



## Prevalencia y abordaje de los trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones. Eficacia y coste-efectividad de las intervenciones psicológicas en Atención Primaria

*Dr. Antonio Cano Vindel*

*Investigador Principal del ensayo PsicAP*

*Dra. Paloma Ruiz Rodríguez*

*Investigadora Principal del subestudio de análisis económicos*

Abril 2021. Boletín Psicoevidencias nº 59. ISSN 2254-4046

### Prevalencia de los trastornos emocionales en España

Los trastornos emocionales son los trastornos mentales comunes de mayor prevalencia en la Atención Primaria, principalmente ansiedad, depresión y somatizaciones, que alcanzaron el 49,2% de posibles casos, en una muestra de 7.936 pacientes de centros de salud de toda España (Roca et al., 2009) y el 31,2% con al menos un trastorno en los últimos 12 meses, con entrevista semiestructurada diagnóstica (Serrano-Blanco et al., 2010).

Desde el inicio de la pandemia, los problemas de estrés (amenazas sanitarias, económicas, pérdidas de salud, de seres queridos, del apoyo social...) y las alteraciones emocionales consiguientes se han incrementado en la población de todos los países en los que se ha estudiado. Los estudios no han tardado en señalar este incremento generalizado, homogéneo y global de síntomas emocionales y posibles trastornos. En España la Encuesta de Salud Mental durante la pandemia del CIS, de febrero de 2021, con una muestra de más de 3.000 personas, representativa de la población adulta, encontró que los síntomas físicos más experimentados fueron cansancio (51,9%), insomnio (41,9%), dolores de cabeza (38,7%), de espalda (37,9%), de articulaciones (33,1%) y palpitaciones (22,7%); los síntomas psicológicos experimentados muchas o bastantes veces fueron desesperanza con respecto al futuro (24,9%), elevada preocupación por muchas cosas sin poder controlarla (24,5%), inquietud (22,1%), agobio y/o estrés (21,8%), mucha tristeza o depresión (19,8%), soledad (17,2%), mucha ansiedad o miedo (15,7%), e irritabilidad, ira, enfado o agresividad (13,8%). Un 15,8% de la población (9,4% hombres vs 22,0% mujeres) informó haber experimentado ataques de pánico fueron experimentados. Y se detectó un posible trastorno de pánico en el 11,3% (71,7%, del 15,8%) de las personas que manifestaron su preocupación por las consecuencias negativas de estos ataques (CIS, 2021).

La evaluación de posibles casos de depresión y ansiedad en esta encuesta se realizó mediante el PHQ-4. Se encontraron unas prevalencias similares a las alcanzadas en un estudio realizado con el PHQ-9 y el GAD-7, pruebas más amplias, sobre una muestra también representativa de la población, realizado en la Universidad Complutense de





Madrid (Valiente et al., 2020). En este estudio, el 22.1% (95% IC 20.1 - 24.0%) de los encuestados dio positivo en la prueba de cribado de depresión y el 19.6% (95% CI 17.8 – 21.6%) en la de trastorno de ansiedad generalizada. Si se comparan estas prevalencias con las obtenidas para España en la Encuesta Europea de Salud, con los mismos instrumentos de cribado, pocos años antes, se observa que las prevalencias se han duplicado (INE, 2015).

En cuanto al incremento de la prescripción de psicofármacos, la encuesta del CIS encontró un aumento, respecto a antes de la pandemia, del 5,8% (3,4% hombres y 8,2% mujeres), aproximadamente el doble de aumento de las prescripciones anuales que se venían dando con anterioridad al inicio de la pandemia. Este incremento de consumo se mantiene en el tiempo, con duración de tratamientos superiores a 3 meses en el 68,7% de los casos, mientras que el 77,1% continúa en la actualidad. Los psicofármacos más prescritos siguen siendo las benzodiazepinas (en el 58,7% de los casos).

