

Original

Prevalencia de depresión y factores socioeconómicos asociados: evolución en los periodos previo y posterior a la COVID-19



Myrian Pichiule-Castañeda^{a,*}, María Ysabel Mendoza-Gómez^b, María Felicitas Domínguez-Berjón^a y Ana Gandarillas Grande^a

^a Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de marzo de 2025

Aceptado el 18 de septiembre de 2025

On-line el 28 de octubre de 2025

Palabras clave:

Depresión

Encuestas de salud

Factores socioeconómicos

Equidad de género

RESUMEN

Objetivo: Analizar la evolución de la prevalencia de depresión en la población adulta de la Comunidad de Madrid en los periodos previo y posterior a la pandemia de COVID-19, por sexo y según variables socioeconómicas.

Método: Los datos proceden del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles en población de 18-64 años. Se analizan los periodos pre-COVID-19 (2018 y 2019), COVID-19 (2020, 2021 y 2022) y post-COVID-19 (2023). Se consideró depresión una puntuación ≥ 10 en el cuestionario PHQ-8. Se calcularon prevalencias y razones de prevalencia por periodos y entre periodos, con intervalos de confianza del 95% (IC95%), según modelos de regresión de Poisson por sexo y ajustadas por variables socioeconómicas.

Resultados: En 11.959 participantes, la prevalencia de depresión en los hombres fue del 3,6% (IC95%: 2,8-4,5) en el periodo pre-COVID-19, del 6,6% (IC95%: 5,7-7,5) en el periodo COVID-19 y del 7,8% (IC95%: 6,3-9,7) en el periodo post-COVID-19; en las mujeres fue del 6,4% (IC95%: 5,4-7,6), el 13,0% (IC95%: 11,8-14,2) y el 12,7% (IC95%: 10,8-14,9), respectivamente. Las razones de prevalencia respecto al periodo previo ajustadas por variables socioeconómicas indican un incremento en el periodo COVID-19, que se mantiene en el periodo post-COVID-19, y con un incremento en la brecha de género durante la pandemia. En los hombres se aprecia un gradiente socioeconómico con incrementos en los de menor nivel educativo y clase social ocupacional más desfavorecida, mientras que en las mujeres el incremento se aprecia en todos los grupos socioeconómicos. En el periodo post-COVID-19 destaca la elevada prevalencia en jóvenes.

Conclusiones: La mayor prevalencia de depresión en las mujeres se acentuó durante la pandemia de COVID-19. El incremento de la depresión muestra diferencias según sexo y nivel socioeconómico.

© 2025 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Prevalence of depression and associated socioeconomic factors: evolution from the pre- to post-COVID-19 periods

ABSTRACT

Keywords:

Depression

Health surveys

Social determinants of health

Gender equity

Objective: To analyse the evolution of the prevalence of depression in adults in the Community of Madrid from the pre- to post-COVID-19 periods according to sex and socioeconomic factors.

Method: The source of information was the Non-communicable Disease Risk-Factor Surveillance System in population aged 18-64 years. Trends are analysed by period: pre-COVID-19 (2018 and 2019), COVID-19 (2020, 2021 and 2022) and post-COVID-19 (2023). Depression was defined as a score ≥ 10 on the PHQ-8 questionnaire. Prevalence and prevalence ratios with 95% confidence intervals (95%CI) were calculated for different periods and for comparisons between periods, according to Poisson regression models by sex and adjusted for socioeconomic variables.

Results: In 11,959 people surveyed, the prevalence of depression in men was 3.6% (95%CI: 2.8-4.5) in the pre-COVID-19, 6.6% (95%CI: 5.7-7.5) in COVID-19 and 7.8% (95%CI: 6.3-9.7) in the post-COVID-19, and in women it was 6.4% (95%CI: 5.4-7.6), 13.0% (95%CI: 11.8-14.2) and 12.7% (95%CI: 10.8-14.9), respectively. The prevalence ratios to respect to the previous period, adjusted for socioeconomic variables, indicate an increase in COVID-19, maintaining this increase in the post COVID-19 period and with an increase in the gender gap during the pandemic. In men, a socioeconomic gradient was observed, with increases among those with the lowest educational attainment and the most disadvantaged socio-occupational class, while for women the increase was observed in all socioeconomic groups. The high prevalence among young people in the post COVID-19 period is noteworthy.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mpichiule@salud.madrid.org (M. Pichiule-Castañeda).

Conclusions: The highest prevalence of depression among women was accentuated during the COVID-19 pandemic. The increase in depression shows differences by sex and socioeconomic status.

© 2025 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La depresión es uno de los principales retos de salud pública. La etiología multifactorial y la gran influencia de los determinantes sociales hacen que su abordaje deba ser integral. La depresión es uno de los factores que más contribuye a la discapacidad y es el principal contribuyente a las muertes por suicidio¹, además de generar unos elevados costes económicos, tanto directos como indirectos^{2,3}.

El estudio del impacto en la salud mental de diferentes acontecimientos sociales relevantes, como la crisis económica de 2008⁴ o las epidemias del siglo XXI⁵, evidencia la vulnerabilidad de la salud mental frente a estas situaciones. La pandemia de COVID-19, considerada por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia de salud pública de importancia internacional de enero de 2020 a mayo de 2023, ha sido una crisis sanitaria mundial sin precedentes en los tiempos modernos, que trajo consigo inseguridad e incertidumbre en los aspectos económicos, sociales, físicos y psicológicos, exacerbándose las inequidades sociales preexistentes e impactando de forma desfavorable en la salud mental de la población⁶⁻⁸. Tras la pandemia se han mantenido o acentuado algunos de esos cambios sociales de la vida diaria, como el aislamiento social y la digitalización en las relaciones y en las formas de trabajo, entre otros.

