

Original

# Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados



Esther Colell<sup>a,b</sup>, Albert Sánchez-Niubò<sup>a</sup>, Antònia Domingo-Salvany<sup>a,\*</sup>,  
Jordi Delclós<sup>b,c,d</sup> y Fernando G. Benavides<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> IMIM-Hospital del Mar, Barcelona, España

<sup>b</sup> Centro de Investigación en Salud Laboral–Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

<sup>c</sup> CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

<sup>d</sup> The University of Texas School of Public Health at Houston

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 4 de febrero de 2014

Aceptado el 11 de abril de 2014

On-line el 28 de mayo de 2014

### Palabras clave:

Fármacos psicotrópicos

Sexo

Salud laboral

Epidemiología

Estudios transversales

## R E S U M E N

**Objetivo:** Explorar la prevalencia de consumo de ansiolíticos y somníferos (hipnosedantes) en una muestra de la población ocupada en España y evaluar su asociación con determinados factores de estrés relacionados con el trabajo.

**Métodos:** Con datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007 se analizó la distribución del consumo de hipnosedantes en el último mes entre la población ocupada de 16 a 64 años de edad (n = 13.005). Mediante regresión logística se examinó su asociación con la exposición a determinados factores de estrés relacionado con el trabajo (entorno de trabajo nocivo o peligroso, precariedad, carga de trabajo y apoyo social).

**Resultados:** La prevalencia de consumo de hipnosedantes en el último mes fue el doble en las mujeres (6,5%) que en los hombres (3,3%). En ambos sexos el consumo se dobló entre los mayores respecto a los más jóvenes (10,2% en mujeres y 5,5% en hombres mayores de 45 años), y se cuadruplicó entre los que reportaron mala salud (18,9% en mujeres y 11% en hombres). Respecto al estrés laboral, se registró una asociación entre consumo de hipnosedantes y los niveles de precariedad moderado (*odds ratio* [OR]: 1,96; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,31-2,92) y alto (OR: 1,95; IC95%: 1,14-3,34) en los hombres, y moderado en las mujeres (OR: 1,43; IC95%: 1,03-1,99).

**Conclusiones:** Se observa una alta prevalencia de consumo de hipnosedantes en mujeres y en mayores de 45 años. Sería necesario profundizar en el estudio de la relación entre el consumo de hipnosedantes y la salud de los trabajadores, y del papel de los factores de estrés laboral en esta relación.

© 2014 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Prevalence of the use of hypnotics and sedatives among the working population and associated work-related stress factors

### A B S T R A C T

**Objective:** To explore the prevalence of the use of hypnotics and sedatives in a sample of the Spanish working population and to examine its association with certain work-related stress factors.

**Methods:** Using data from the 2007 Spanish Household Survey on Alcohol and Drugs (*Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España* [EDADES]), we analyzed the distribution of the use of hypnotics and sedatives in the previous month in the working population aged 16 to 64 years old (n = 13,005). Associations with exposure to certain work-related stress factors (noxious working environment, precariousness, workload, and social support) were examined using logistic regression modelling.

**Results:** The prevalence of the use of hypnotics and sedatives among women in the previous month doubled that of men (6.5% and 3.3%, respectively), while use among the oldest age group was twice that of the youngest group in both sexes (10.2% in women and 5.5% in men older than 45 years), and was four times higher among those reporting poor health (18.9% in women and 11% in men). Concerning work-related stress, exposure to moderate (OR: 1.96; 95%CI: 1.31-2.92) and high (OR: 1.95; 95%CI: 1.14-3.34) levels of precariousness in men and moderate levels in women (OR: 1.43; 95%CI: 1.03-1.99) was associated with the use of hypnotics and sedatives.

### Keywords:

Psychotropic drugs

Gender

Occupational health

Epidemiology

Cross-sectional studies

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [adomingo@imim.es](mailto:adomingo@imim.es) (A. Domingo-Salvany).