Además, estos problemas de estrés y posibles trastornos emocionales no sólo han afectado a la población adulta, a la que se refieren los datos anteriores, sino que también se han reflejado cambios en el comportamiento de los niños y adolescentes. Un 52,2% de los padres o abuelos que tienen hijos o nietos menores de edad con los que han convivido durante la pandemia han notado cambios en la manera de ser de sus hijos. De aquellos que han notado algún cambio en el comportamiento de sus hijos o nietos convivientes, un 72,7 % asegura que sus hijos o nietos han sufrido “cambios de humor”, un 78,6% “cambios en los hábitos de vida” y un 30,4% “cambios en el sueño”. En este punto debemos recordar que muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia o la adolescencia, pues se sabe que aproximadamente el 50% de los adultos que tienen algún trastorno de ansiedad, ya lo habían desarrollado a la edad de 14 años. Por lo tanto, la intervención temprana debería hacerse también en la etapa infanto-juvenil.

### Abordaje de los trastornos emocionales

Aunque se espera que estas abultadas cifras asociadas a la pandemia puedan remitir, en parte, por sí solas en muchos casos, en otros el problema persistirá si no se presta atención o se hace con técnicas que no son eficaces. La literatura científica refleja que una alta proporción de la población con trastornos emocionales no recibe ningún tipo de tratamiento durante periodos prolongados y, cuando lo recibe, no está basado en la evidencia.

En el estudio ESEMeD-España (Estudio Epidemiológico de los Trastornos Mentales en Europa), un 39% de los pacientes con trastornos de ansiedad no había recibido tratamiento alguno en los últimos 12 meses y, por otro lado, se encontró una media de 10 años de retraso antes de recibir el primer tratamiento. Al analizar la calidad de la atención recibida, se observó que en dos de cada tres casos los tratamientos aplicados no estaban mínimamente basados en la evidencia, tanto si habían sido atendidos en la consulta del especialista en Salud Mental, como si habían recibido el tratamiento



habitual en Atención Primaria (Fernández et al., 2006). La gran mayoría, dos de cada tres pacientes con ansiedad o depresión son habitualmente diagnosticados y tratados en Atención Primaria (Codony et al., 2007; Kovess-Masfety, Alonso, Brugha, Angermeyer, Haro, et al., 2007). Pero, en ambos casos, el tratamiento se basa esencialmente en la prescripción de psicofármacos o medicamentos psicotrópicos (más del 60% de los casos tratados), sobre todo ansiolíticos o benzodiazepinas, cuyo consumo crece anualmente desde que tenemos registros, a pesar de que su uso está desaconsejado por la evidencia, debido a falta de eficacia y probabilidad de desarrollar adicción, así como porque aumentan la probabilidad de sufrir accidentes de tráfico o experimentar caídas y rotura de cadera en personas mayores.

Las guías de práctica clínica, como la prestigiosa guía NICE, señalan que, para la mayoría de los trastornos emocionales, la recomendación inicial de tratamiento es la terapia psicológica (NICE, 2011). Pero el número de psicólogos clínicos en nuestro Sistema Nacional de Salud alcanza tan sólo una media de 6 profesionales por 100.000 habitantes, la más baja de Europa (12 menos que la media, 18/100.000) en el estudio ESEMeD. Por ello, menos de un 1% de los pacientes con un trastorno de ansiedad activo en los últimos 12 meses ha recibido tratamiento psicológico, sin fármacos, en el último año; y, en el caso de los pacientes con depresión, esta proporción alcanza entorno a un 5%. A su vez, España es el segundo país de la OCDE en consumo de las desaconsejadas benzodiazepinas y en 2018 la tasa de consumo de psicofármacos (tranquilizantes, antidepresivos y somníferos) alcanzó las 169,7 dosis definidas diarias, por 1000 habitantes (Kovess-Masfety, Alonso, Brugha, Angermeyer, Haro, M.D., et al., 2007; OECD, 2021).