Para estudiar cómo influyen los determinantes sociales en la depresión se pueden considerar los principales ejes de desigualdad: el género, la clase social, la edad y la etnia⁹. Así, con relación al género, se han reportado prevalencias de depresión 2-3 veces más altas en las mujeres que en los hombres, y una mayor gravedad de la sintomatología depresiva¹⁰. Entre los factores que podrían explicar estas diferencias se incluyen la mayor exposición a situaciones adversas, en particular la violencia de género y el abuso sexual infantil, así como desigualdades estructurales de género^{11,12}.

La asociación negativa entre el nivel socioeconómico y la depresión también ha sido descrita en la literatura científica, con mayores prevalencias en las personas de niveles socioeconómicos más desfavorecidos¹³⁻¹⁵. Para evaluar el nivel socioeconómico se suele considerar el nivel de ingresos, el nivel educativo o la clase social ocupacional, entre otros¹⁶.

En relación a la edad, el gran número de estímulos y estresores a los que están sometidas las personas jóvenes, como el uso de las redes sociales (que se ha exacerbado tras la pandemia de COVID-19), contribuye al incremento de los problemas de depresión^{8,17}. Otros factores que también se han asociado a la depresión han sido el origen racial¹³ y la inmigración¹⁴.

Globalmente, se estima un incremento del 27,6% de casos de depresión mayor respecto a la etapa prepandémica, siendo las mujeres y los jóvenes los más afectados en comparación con los hombres y las personas de mayor edad⁶. En España, los datos de una cohorte longitudinal de Madrid y Barcelona evidenciaron cambios significativos en la prevalencia de depresión entre antes y después del inicio de la pandemia, del 3,06% al 12,00%, con variaciones por grupos de edad y sexo¹⁸.

Las diferencias metodológicas en la estimación de la prevalencia de depresión dificultan la obtención de resultados comparables, incluso dentro del mismo país¹⁹. Las variaciones en la prevalencia, tanto temporales como geográficas, exigen una evaluación periódica para entender el alcance de la depresión, planificar los recursos y establecer medidas preventivas. Por ello, es esencial la utilización

de cuestionarios válidos y fiables para cuantificar el problema y asegurar la equivalencia en las comparaciones^{6,20,21}.

Aunque numerosos estudios han evaluado el impacto de la COVID-19 en la salud mental, son pocos los que cuentan con información poblacional previa y posterior a la pandemia, y que tengan en cuenta la influencia de los determinantes sociales. El objetivo de este estudio ha sido analizar la evolución de la prevalencia de depresión en la población adulta de la Comunidad de Madrid entre los periodos previo y posterior a la pandemia de COVID-19, por sexo y según variables socioeconómicas.

Método

Fuente de información y población de estudio

La información procede de las encuestas anuales de 2018 a 2023 del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles de la Comunidad de Madrid, dirigida a población adulta (SIVFRENT-A). Este sistema de vigilancia, establecido en 1995, se basa en encuestas telefónicas asistidas por ordenador para monitorizar los hábitos de salud y las prácticas preventivas en muestras representativas de población no institucionalizada de 18 a 64 años²². El marco muestral fue el Sistema de Información Poblacional CIBELES, que incluye a la población con Tarjeta Sanitaria Individual expedida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La cobertura de la Tarjeta Sanitaria en la Comunidad de Madrid es del 99%²³. El muestreo anual fue estratificado por sexo, edad y área geográfica, y dentro de cada estrato, la selección del individuo a entrevistar fue aleatoria. La participación fue anónima. La recogida de información se realizó con carácter mensual, excluyendo el mes de agosto. La Comunidad de Madrid es una de las regiones de Europa con mayor densidad poblacional y una de las provincias más afectadas por la COVID-19, según indican los estudios de seroprevalencia²⁴.

En el marco del SIVFRENT-A, el número de encuestas y la tasa de respuesta alcanzada por año fueron las siguientes: en 2018 se realizaron 2006 encuestas y la tasa de respuesta fue del 69,0%; en 2019, 2003 encuestas y 64,1% de respuesta; en 2020, 2008 encuestas y 76,4% de respuesta; en 2021, 2001 encuestas y 80,9% de respuesta; en 2022, 2002 encuestas y 63,4% de respuesta; y en 2023, 2004 encuestas y 53,3% de respuesta. Para este estudio se excluyeron las encuestas de las personas que no contestaron a todas las preguntas del cuestionario de depresión, que en los 6 años de estudio fueron 65 (0,5% de las encuestas realizadas).

Medidas y variables

El *Patient Health Questionnaire* (PHQ) es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la depresión. Las preguntas, referidas a las últimas 2 semanas, incluyen síntomas definitorios según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). El PHQ-8 consta de ocho ítems. Según la frecuencia de aparición de los síntomas en las últimas 2 semanas, se puntúa cada ítem: 0 a 1 día (0 puntos), varios días (1 punto), más de la mitad de los días (2 puntos) y casi todos los días (3 puntos); con una puntuación máxima de 24 puntos. Se consideró depresión una puntuación ≥ 10 puntos^{25,26}. El PHQ-8 tiene propiedades psicométricas similares a las de su versión original de nueve preguntas y ha sido validado en la *Behavioral Risk Factor Surveillance Survey* (BRFSS)

Tabla 1

Distribución de la población de estudio, de 18 a 64 años, por sexo, según el periodo y las características demográficas y socioeconómicas. Comunidad de Madrid, 2018 a 2023