*Conclusions:* The prevalence of the use of hypnotics and sedatives was high in women and in workers older than 45 years. Further research is needed on the relationship between the use of hypnotics and sedatives and workers' health, and on the role that work-related stress factors play in this association.

© 2014 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2011<sup>1</sup>, el consumo de ansiolíticos y somníferos (hipnosedantes) se situó en tercer lugar, después del alcohol y el tabaco, como sustancia psicoactiva más consumida en la población general, pasando de una prevalencia de consumo en los últimos 12 meses del 5,1% en 2005 al 11,4% en 2011. El incremento del uso de este tipo de fármacos no es nuevo, y ya en España se registraron aumentos mantenidos de su consumo entre 1995 y 2002<sup>2</sup>. Asimismo, existe amplia evidencia respecto a que su consumo aumenta con la edad y es mayor entre las mujeres<sup>3,4</sup>. Con una prevalencia de uso de psicofármacos en el último año del 15,5%, España se encuentra entre los países con mayor consumo en Europa, por detrás de Francia (19,9%) y muy por encima de Alemania (5,9%)<sup>3</sup>.

El mayor consumo de hipnosedantes podría estar relacionado con un incremento de los trastornos de ansiedad. Según una revisión de estudios<sup>5</sup>, los trastornos mentales más comunes en Europa son la ansiedad y el insomnio, con prevalencias del 14% y del 7%, respectivamente, y son más comunes en las mujeres. Por otro lado, el incremento del uso de ansiolíticos e hipnóticos, especialmente benzodiacepinas, y su posible abuso o uso inadecuado, ha sido objeto de estudio tanto en España<sup>2,6</sup> como en otros países<sup>7-10</sup>. Para explicar el incremento del uso de este tipo de fármacos, los estudios han considerado causas sociales y culturales, factores relacionados con la prescripción y la adecuación del tratamiento, y la desviación del producto a mercados ilegales.

Las personas laboralmente ocupadas se consideran un colectivo que goza de buena salud (efecto del trabajador sano). Sin embargo, determinadas condiciones de empleo y trabajo pueden ser causa de estrés, y dar lugar a síntomas de ansiedad e insomnio<sup>11</sup>. Diversos estudios han establecido una relación entre el estrés derivado del trabajo y la ocurrencia de trastornos mentales como depresión o ansiedad<sup>12,13</sup>. Del mismo modo, los pocos estudios recientes sobre el efecto de las condiciones laborales en el uso de medicamentos psicotrópicos por parte de la población trabajadora han registrado un mayor consumo entre los trabajadores que reportaban un entorno laboral adverso<sup>14</sup>, insatisfacción con el trabajo<sup>15</sup> o situaciones de acoso (*bullying*)<sup>16</sup>. También se ha registrado una asociación entre el consumo de benzodiacepinas y los trabajos con alta tensión y altas demandas<sup>17</sup>, y entre el bajo nivel de control-recompensa en el trabajo y el inicio de consumo de psicofármacos<sup>18</sup>.

El aumento del consumo de este tipo de fármacos representa un problema importante de salud pública por su relación con el deterioro cognitivo y la ocurrencia de accidentes<sup>19</sup>; por tanto, un mejor conocimiento de los factores asociados a su consumo puede ser útil para desarrollar acciones preventivas. El objetivo del presente estudio es explorar la prevalencia de consumo de hipnosedantes entre la población ocupada en España y evaluar su asociación con los factores de estrés relacionado con el trabajo a partir de la encuesta EDADES en su edición de 2007.