Sin embargo, en nuestro país han comenzado a surgir iniciativas que intentan ofrecer las intervenciones que aconseja la evidencia. Así, el ensayo clínico aleatorizado, simple ciego de dos brazos, grupo experimental y control PsicAP (Psicología en Atención Primaria) ha comparado la eficacia de las técnicas psicológicas basadas en evidencia, las técnicas cognitivo-conductuales, en grupos transdiagnósticos, frente al tratamiento habitual. El estudio se hizo en 1.061 pacientes que presentaron algún trastorno emocional de depresión (PHQ-9), ansiedad (GAD-7), pánico (PHQ-PD) o somatizaciones (PHQ-15) de 22 centros de salud de 8 comunidades autónomas, con el fin de analizar su eficacia, coste-eficacia y coste-efectividad (Cano-Vindel et al., 2021).

Los participantes del grupo experimental además del tratamiento habitual, recibieron 7 sesiones de entrenamiento psicológico, en grupos de unas 8 personas, a lo largo de unas 12-14 semanas y el grupo control recibió exclusivamente el tratamiento habitual de AP ofrecido por su médico/a de familia, durante el mismo periodo de tiempo. Se hicieron evaluaciones pre, postratamiento y seguimiento a 3, 6 y 12 meses en las escalas clínicas y también se registraron costes directos, indirectos, otras variables sociodemográficas, discapacidad y se administró el EuroQoL 5D-5L (versión española) para medir utilidad o años de vida ajustados por calidad (QALY-AVAC).





Tras la intervención, la intensidad de los síntomas de depresión (PHQ-9) y de ansiedad (GAD-7) disminuyeron más en el grupo experimental que en el grupo control con un tamaño del efecto grande. La intensidad de los síntomas somáticos (PHQ-15) y la discapacidad también disminuyeron más en el grupo experimental que en el grupo control, pero con tamaño del efecto medio. En los seguimientos a 12 meses las diferencias en la intensidad de síntomas se mantuvieron claramente en las tres medidas de síntomas emocionales, depresión, ansiedad y somatizaciones, así como en la discapacidad. Estos resultados demuestran que es factible aplicar este protocolo de tratamiento psicológico en las consultas de Atención Primaria, con una tasa de abandono para el tratamiento psicológico, a pesar de las citas grupales para unas 8 personas, similar al del tratamiento habitual de Atención Primaria. Además, resulta mucho más eficaz añadir el tratamiento psicológico, que seguir aplicando el tratamiento habitual, esencialmente farmacológico, que tiende a mantener niveles altamente crónicos de síntomas emocionales y de trastornos mentales (ansiedad, depresión y somatizaciones).

En cuanto a la costo-efectividad, una tesis doctoral en la Universidad Complutense de Madrid (UCM), sobre análisis económico del tratamiento psicológico del ensayo PsicAP versus el tratamiento habitual, concluía que el tratamiento psicológico probado en PsicAP es costo-efectivo (con solo una media de 27,4 euros de coste del tratamiento psicológico por persona, para conseguir una eficacia 3,5 veces superior a la del tratamiento habitual), tanto para depresión (7 puntos de disminución media en PHQ-9 para el tratamiento psicológico vs 2 puntos de disminución media para el tratamiento habitual) como para los trastornos de ansiedad (similar a depresión, con 7 puntos de disminución en GAD-7 vs 2 puntos). En costes globales, no se encontraron diferencias significativas e incluso se observó que tendían a disminuir los costes globales en las evaluaciones de seguimiento al cabo de un año del grupo experimental. Los resultados en eficacia se mantuvieron a lo largo de 12 meses y en coste-eficacia se observó un ahorro medio de 465 euros para depresión y 368 para ansiedad, al cabo de los 12 meses en el grupo experimental.

El tratamiento psicológico también mejoró la calidad de vida con un tamaño del efecto medio, mientras que el tratamiento habitual no sólo no mejoró la calidad de vida, sino que en el seguimiento a un año se había deteriorado, algo propio de la cronicidad. Estos resultados están en línea con la literatura científica revisada, que señala que el tratamiento habitual tiende a la cronicidad, la comorbilidad y la discapacidad, deteriorando la calidad de vida, mientras que el tratamiento psicológico resulta eficaz, mejora la calidad de vida y reduce los costes (Layard & Clark, 2015).