Variables	Total n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	p ^a
Periodo^b				
Pre-COVID-19	3.994 (33,4)	1.941 (33,1)	2.053 (33,7)	0,784
COVID-19	5.974 (50,0)	2.936 (50,1)	3.038 (49,8)	
Post-COVID-19	1.991 (16,6)	985 (16,8)	1.006 (16,5)	
Edad, años				
18-29	2.491 (20,8)	1.249 (21,3)	1.242 (20,4)	0,181
30-44	4.327 (36,2)	2.141 (36,5)	2.186 (35,9)	
45-64	5.141 (43,0)	2.472 (42,2)	2.669 (43,8)	
País de nacimiento				
España	9.418 (78,8)	4.730 (80,7)	4.688 (76,9)	<0,001
Otros	2.541 (21,2)	1.132 (19,3)	1.409 (23,1)	
Nivel de estudios				
Superior	2.351 (40,1)	2.604 (42,7)	4.955 (41,5)	0,015
Intermedio	2.310 (39,4)	2.303 (37,8)	4.613 (38,6)	
Básico e inferior	1.199 (20,5)	1.186 (19,5)	2.385 (20,0)	
Situación laboral				
Trabajo remunerado	9.295 (77,7)	4.784 (81,6)	4.511 (74,0)	<0,001
Desempleo	1.038 (8,7)	438 (7,5)	600 (9,8)	
Otra	1.626 (13,6)	640 (10,9)	986 (16,2)	
Clase social				
I-II	4.061 (35,6)	2.155 (38,4)	1.906 (32,9)	<0,001
III	2.817 (24,7)	1.146 (20,4)	1.671 (28,9)	
IV-V	4.530 (39,7)	2.316 (41,2)	2.214 (38,2)	
Total (% fila)	11.959 (100,0)	5.862 (49,0)	6.097 (51,0)	

^a Prueba de ji al cuadrado.^b Pre-COVID-19: 2018 y 2019; COVID-19: 2020, 2021 y 2022; post-COVID-19: 2023.

americana con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 98% para cualquier trastorno depresivo²⁵. En España, el PHQ-8 se ha validado en consultas de atención primaria con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 91%^{20,27}.

Las variables demográficas y socioeconómicas de estudio fueron el grupo de edad (18-29, 30-44 y 45-64 años); el país de nacimiento (España u otros países); el máximo nivel de estudios alcanzado siguiendo la Clasificación Nacional de Educación de 2014 (CNED-2014)²⁸, en tres categorías: superiores (universitarios), intermedios y básicos o inferiores (sin estudios o solo con estudios obligatorios); la situación laboral (trabajo remunerado, desempleo y otro); y la clase social a partir de la ocupación actual o última desempeñada, de menos a más desfavorecida: I-II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios), III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia) y IV-V (trabajadores/as manuales)²⁹.

El periodo de estudio se agrupó en tres categorías según los años de evolución respecto a la pandemia: pre-COVID-19 (2018 y 2019), COVID-19 (2020, 2021 y 2022) y post-COVID-19 (2023).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y se utilizó la prueba de ji al cuadrado para valorar la distribución de la proporción de cada variable según el sexo. Se calcularon las prevalencias de depresión con intervalos de confianza del 95% (IC95%) para hombres y mujeres, por periodo y según las variables demográficas y socioeconómicas.

La asociación de depresión con los periodos de estudio y las variables socioeconómicas se estudió mediante el cálculo de la razón de prevalencia (RP) con su IC95%, tomando como referencia el periodo pre-COVID-19 y en cada categoría aquella más favorecida. Se concluyó con un análisis multivariado que incorporó todas las variables estudiadas. Se valoró la interacción de primer orden entre el sexo y el periodo de estudio.

Las desigualdades y los cambios entre periodos se estimaron mediante RP con IC95% de cada periodo respecto al anterior y entre periodos extremos, por categorías de variables socioeconómicas. Para analizar el cambio entre periodos con independencia de las variables socioeconómicas se estimaron las RP ajustadas por estas.

El análisis se realizó aplicando modelos de regresión de Poisson con varianza robusta en el marco de los modelos lineales generalizados. Los resultados se presentan estratificados por sexo. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con STATA versión 18.0 (StataCorp, College Station, Texas, USA).

Resultados

La estructura de la población de la Comunidad de Madrid según los criterios de estratificación no presentó diferencias respecto a la población encuestada. Se analizaron 11.959 encuestas, de las cuales el 51% fueron realizadas a mujeres.

En la [tabla 1](#) se presenta la distribución de la población de estudio por sexo. Se encontraron diferencias por país de nacimiento, con un mayor porcentaje de mujeres nacidas fuera de España que de hombres. En cuanto a la procedencia de estos otros países, cabe resaltar que un 71,2% es población que procede de países con un Índice de Desarrollo Humano $< 0,8$. Por situación laboral, los hombres presentaron mayores porcentajes de trabajo remunerado y las mujeres mayores porcentajes de desempleo. También se encontraron diferencias por nivel educativo y por clase social, con porcentajes ligeramente más altos de grupos más favorecidos entre los hombres.

La prevalencia de depresión en los 6 años de estudio fue del 5,8% en los hombres y del 10,7% en las mujeres. Las prevalencias de depresión por periodo de estudio y características socioeconómicas en los hombres y las mujeres se presentan en las [tablas 2 y 3](#). Globalmente, la prevalencia de depresión en los hombres pasó del 3,6% (IC95%: 2,8-4,5) en el periodo pre-COVID-19 al 6,6% (IC95%: 5,7-

Tabla 2Prevalencia de depresión (PHQ-8 ≥ 10) según periodo y variables demográficas y socioeconómicas en hombres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2018 a 2023