## Métodos

### Fuente de información

EDADES es una encuesta representativa de la población no institucionalizada residente en España de 15 a 64 años de edad, que

se realiza cada 2 años desde 1995 para monitorizar el uso, las percepciones y las opiniones de la población respecto al consumo de alcohol y drogas<sup>20</sup>. La encuesta utiliza un muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución, incluyendo población urbana y rural de todas las comunidades y ciudades autónomas. En la primera etapa se seleccionan secciones censales de manera aleatoria con probabilidad proporcional al tamaño de la sección; en la segunda etapa se seleccionan hogares siguiendo un procedimiento aleatorio sistemático, y en la tercera etapa se selecciona un individuo dentro de cada hogar utilizando tablas de números aleatorios. La edición de 2007 incluyó una muestra de 23.715 individuos. La tasa de participación del 50,3%, similar a la de otras ediciones, fue considerada en el cálculo del tamaño muestral. Para el propósito de este estudio se seleccionaron los individuos de 16 años de edad o más, laboralmente ocupados en el momento de la encuesta, resultando una muestra de 13.005 individuos. La encuesta recoge la información mediante dos cuestionarios, uno autoadministrado para las preguntas relacionadas con el consumo de sustancias y otro administrado por un entrevistador para los datos sociodemográficos. La edición de 2007 de EDADES incluyó en este último cuestionario una batería de preguntas sobre condiciones de empleo y trabajo. El estudio se basó en datos anonimizados recogidos mediante encuesta y fue aprobado por el comité ético institucional (2011/4392/1).

### Uso de hipnosedantes

El apartado relativo a hipnosedantes del cuestionario autoadministrado sobre consumo de sustancias consta de dos módulos, uno para tranquilizantes o sedantes y otro para somníferos, referidos al consumo en el último mes. En concreto, las preguntas contemplan «consumo de tranquilizantes o sedantes, es decir, pastillas para calmar los nervios o la ansiedad» y «consumo de somníferos, es decir, pastillas para dormir». Le siguen otros dos módulos que se centran en el consumo sin receta en los últimos 12 meses. La medida de consumo utilizada se basa en los módulos que recogen el consumo independiente de la prescripción, clasificando como consumidoras de hipnosedantes a aquellas personas que reportan haber consumido tranquilizantes o sedantes, o somníferos, al menos un día en los últimos 30 días.

### Factores de estrés derivado del trabajo y otros posibles determinantes

EDADES 2007 incluyó un módulo con preguntas relativas a factores de estrés relacionado con el trabajo con cinco categorías de respuesta tipo Likert, con una escala de «nada» a «mucho». Se realizó un análisis factorial exploratorio con las preguntas relevantes del módulo utilizando la mitad de la muestra seleccionada aleatoriamente. La estructura obtenida se validó luego con la otra mitad de la muestra mediante un análisis factorial confirmatorio. En Colell et al.<sup>21</sup> puede encontrarse información sobre los resultados del análisis factorial y de la fiabilidad de la estructura. La estructura resultante contenía cuatro dimensiones con tres ítems cada una: 1) entorno de trabajo nocivo, incluyendo trabajo peligroso, condiciones de calor o frío, y olores, ruidos o posturas incómodas; 2) carga de trabajo, incluyendo jornadas prolongadas con escaso tiempo de descanso, trabajo a destajo o alto rendimiento, y largos

desplazamientos o ausencias de casa; 3) precariedad, incluyendo estar sobrecualificado, inseguridad respecto al futuro del trabajo y no estar adecuadamente remunerado; y 4) apoyo social, incluyendo satisfacción con superiores y compañeros, y sentirse suficientemente capacitado para el puesto encomendado. Se realizó una imputación de la media de los valores no perdidos en aquellos que habían respondido a dos de los ítems (9% de la muestra) para incluir el máximo número posible de individuos en el estudio. Las puntuaciones se calcularon y estandarizaron (media 0 y varianza 1) para hombres y mujeres por separado, se dividieron en terciles (puntos de corte de la distribución normal estándar -0,43 y 0,43) y se categorizaron como nivel de exposición bajo, moderado y alto a condiciones ambientales nocivas, carga de trabajo, precariedad y falta de apoyo social. Los niveles de exposición bajos se utilizaron como categoría de referencia.

