en niños y adolescentes (CATS-2). Reporte del cuidador (de 7 a 17 años). Versión 2.0 [Internet]. [citado 11 de octubre de 2026]. Disponible en: https://oklahomatfcbt.org/wp-content/uploads/2024/03/CATS-2-Caregiver-Report-Spanish.pdf

21. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L User Guide [Internet]. 2026 [citado 11 de octubre de 2026]. Disponible en: https://euroqol-domain.ams3.digitaloceanspaces.com/wp-content/uploads/2025/01/10172128/Userguide-EQ-5D-5L-2026-07-1.pdf

22. The KIDSCREEN Group. KIDSCREEN-10 Index [Internet]. [citado 11 de octubre de 2026]. Disponible en: http://www.kidscreen.org/english/questionnaires/kidscreen-10-index/

23. Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J, Otto C, Bullinger M, Rose M, et al. The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. Qual Life Res. 2014;23(3):791-803. doi:10.1007/s11136-013-0428-3

24. Waite TD, Chaintarli K, Beck CR, Bone A, Amlôt R, Kovats S, et al. The English national cohort study of flooding and health: cross-sectional analysis of mental health outcomes at year one. BMC Public Health. 2017;17(1):129. doi:10.1186/s12889-016-4000-2

25. Diario Oficial de la Unión Europea. Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Vol. L119. 2016;L119:1-88.

26. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. 1.ª ed. Madrid (España): Dykinson; 2020 [citado 9 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673

27. Servicio de Programas de Salud y Evaluación de Políticas de Salud. Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2022. Principales resultados. València: Conselleria de Sanitat; 2023.

28. Pettrich A, Nesterko Y, Glaesmer H. The prevalence of traumatic experiences and PTSD according to DSM-5 and ICD-11 in the German general population. Epidemiol Psychiatr Sci. 27 de agosto de 2025;34:e44. doi:10.1017/S2045796025100164 PubMed PMID: 40859920; PubMed Central PMCID: PMC12450535.

29. Charlson F, Van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. julio de 2019;394(10194):240-8. doi:10.1016/S0140-6736(19)30934-1