Variables	Periodo ^a			Total hombres (2018-2023) % (IC95%)
	Pre-COVID-19 % (IC95%)	COVID-19 % (IC95%)	Post-COVID-19 % (IC95%)	
<i>Edad, años</i>				
18-29	5,0 (3,2-7,6)	7,6 (5,8-10,0)	12,3 (8,5-17,3)	7,6 (6,3-9,2)
30-44	2,7 (1,7-4,1)	5,9 (4,6-7,5)	7,0 (4,7-10,2)	5,0 (4,1-6,0)
45-64	3,7 (2,6-5,3)	6,6 (5,3-8,1)	6,2 (4,2-8,9)	5,6 (4,7-6,6)
<i>País de nacimiento</i>				
España	3,7 (2,9-4,8)	6,3 (5,4-7,4)	8,0 (6,3-10,1)	5,8 (5,1-6,5)
Otros	2,8 (1,5-5,0)	7,5 (5,7-10,0)	7,0 (4,1-11,7)	5,9 (4,7-7,5)
<i>Nivel de estudios</i>				
Superior	2,4 (1,5-3,8)	3,9 (3,0-5,2)	5,0 (3,3-7,5)	3,7 (3,0-4,5)
Intermedio	4,3 (3,1-6,1)	7,7 (6,3-9,3)	9,7 (7,2-13,1)	6,9 (6,0-8,0)
Básico o inferior	4,1 (2,6-6,3)	9,9 (7,7-12,6)	10,8 (6,8-16,7)	7,8 (6,4-9,4)
<i>Situación laboral</i>				
Trabajo remunerado	3,1 (2,3-4,1)	5,1 (4,3-6,1)	7,3 (5,7-9,3)	4,8 (4,2-5,5)
Desempleo	8,2 (4,6-14,2)	17,3 (13,1-22,4)	12,2 (5,6-24,7)	13,9 (11,0-17,5)
Otra	4,1 (2,2-7,8)	9,0 (6,3-12,6)	10,0 (5,4-17,6)	7,5 (5,7-9,8)
<i>Clase social</i>				
I-II	2,8 (1,8-4,4)	4,0 (3,0-5,3)	5,9 (4,0-8,6)	4,0 (3,2-4,9)
III	2,4 (1,2-4,5)	6,7 (4,9-9,1)	9,4 (6,1-14,2)	5,8 (4,6-7,3)
IV-V	4,5 (3,3-6,1)	8,9 (7,4-10,7)	9,4 (6,7-13,1)	7,3 (6,3-8,5)
Total	3,6 (2,8-4,5)	6,6 (5,7-7,5)	7,8 (6,3-9,7)	5,8 (5,2-6,4)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a Pre-COVID-19: 2018 y 2019; COVID-19: 2020, 2021 y 2022; post-COVID-19: 2023.**Tabla 3**Prevalencia de depresión (PHQ-8 ≥ 10) según periodo y variables demográficas y socioeconómicas en mujeres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2018 a 2023

Variables	Periodo ^a			Total mujeres (2018 a 2023) % (IC95%)
	Pre-COVID-19 % (IC95%)	COVID-19 % (IC95%)	Post-COVID-19 % (IC95%)	
<i>Edad, años</i>				
18-29	5,7 (3,8-8,4)	14,5 (11,9-17,5)	17,6 (13,0-23,4)	12,2 (10,5-14,1)
30-44	5,5 (4,1-7,4)	11,0 (9,2-13,0)	14,2 (10,9-18,4)	9,6 (8,4-10,9)
45-64	7,6 (6,0-9,5)	13,8 (12,1-15,8)	9,3 (6,9-12,3)	11,0 (9,9-12,3)
<i>País de nacimiento</i>				
España	5,6 (4,6-6,9)	12,8 (11,6-14,3)	12,1 (10,0-14,6)	10,3 (9,4-11,2)
Otros	9,2 (6,9-12,2)	13,4 (11,1-16,1)	14,7 (10,7-19,9)	12,2 (10,6-14,0)
<i>Nivel de estudios</i>				
Superior	3,8 (2,7-5,4)	8,5 (7,1-10,1)	8,0 (5,9-10,8)	7,0 (6,0-8,0)
Intermedio	6,5 (5,0-8,5)	14,7 (12,7-16,8)	16,8 (13,4-21,0)	12,3 (11,0-13,7)
Básico o inferior	10,6 (8,1-13,6)	20,3 (17,1-23,9)	18,4 (12,9-25,5)	16,0 (14,0-18,2)
<i>Situación laboral</i>				
Trabajo remunerado	5,8 (4,7-7,1)	10,6 (9,3-11,9)	10,8 (8,8-13,2)	9,0 (8,2-9,9)
Desempleo	6,7 (3,9-11,5)	19,7 (15,8-24,3)	22,8 (15,4-32,5)	16,3 (13,6-19,5)
Otra	9,0 (6,4-12,5)	19,5 (16,2-23,2)	16,2 (11,1-23,1)	15,2 (13,1-17,6)
<i>Clase social</i>				
I-II	3,9 (2,6-5,8)	8,0 (6,4-9,9)	8,3 (5,9-11,6)	6,8 (5,7-8,0)
III	4,5 (3,0-6,5)	12,4 (10,3-14,8)	10,5 (7,5-14,7)	9,4 (8,1-10,9)
IV-V	9,5 (7,6-11,7)	17,4 (15,3-19,8)	18,6 (14,7-23,4)	14,7 (13,3-16,3)
Total	6,4 (5,4-7,6)	13,0 (11,8-14,2)	12,7 (10,8-14,9)	10,7 (10,0-11,5)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a Pre-COVID-19: 2018 y 2019; COVID-19: 2020, 2021 y 2022; post-COVID-19: 2023.

7,5) en el periodo COVID-19 y al 7,8% (IC95%: 6,3-9,7) en el periodo post-COVID-19, y en las mujeres del 6,4% (IC95%: 5,4-7,6) al 13,0% (IC95%: 11,8-14,2) y al 12,7% (IC95%: 10,8-14,9), respectivamente. Las prevalencias por cada año de estudio se pueden consultar en las tablas [A.1](#) y [A.2 del Material suplementario](#).