Como covariable se utilizó la jornada laboral con las categorías reducida/media jornada, partida, irregular, continua de mañanas (categoría de referencia), continua de tardes, continua de noches/rotatorio con noches y rotatorio sin noches. La edad se agrupó de 16 a 44 años y de 45 a 64 años, sirviendo el primer grupo como categoría de referencia. Otras covariables fueron vivir solo y el país de origen, que se recodificó en dos grupos, los nacidos en España o en otros países occidentales (categoría de referencia) y en el resto de países; además, otra variable registraba el tiempo de residencia en España de 5 o más años para tener en cuenta posibles cambios culturales respecto al consumo de hipnosedantes por parte de la población inmigrante. La educación se agrupó en tres categorías: primaria (categoría de referencia), secundaria y universitaria. El estado de salud autopercebido se agrupó en dos categorías: mala salud, incluyendo las categorías muy mala, mala y regular, y buena salud con las categorías buena y muy buena (categoría de referencia).

### Análisis

Después de un análisis descriptivo de la distribución del consumo de hipnosedantes, se examinó la asociación entre su consumo y los factores de estrés relacionado con el trabajo mediante regresión logística ajustando por las covariables y estratificando por sexo. La bondad de ajuste se estableció mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow. Para los análisis se usó el *software* estadístico SPSS v.18<sup>©</sup>.

### Resultados

La prevalencia de consumo de hipnosedantes en el último mes (tabla 1) fue el doble en las mujeres (6,5%) que en los hombres (3,3%). En ambos sexos, el consumo del grupo de mayor edad dobló el de los más jóvenes (un 10,2% de las mujeres y un 5,5% de los hombres entre 45 y 64 años de edad había consumido hipnosedantes en el último mes). Aunque tanto en hombres como en mujeres se observó un mayor consumo en los que vivían solos, la diferencia sólo fue significativa en las mujeres. Tampoco se observaron diferencias de consumo por nivel educativo. Por otro lado, el consumo se cuadruplicó entre los que reportaron mala salud respecto al grupo de buena salud. Consumieron hipnosedantes el 18,9% de las mujeres y el 11% de hombres que reportaron mala salud. No se observaron diferencias significativas de consumo entre los distintos tipos de jornada laboral. Respecto a las variables de estrés laboral, se observó un mayor consumo en las mujeres que reportaron altas condiciones ambientales nocivas, mayor carga de trabajo y nivel alto de falta de apoyo social, mientras que en los hombres se observó un consumo significativamente más alto en los que reportaron mayor precariedad.

La regresión logística ajustada por años de residencia (tabla 2) mostró que el consumo de hipnosedantes era 1,71 veces mayor (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,34-2,17) en las mujeres de 45 a 64 años de edad que entre las de menor edad, y 4,38 veces mayor (IC95%: 3,38-5,67) en las que reportaron mala salud respecto a las que reportaron buena salud. Por otro lado, el consumo fue menor entre las mujeres que trabajaban en jornada de tarde (*odds ratio* [OR]: 0,53; IC95%: 0,28-0,98) respecto a las que lo hacían en jornada de mañana. Entre los hombres también se observó una mayor probabilidad de consumo en los mayores de 45 años (OR: 2,39; IC95%: 1,83-3,12) y en los que reportaron mala salud (OR: 4,43; IC95%: 3,34-5,86). Por el contrario, los hombres que habían nacido en un país no occidental tenían menor probabilidad de consumir hipnosedantes que los nacidos en España o en otros países occidentales, ajustando por los años de residencia (OR: 0,39; IC95%: 0,18-0,86). Se observó, además, un mayor consumo en los hombres con educación universitaria en relación a los de educación primaria (OR: 1,59; IC95%: 1,03-2,45). Respecto al estrés laboral, el consumo fue más probable entre las mujeres que reportaron un nivel moderado de precariedad (OR: 1,43; IC95%: 1,03-1,99) y en los hombres con niveles de precariedad moderado (OR: 1,96; IC95%: 1,31-2,92) y alto (OR: 1,95; IC95%: 1,14-3,34).