## Prevención de los trastornos emocionales

La sanidad española dedica menos de un 5% de sus recursos a la prevención, lo que sin duda arroja un balance negativo en los análisis de las consecuencias. Pero la necesidad de hacerlo en este momento es imperiosa. Si la OMS viene advirtiendo desde hace años a todos los países que la salud mental es la gran olvidada de la sanidad, a pesar de la gran carga que supone para las economías, especialmente para los países occidentales. Si el 50% de los costes se deben a los trastornos mentales comunes, es decir, a los trastornos emocionales. Si en la crisis financiera de 2008 aumentaron los casos de depresión en Atención Primaria un 19% entre 2006 y 2010 (Gili et al., 2014). Si con la pandemia ya se han duplicado las prevalencias en la población general de los trastornos de ansiedad, la depresión, las somatizaciones o los trastornos del sueño. Si una probable crisis económica posterior a la pandemia tendería a aumentar los problemas emocionales en las capas de población más vulnerables. Si ya un tercio de la población española está viviendo con unos ingresos por debajo del umbral de la pobreza. Si para reducir los problemas emocionales existen tratamientos eficaces y coste-eficaces, que no se están usando. Si la no intervención o la intervención con técnicas que no son eficaces conduce a la cronicidad, comorbilidad, discapacidad y en algunos casos al suicidio (Nock et al., 2009). Entonces, esa carga estimada en el 2,2% de nuestro PIB con datos de 2010, tenderá a aumentar y a hacerse insostenible para nuestra economía, tal y como habían predicho la OMS y el Banco Mundial (Bloom et al., 2011). De manera que, si hoy se queja ya la población de la falta de atención psicológica para estos problemas, en el futuro podría empeorar si no se interviene.

Se pueden diseñar programas de prevención y reducción de la prevalencia de los trastornos mentales comunes o trastornos emocionales (Ormel & Vonkorff, 2020). Especialmente, en la población más vulnerable a nivel económico, social y cultural, donde se observa una mayor prevalencia de los trastornos mentales comunes y un mayor consumo de psicofármacos, especialmente en épocas de crisis, como sucedió en la crisis financiera de 2008 y como está empezando a suceder en la actual pandemia por COVID-19. Los problemas emocionales recientes o leves obtienen buenos resultados terapéuticos con tratamientos cognitivo-conductuales de baja intensidad, incluidos los de autoayuda guiada, como se ha demostrado en la iniciativa IAPT que se ha desarrollado desde 2008 en Reino Unido para acercar el tratamiento psicológico a grandes masas de población, con excelentes resultados a nivel de coste-efectividad.

Esta intervención temprana debería iniciarse con la adquisición de información básica sobre las emociones y su manejo. Para pasar después a la adquisición de habilidades de manejo mediante el entrenamiento. El programa se basaría en la alfabetización emocional de la población general de bajo nivel cultural y podría diseñarse partiendo de la estructura e información del protocolo de tratamiento PsicAP, que ha demostrado su eficacia y se fundamenta en





el aprendizaje emocional y las técnicas cognitivo-conductuales con mejor evidencia, que promueven la adquisición de información y el entrenamiento de habilidades sobre manejo del estrés y de las emociones.

Se deberían crear distintos formatos y canales de difusión como un manual de autoayuda, trípticos de difusión, vídeos cortos explicativos, charlas y entrevistas en canales públicos y medios de comunicación locales, grupos abiertos en redes sociales, como Facebook, así como una Web con contenidos interactivos, todo ello dirigido especialmente a población con nivel cultural bajo o medio.

Igualmente, sería muy relevante evaluar la eficacia y coste-eficacia del programa mediante encuestas de evaluación de la población diana, con tres momentos de medidas repetidas, pretratamiento (antes de poner en marcha el programa), postratamiento y seguimiento a 12 meses. Se evaluarían como medidas principales, los síntomas y trastornos emocionales de ansiedad y depresión, la disfunción o discapacidad y la calidad de vida.