En el periodo pre-COVID-19, los porcentajes más altos de depresión se encontraron en los desempleados (8,2%; IC95%: 4,6-14,2) entre los hombres y en las de menor nivel educativo (10,6%; IC95%: 8,1-13,6) entre las mujeres. Tanto en los hombres como en las mujeres, en el periodo COVID-19 se observaron altos porcentajes en

las personas en desempleo, con menor nivel educativo y de clase social más desfavorecida, siendo los valores más altos en los desempleados (17,3%; IC95%: 13,1-22,4) entre los hombres y en las de menor nivel educativo (20,3%; IC95%: 17,1-23,9) entre las mujeres. En el periodo post-COVID-19, tanto en los hombres como en las mujeres destacan las elevadas prevalencias en el grupo de edad de 18-29 años (12,3%, IC95%: 8,5-17,3 en hombres; 17,6%, IC95%: 13,0-23,4 en mujeres) y en quienes se encuentran en desempleo (12,2%, IC95%: 5,6-24,7% en hombres; 22,8%, IC95%: 15,4-32,5 en mujeres).

Tabla 4

Asociación entre depresión (PHQ-8 ≥ 10) y periodo de estudio y variables demográficas y socioeconómicas, en hombres y mujeres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2018 a 2023

Variables	Hombres		Mujeres	
	RPc (IC95%)	RPa (IC95%) ^a	RPc (IC95%)	RPa (IC95%) ^a
Periodo^b				
Pre-COVID-19	1,00	1,00	1,00	1,00
COVID-19	1,85 (1,41-2,42) ^c	1,88 (1,43-2,48) ^c	2,02 (1,67-2,44) ^c	2,09 (1,72-2,54) ^c
Post-COVID-19	2,20 (1,60-3,02) ^c	2,45 (1,77-3,39) ^c	1,98 (1,57-2,49) ^c	2,12 (1,67-2,70) ^c
Edad, años				
18-29	1,00	1,00	1,00	1,00
30-44	0,65 (0,50-0,85) ^c	0,72 (0,54-0,96) ^c	0,79 (0,65-0,96) ^c	0,9 (0,73-1,11)
45-64	0,73 (0,57-0,94) ^c	0,74 (0,57-0,96) ^c	0,91 (0,75-1,09)	0,9 (0,74-1,10)
País de nacimiento				
España	1,00	1,00	1,00	1,00
Otros	1,03 (0,79-1,33)	0,86 (0,65-1,13)	1,19 (1,01-1,40) ^c	0,98 (0,82-1,18)
Nivel de estudios				
Superior	1,00	1,00	1,00	1,00
Intermedio	1,89 (1,47-2,45) ^c	1,57 (1,15-2,13) ^c	1,77 (1,48-2,11) ^c	1,35 (1,09-1,68) ^c
Básico e inferior	2,12 (1,59-2,82) ^c	1,73 (1,21-2,47) ^c	2,3 (1,90-2,79) ^c	1,65 (1,29-2,12) ^c
Situación laboral				
Trabajo remunerado	1,00	1,00	1,00	1,00
Desempleo	2,90 (2,22-3,78) ^c	2,47 (1,87-3,26) ^c	1,81 (1,48-2,22) ^c	1,52 (1,24-1,87) ^c
Otra	1,56 (1,16-2,11) ^c	1,26 (0,88-1,82)	1,69 (1,42-2,01) ^c	1,48 (1,21-1,80) ^c
Clase social				
I-II	1,00	1,00	1,00	1,00
III	1,44 (1,06-1,97) ^c	1,19 (0,86-1,63)	1,39 (1,11-1,74) ^c	1,17 (0,91-1,50)
IV-V	1,84 (1,43-2,37) ^c	1,30 (0,94-1,78)	2,18 (1,79-2,64) ^c	1,55 (1,20-2,00) ^c

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RPa: razón de prevalencia ajustada; RPc: razón de prevalencia cruda.

^a Variables de ajuste: edad en grupos, país de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral y clase social.

^b Pre-COVID-19: 2018 y 2019; COVID-19: 2020, 2021 y 2022; post-COVID-19: 2023.

^c Diferencias estadísticamente significativas.

En la [tabla 4](#) se muestran la asociación de depresión con periodos y variables socioeconómicas y demográficas, y los resultados del análisis multivariante. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar la interacción del sexo y el periodo de estudio; sin embargo, debido a las diferencias relevantes entre hombres y mujeres, se decidió realizar un análisis estratificado por sexo. Al ajustar por periodo de estudio, en los hombres es la situación laboral la variable que se asocia con más fuerza a la depresión (RPa: 2,47, IC95%: 1,87-3,26, del desempleo respecto a los que tienen trabajo activo), mientras que en las mujeres es el nivel educativo (RPa: 1,65, IC95%: 1,29-2,12, de las de menor nivel educativo respecto a aquellas con estudios superiores).

Los cambios en la prevalencia de depresión entre periodos según las variables demográficas y socioeconómicas se presentan en las [tablas 5 y 6](#). En los hombres, la RP entre periodos ajustada por variables demográficas y socioeconómicas muestra un incremento significativo en el periodo COVID-19 respecto al pre-COVID-19 (RP: 1,88; IC95%: 1,43-2,48) y en el post-COVID-19 respecto al COVID-19 (RP: 1,31; IC95%: 1,01-1,69), mientras que en las mujeres el incremento se produce en el periodo COVID-19 respecto al pre-COVID-19 (RP: 2,09; IC95%: 1,73-2,54). En el periodo COVID-19, en los hombres se aprecia un gradiente socioeconómico con incrementos entre los de menor nivel educativo y de clase social más desfavorecida, mientras que en las mujeres llama la atención el incremento en todos los grupos socioeconómicos. En el periodo post-COVID-19 respecto al periodo COVID-19, cabe destacar en los hombres el incremento entre los de menor edad (RP: 1,61; IC95%: 1,03-2,51). En las comparaciones entre periodos extremos, en los hombres los mayores incrementos se aprecian en los de clase social III (RP: 3,93; IC95%: 1,81-8,53), y en las mujeres, en aquellas en desempleo (RP: 3,39; IC95%: 1,74-6,58) y de 18-29 años (RP: 3,09; IC95%: 1,89-5,07). Los cambios interanuales se pueden consultar en las [tablas A.3 y A.4 del Material suplementario](#)).