### Discusión

Los resultados confirman, de acuerdo con estudios previos en población general<sup>3,15</sup>, que ser mujer, mayor de 45 años y percibir mala salud define un claro perfil de riesgo respecto al consumo de hipnosedantes en la población ocupada. Además, se identifica la precariedad laboral como un factor de riesgo asociado a su consumo tanto en hombres como en mujeres.

Respecto a las prevalencias de consumo encontradas, un estudio en población trabajadora de 35 a 59 años de edad en Bélgica<sup>17</sup> encontró una prevalencia de consumo de benzodiazepinas en el último mes del 5,6% en hombres y del 9,3% en mujeres; cifras que se asemejan a las registradas en nuestro estudio en el grupo de mayor edad.

El interés por los efectos en la salud de la precariedad en el empleo ha aumentado en los últimos años, a medida que la modalidad de empleo flexible ha ido proliferando en nuestra sociedad y se han definido mejor sus características<sup>22</sup>. Respecto a su relación con la salud mental de los trabajadores, un estudio en España que usó una escala multidimensional de precariedad registró una asociación entre precariedad en el empleo y mala salud mental, siendo esta asociación algo mayor entre las mujeres<sup>23</sup>. Igualmente, otro estudio en Finlandia halló una mayor asociación entre una trayectoria de inestabilidad laboral y el número de síntomas mentales, aunque superior en los hombres que en las mujeres<sup>24</sup>. Por otra parte, el único estudio registrado sobre consumo de psicofármacos que incluyó una pregunta relacionada con la percepción de inseguridad en el trabajo en su análisis<sup>18</sup> no encontró diferencias en el inicio del consumo de psicofármacos entre los que reportaron inseguridad laboral respecto a los que no. A pesar de que la literatura sostiene que en general las mujeres tienen peores condiciones de empleo y peor calidad del trabajo que los hombres<sup>25</sup>, en el presente estudio la precariedad laboral se asoció de forma más consistente con el consumo de hipnosedantes en los hombres. Otros autores han apuntado que los factores socio-ocupacionales serían más importantes en el consumo de psicofármacos en los hombres, mientras que en las mujeres lo serían factores médicos específicos<sup>15</sup>.

El mayor consumo de psicofármacos por parte de las mujeres podría estar relacionado con una mayor morbilidad psiquiátrica de éstas respecto a los hombres. En este sentido, los resultados del estudio ESEMeD para España<sup>26</sup> mostraron que, aunque la