Sin duda los escasos recursos invertidos supondrían una gran inversión que ayudaría a paliar y reducir la prevalencia y el impacto de los problemas emocionales.

## Referencias

Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Feigl, A. B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A. Z., & Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum. [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf)

Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & González-Blanch, C. (2021). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1–13. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005498>

Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., Fernandez, A., Usall, J., Dolz, M., & Haro, J. M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. In *Actas Esp Psiquiatr: Vol. 35 Suppl 2* (2008/06/11, pp. 21–28). [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=18264866](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18264866)

Centro de investigaciones sociológicas. Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la Pandemia de la covid-19. Avance de resultados. Febrero. 2021. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Encuesta-salud-mental-covid19-cis-avance-resultados.pdf>







- Editor. (2008). News from WHO and Wonca: new report calls for mental health to be better integrated into primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 5(2), 125. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22477858>
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., Salvador-Carulla, L., Ayuso-Mateos, J. L., Fullana, M. A., & Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96(1–2), 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.005>
- Gili, M., García Campayo, J., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
- Ho, F. Y.-Y., Yeung, W.-F., Ng, T. H.-Y., & Chan, C. S. (2016). The Efficacy and Cost-Effectiveness of Stepped Care Prevention and Treatment for Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Scientific Reports*, 6(1), 29281. <https://doi.org/10.1038/srep29281>
- INE. (2015). *Encuesta Europea de salud en España (ESEE 2014)*. Www.ine.es. [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2014.htm](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm)
- James, S. L., Abate, D., Hassen Abate, K., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Suliankatchi Abdulkader, R., Abebe, Z., Abera, S. F., Zewdie Abil, O., Niguse Abraha, H., Jamal Abu-Raddad, L., E Abu-Rmeileh, N. M., Mario Kokou Accrombessi, M., ... Collaborators, P. (2018). *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T. S., Angermeyer, M. C., Haro, M.D., J. M., Sevilla-Dedieu, C., & ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. (2007). Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries. *Psychiatric Services*, 58(2), 213–220. <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2007.58.2.213>
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T. S., Angermeyer, M. C., Haro, J. M., Sevilla-Dedieu, C., Bernert, S., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Katz, S. J., Kessler, R. C., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., & Vilagut, G. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58(2), 213–220. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.2.213>
- Layard, R., & Clark, D. M. (2015). Why More Psychological Therapy Would Cost Nothing. *Frontiers in Psychology*, 6, 1713. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01713>
- NICE. (2011). *Common mental health disorders: identification and pathways to care. Clinical guideline [CG123]*. NICE. British Psychological Society. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/>
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E.,





- Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess, V., ... Williams, D. R. (2009). Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000123. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
- OECD. (2021). *OECD Health Data: Pharmaceutical market, OECD Health Statistics (database)*. Doi: 10.1787/Data-00545-En. <http://stats.oecd.org/index.aspx?r=512151#>
- Ormel, J., & Vonkorff, M. (2020). Reducing Common Mental Disorder Prevalence in Populations. In *JAMA Psychiatry*. American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3443>
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2013). Cost of improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: an analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.001>
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>
- Ruiz-Rodríguez, P. (2019). *Análisis de coste-efectividad y coste-utilidad del tratamiento cognitivo-conductual de los desórdenes emocionales en Atención Primaria frente a tratamiento convencional* [Universidad Complutense de Madrid]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=248417>
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz Navarro, R., Medrano, L., Moriana, J. A., Buiza Aguado, C., Jiménez Cabré, G., & González-Blanch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., Roura, P., Bertsch, J., Mercader, M., & Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 201–210. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y>
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., Trucharte, A., & Bentall, R. P. (2020). *VIDA-COVID-19. Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas*. Universidad Complutense de Madrid. <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivomalestar3520-final-1>