Discusión

La prevalencia de depresión en la Comunidad de Madrid, medida con el PHQ-8, aumentó significativamente tanto en los hombres como en las mujeres durante la pandemia de COVID-19, se mantuvo en el periodo posterior e incluso aumentó aún más en los hombres. En las mujeres, la prevalencia es casi el doble que en los hombres y esta diferencia se acentuó durante la pandemia de COVID-19. Las características socioeconómicas asociadas al incremento de la depresión varían según el sexo y el periodo de estudio. En el periodo COVID-19, en los hombres se aprecia un gradiente socioeconómico y en las mujeres destacan los incrementos en todos los grupos socioeconómicos estudiados. En el periodo post-COVID-19 destacan las altas prevalencias en las personas más jóvenes y en desempleo, en especial entre las mujeres.

El aumento en la prevalencia de depresión tras la pandemia se ha evidenciado también en otras investigaciones⁸ y en la Encuesta de Salud de España (ESdE) de 2023, en la que la prevalencia de alguna sintomatología depresiva, incluida la leve, fue del 24,4% en los hombres y del 35,1% en las mujeres, evidenciándose en la evolución un incremento en la brecha de género³⁰. Estos datos están también en consonancia con la información de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) de España, según la cual, en 2022, un 15% de las mujeres y un 6% de los hombres habían consumido al menos un envase de antidepresivos en el último año³¹. El incremento del uso de hipnosedantes en 2022 se ha atribuido a los efectos psicológicos de la pandemia, así como a la ansiedad, el insomnio, el aislamiento social, las preocupaciones laborales y la incertidumbre sobre el futuro³².

Las desigualdades de género suelen exacerbarse en las crisis sociales, económicas y sanitarias⁸, como se ha evidenciado en nuestro estudio. En las mujeres, los porcentajes de depresión registrados en el periodo COVID-19 respecto al anterior muestran un

Tabla 5Cambios en la prevalencia de depresión (PHQ-8 ≥ 10) entre periodos según variables demográficas y socioeconómicas, en hombres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2018 a 2023

Variables	COVID-19 vs. pre-COVID-19 RP (IC95%)	Post-COVID-19 vs. COVID-19 RP (IC95%)	Post-COVID-19 vs. pre-COVID-19 RP (IC95%)
<i>Edad, años</i>			
18-29	1,53 (0,92-2,54)	1,61 (1,03-2,51) ^a	2,46 (1,41-4,29) ^a
30-44	2,23 (1,36-3,66) ^a	1,18 (0,75-1,86)	2,63 (1,47-4,70) ^a
45-64	1,79 (1,18-2,70) ^a	0,94 (0,61-1,44)	1,67 (1,00-2,81)
<i>País de nacimiento</i>			
España	1,69 (1,26-2,28) ^a	1,26 (0,95-1,67)	2,14 (1,52-3,02) ^a
Otros	2,73 (1,39-5,37) ^a	0,93 (0,51-1,69)	2,55 (1,14-5,71) ^a
<i>Nivel de estudios</i>			
Superior	1,65 (0,96-2,86)	1,28 (0,78-2,10)	2,12 (1,14-3,95) ^a
Intermedio	1,76 (1,20-2,60) ^a	1,27 (0,88-1,83)	2,24 (1,43-3,52) ^a
Básico o inferior	2,43 (1,46-4,02) ^a	1,09 (0,66-1,83)	2,66 (1,42-4,98) ^a
<i>Situación laboral</i>			
Trabajo remunerado	1,65 (1,19-2,29) ^a	1,43 (1,06-1,93) ^a	2,37 (1,64-3,42) ^a
Desempleo	2,10 (1,12-3,94) ^a	0,71 (0,32-1,58)	1,49 (0,58-3,83)
Otra	2,16 (1,04-4,49) ^a	1,11 (0,56-2,21)	2,41 (1,01-5,76) ^a
<i>Clase social</i>			
I-II	1,42 (0,83-2,43)	1,47 (0,91-2,39)	2,09 (1,15-3,80) ^a
III	2,82 (1,38-5,78) ^a	1,39 (0,82-2,36)	3,93 (1,81-8,53) ^a
IV-V	1,98 (1,38-2,84) ^a	1,06 (0,72-1,56)	2,10 (1,32-3,32) ^a
<i>RP cruda entre periodos</i>	1,85 (1,41-2,42) ^a	1,19 (0,92-1,53)	2,20 (1,60-3,02) ^a
<i>RP entre periodos ajustada^b</i>	1,88 (1,43-2,48) ^a	1,31 (1,01-1,69) ^a	2,38 (1,72-3,29) ^a

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de prevalencia.

^a Diferencias estadísticamente significativas.^b Variables de ajuste: edad en grupos, país de nacimiento, nivel educativo, situación laboral y clase social.**Tabla 6**Cambios en la prevalencia de depresión (PHQ-8 ≥ 10) entre periodos según variables demográficas y socioeconómicas, en mujeres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2018 a 2023

Variables	COVID-19 vs. pre-COVID-19 RP (IC95%)	Post-COVID-19 vs. COVID-19 RP (IC95%)	Post-COVID-19 vs. pre-COVID-19 RP (IC95%)
<i>Edad, años</i>			
18-29	2,55 (1,64-3,95) ^a	1,22 (0,86-1,72)	3,09 (1,89-5,07) ^a
30-44	1,98 (1,41-2,77) ^a	1,30 (0,95-1,77)	2,57 (1,74-3,79) ^a
45-64	1,83 (1,40-2,39) ^a	0,67 (0,49-0,92) ^a	1,23 (0,85-1,78)
<i>País de nacimiento</i>			
España	2,29 (1,82-2,88) ^a	0,94 (0,76-1,17)	2,16 (1,64-2,85) ^a
Otros	1,45 (1,03-2,04) ^a	1,10 (0,77-1,58)	1,60 (1,05-2,44) ^a
<i>Nivel de estudios</i>			
Superior	2,23 (1,51-3,31) ^a	0,94 (0,67-1,34)	2,11 (1,33-3,35) ^a
Intermedio	2,26 (1,67-3,05) ^a	1,15 (0,88-1,50)	2,59 (1,82-3,68) ^a
Básico o inferior	1,92 (1,41-2,61) ^a	0,91 (0,62-1,32)	1,74 (1,13-2,66) ^a
<i>Situación laboral</i>			
Trabajo remunerado	1,82 (1,44-2,31) ^a	1,03 (0,81-1,30)	1,87 (1,40-2,49) ^a
Desempleo	2,92 (1,62-5,26) ^a	1,16 (0,75-1,79)	3,39 (1,74-6,58) ^a
Otra	2,16 (1,48-3,15) ^a	0,83 (0,55-1,25)	1,80 (1,10-2,95) ^a
<i>Clase social</i>			
I-II	2,05 (1,30-3,23) ^a	1,04 (0,69-1,56)	2,13 (1,26-3,61) ^a
III	2,77 (1,82-4,24) ^a	0,85 (0,58-1,25)	2,36 (1,42-3,94) ^a
IV-V	1,84 (1,43-2,36) ^a	1,07 (0,82-1,39)	1,97 (1,44-2,70) ^a
<i>RP cruda entre periodos</i>	2,02 (1,67-2,44) ^a	0,98 (0,81-1,18)	1,98 (1,57-2,49) ^a
<i>RP entre periodos ajustada^b</i>	2,09 (1,73-2,54) ^a	1,01 (0,84-1,23)	2,14 (1,69-2,72) ^a

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de prevalencia.

^a Diferencias estadísticamente significativas.^b Variables de ajuste: edad en grupos, país de nacimiento, nivel educativo, situación laboral y clase social.

incremento incluso en aquellas con mayor nivel educativo y de clase social más favorecida, grupos que no se ven afectados en los hombres. Este hallazgo podría sugerir que las mujeres experimentaron una mayor carga psicológica, debido a la necesidad de conciliar res-

ponsabilidades laborales y familiares, y a una mayor exposición a la precarización laboral, como se ha documentado en estudios realizados al inicio de ese periodo³³. En este sentido, se ha descrito también que el empleo puede tener un papel protector en la salud

mental de las mujeres, efecto que se reduce cuando se superponen múltiples roles como el de madres o cuidadoras¹². En los hombres, en el periodo COVID-19 destaca la mayor prevalencia entre los que se encontraban en desempleo. Esto hace evidente la influencia que tiene la situación laboral en la salud mental de los hombres. En esta línea, se ha descrito que los estresores más relevantes en los hombres son los relacionados con el trabajo y la situación legal y económica¹².

En relación con la edad, es llamativa la situación del grupo de jóvenes, tanto hombres como mujeres, en quienes tras la pandemia se registran elevadas prevalencias de depresión. En adolescentes se ha descrito que, durante la pandemia, el cierre de los colegios, la ausencia de interacción social y el aislamiento incrementaron el uso de las redes sociales, lo que trajo consigo un incremento en los sentimientos de soledad, ansiedad, tristeza y estrés³⁴. También se ha reportado que las personas jóvenes podrían ser más vulnerables a la incertidumbre sobre el futuro laboral, las dificultades económicas y las redes sociales³⁵.

En cuanto al país de nacimiento, en este estudio no se ha incluido la población más vulnerable que no tiene acceso a tarjeta sanitaria; sin embargo, al ser este porcentaje muy bajo, no afecta nuestras estimaciones poblacionales. Por la procedencia de la población inmigrante encuestada es razonable suponer que se trata de inmigración económica, y el hecho de que la asociación de esta variable con la depresión no se observe en los modelos ajustados indica que existen otros condicionantes que se deben tener en cuenta.

Este estudio tiene algunas limitaciones que hay que considerar al interpretar los resultados. En primer lugar, se basa en datos de encuestas transversales, lo que limita realizar inferencias causales. En segundo lugar, pese a utilizar el PHQ-8, que es un instrumento validado y ampliamente utilizado en encuestas de vigilancia como la ESDe³⁰ y la BRFSS²⁵, no deja de ser información autorreferida. Aunque se realizó un análisis estratificado por sexo, la información sobre los roles de género que se recoge en las encuestas poblacionales y que podría ayudar a explicar estas diferencias todavía es limitada.

En cuanto a futuras líneas de investigación, es necesario continuar vigilando la evolución de la depresión, en especial en las personas más jóvenes. Es de interés también profundizar en el estudio de los roles de género y su influencia en la salud mental de las mujeres, así como el papel de las nuevas formas de relación y comunicación social.

La prevalencia de depresión se ha incrementado en la población de la Comunidad de Madrid en los periodos COVID-19 y post-COVID-19, sin recuperar los niveles anteriores a la pandemia y manteniendo el predominio en las mujeres y entre las personas más jóvenes. Las características socioeconómicas asociadas al incremento de la depresión son distintas según el sexo y los periodos de comparación. El incremento se ha producido de forma precoz en las mujeres de todos los grupos socioeconómicos, mientras que en los hombres ha sido más tardío y ha afectado en mayor medida a grupos más desfavorecidos.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Los datos son propiedad de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Se puede consultar su disponibilidad a través del portal de transparencia: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/derecho-acceso-informacion-publica>

¿Qué se sabe sobre el tema?

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la salud mental de la población. La prevalencia de depresión en las mujeres es 2-3 veces superior a la de los hombres, y entre los factores que podrían explicar estas diferencias se incluyen factores socioeconómicos.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La prevalencia de depresión ha aumentado, sin recuperar los niveles anteriores a la pandemia. El incremento se ha producido de forma precoz en las mujeres de todos los grupos socioeconómicos, mientras que en los hombres ha sido más tardío y ha afectado a grupos más desfavorecidos.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Es necesario continuar vigilando la evolución de la depresión, así como profundizar en el estudio de los roles de género y su influencia en la salud mental de las mujeres.

Editora responsable del artículo

Julia Díez.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

A. Gandarillas, M.Y. Mendoza-Gómez y M. Pichiule-Castañeda participaron en la concepción y el diseño del estudio. El análisis y la redacción del primer borrador los llevaron a cabo principalmente M.Y. Mendoza-Gómez y M. Pichiule-Castañeda. Todas las autoras participaron en la interpretación de los resultados y revisaron críticamente el artículo, haciendo aportaciones y contribuciones importantes, y han aprobado la versión final para su publicación.

Agradecimientos

A todas las personas que contestaron la encuesta.

Financiación

Las encuestas realizadas en el marco del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles de la Comunidad de Madrid, dirigido a población adulta (SIVFRENTA), se realizaron con fondos propios de la Dirección General de Salud Pública. Se ha contado con financiación de la Fundación para

la Investigación e Innovación Biosanitaria de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid para gastos de publicación.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.gaceta.2025.102539.

Bibliografía

- World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
- Vieta E, Alonso J, Pérez-Sola V, et al. Epidemiology and costs of depressive disorder in Spain: the EPICO study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2021;50:93–103.
- Organization for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance: Europe 2018. OECD; 2018. (Consultado el 19/12/2024.) Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2018_health-glance-eur-2018-en.html.
- Frasquilho D, Matos MG, Salonna F, et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*. 2015;16:115.
- Yuan K, Zheng YB, Wang YJ, et al. A systematic review and meta-analysis on prevalence of and risk factors associated with depression, anxiety and insomnia in infectious diseases, including COVID-19: a call to action. *Mol Psychiatry*. 2022;27:3214–22.
- Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398:1700–12.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912–20.
- Daniali H, Martinussen M, Flaten MA. A global meta-analysis of depression, anxiety, and stress before and during COVID-19. *Health Psychol*. 2023;42:124–38.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012;26:182–9.
- Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 2017;143:783–822.
- Arango C, Dragioti E, Solmi M, et al. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry*. 2021;20:417–36.
- Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017;4:146–58.
- Mao W, Agyapong VIO. The role of social determinants in mental health and resilience after disasters: implications for public health policy and practice. *Front Public Health*. 2021;9:658528.
- Borrell LN, Díez J, Yago-González S, et al. Immigration status and depression in Spain: analysis of the European Health Interview Surveys of 2014 and 2020. *Gac Sanit*. 2025;39:102445.
- Herrmann K, Beese F, Wollgast L, et al. Temporal dynamics of socioeconomic inequalities in depressive and anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Front Public Health*. 2024;12:1397392.
- Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*. 2016;16:1098.
- Cyrkler M, Czerwiak KZ, Drabik A, et al. New pandemic of the XXIst Century: the growing crisis of adolescent depression in the digital age. *Med Sci Monit*. 2024;30:e944838.
- Ayuso-Mateos JL, Morillo D, Haro JM, et al. Changes on depression and suicidal ideation under severe lockdown restrictions during the first wave of the COVID-19 pandemic in Spain: a longitudinal study in the general population. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2023;32:e55.
- Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, et al. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 2020;42:657–72.
- Arias De La Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, et al. Reliability and cross-country equivalence of the 8-item version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-8) for the assessment of depression: results from 27 countries in Europe. *Lancet Reg Health Eur*. 2023;31:100659.
- Cénat JM, Farahi SMMM, Dalexis RD, et al. The global evolution of mental health problems during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord*. 2022;315:70–95.
- Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2023. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades no Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Julio 2024; Volumen 29 (Número 7).
- Unidad de Apoyo de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Memoria anual de actividad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Año 2023. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/nosotros/memorias>.
- Pollán M, Pérez-Gómez B, Pastor-Barriuso R, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. *Lancet*. 2020;396:535–44.
- Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, et al. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord*. 2009;114:163–73.
- Wu Y, Levis B, Riehm KE, et al. Equivalency of the diagnostic accuracy of the PHQ-8 and PHQ-9: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychol Med*. 2020;50:1368–80.
- Gómez-Gómez I, Benítez I, Bellón J, et al. Utility of PHQ-2 PHQ-8 and PHQ-9 for detecting major depression in primary health care: a validation study in Spain. *Psychol Med*. 2023;53:5625–35.
- Instituto de Estadística de la UNESCO. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 2011). Montreal: UNESCO; 2013.
- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, et al. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27:263–72.
- Ministerio de Sanidad. Encuesta de Salud de España. Madrid; 2025. (Consultado el 16/06/2025.) Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEspana/home.htm>.
- Área de Información y Estadísticas de Atención Primaria. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. Subdirección General de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. Micropíldoras de información N.º 12. Consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes. Año 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. (Consultado el 30/12/2025.) Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/12.Ansioliticos.antidepresivos.hipnoticos.pdf>.
- Mourino N, Teijeiro A, Guerra-Tort C, et al. Consumption of hypnotics in Spain: characterization and time trends, 2005–2022. *Gac Sanit*. 2024;38:102433.
- Fancourt D, Steptoe A, Bu F. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet Psychiatry*. 2021;8:141–9.
- Kim S, Hwang J, Lee JH, et al. Psychosocial alterations during the COVID-19 pandemic and the global burden of anxiety and major depressive disorders in adolescents, 1990–2021: challenges in mental health amid socioeconomic disparities. *World J Pediatr*. 2024;20:1003–16.
- Hayek A, König H. The prevalence and correlates of probable major depressive disorder and probable generalized anxiety disorder during the COVID-19 pandemic. Results of a nationally representative survey in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:12302.