**Tabla 1**  
Distribución del consumo de hipnosedantes en hombres y mujeres

|  | Hombres         |      |                           | Mujeres    |      |                           |
|--|-----------------|------|---------------------------|------------|------|---------------------------|
|  | N               | %    | Consumo hipnosedantes (%) | N          | %    | Consumo hipnosedantes (%) |
| <b>Total</b>                           | 7186            | 59,8 | 3,3                       | 5819       | 40,2 | 6,5                       |
| <i>Grupos de edad</i>                  |                 |      | p < 0,001                 |            |      | p < 0,001                 |
| 16-44 años                             | 5456            | 67,3 | 2,2                       | 4390       | 71,7 | 5,1                       |
| 45-64 años                             | 1730            | 32,7 | 5,5                       | 1429       | 28,3 | 10,2                      |
| <i>Edad media, años</i>                | 38,9 (DE: 10,9) |      | 37,7                      | (DE: 10,7) |      |                           |
| <i>Vivir solo</i>                      |                 |      | p = ,0124                 |            |      | p = ,019                  |
| No                                     | 6316            | 88,2 | 3,2                       | 5345       | 92,1 | 6,3                       |
| Sí                                     | 849             | 11,8 | 4,0                       | 451        | 7,9  | 9,1                       |
| <i>País de origen</i>                  |                 |      | p < 0,001                 |            |      | p < 0,001                 |
| España/Occidental                      | 6194            | 87,1 | 3,6                       | 4973       | 85,4 | 7,1                       |
| Otros                                  | 939             | 12,9 | 1,0                       | 804        | 14,6 | 3,4                       |
| <i>Educación</i>                       |                 |      | p = ,0887                 |            |      | p = ,0149                 |
| Primaria                               | 1178            | 17,6 | 3,1                       | 795        | 14,7 | 7,7                       |
| Secundaria                             | 4460            | 59,5 | 3,3                       | 3349       | 56,2 | 6,7                       |
| Universidad                            | 1506            | 22,9 | 3,3                       | 1645       | 29,1 | 5,7                       |
| <i>Salud autopercebida</i>             |                 |      | p < 0,001                 |            |      | p < 0,001                 |
| Buena                                  | 6518            | 89,4 | 2,4                       | 5140       | 88,1 | 4,9                       |
| Mala                                   | 643             | 10,6 | 11,0                      | 656        | 11,9 | 18,9                      |
| <i>Jornada laboral</i>                 |                 |      | p = ,0126                 |            |      | p = ,0169                 |
| Reducida/media jornada                 | 62              | 0,8  | 7,5                       | 316        | 5,1  | 7,1                       |
| Partida                                | 3604            | 50,8 | 3,3                       | 2301       | 40,8 | 6,5                       |
| Irregular                              | 569             | 8,8  | 2,3                       | 468        | 8,6  | 5,3                       |
| Mañanas                                | 1717            | 24,2 | 3,1                       | 1673       | 29,3 | 7,1                       |
| Tardes                                 | 229             | 3,4  | 2,5                       | 305        | 5,8  | 4,1                       |
| Noches/rotatorio con noches            | 576             | 7,5  | 4,4                       | 324        | 4,9  | 9,2                       |
| Rotatorio sin noches                   | 348             | 4,6  | 4,2                       | 352        | 5,5  | 5,6                       |
| <i>Condiciones ambientales nocivas</i> |                 |      | p = ,0539                 |            |      | p = ,024                  |
| <i>Niveles</i>                         | 2352            | 37,7 | 3,3                       | 1880       | 33,6 | 5,9                       |
| Bajo                                   |                 |      |                           |            |      |                           |
| Moderado                               | 2092            | 30,2 | 3,1                       | 2172       | 39,6 | 5,9                       |
| Alto                                   | 2284            | 32,2 | 3,7                       | 1457       | 26,8 | 8,0                       |
| <i>Carga de trabajo</i>                |                 |      | p = ,0270                 |            |      | p = ,027                  |
| <i>Niveles</i>                         | 2125            | 32,6 | 2,9                       | 1801       | 31,6 | 6,4                       |
| Bajo                                   |                 |      |                           |            |      |                           |
| Moderado                               | 2584            | 35,7 | 3,6                       | 2185       | 40,4 | 5,6                       |
| Alto                                   | 2018            | 27,5 | 3,7                       | 1522       | 28,0 | 7,8                       |
| <i>Precariedad</i>                     |                 |      | p = ,0001                 |            |      | p = ,0116                 |
| <i>Niveles</i>                         | 1631            | 25,8 | 2,1                       | 1592       | 28,8 | 5,5                       |
| Bajo                                   |                 |      |                           |            |      |                           |
| Moderado                               | 3539            | 51,7 | 3,9                       | 2425       | 43,2 | 6,6                       |
| Alto                                   | 1555            | 22,5 | 3,6                       | 1491       | 28,0 | 7,3                       |
| <i>Falta de apoyo social</i>           |                 |      | p = 0,265                 |            |      | p = 0,014                 |
| <i>Niveles</i>                         | 1792            | 26,9 | 3,0                       | 1593       | 28,9 | 6,5                       |
| Bajo                                   |                 |      |                           |            |      |                           |
| Moderado                               | 3787            | 56,1 | 3,3                       | 3035       | 54,7 | 5,8                       |
| Alto                                   | 1148            | 17,0 | 4,1                       | 879        | 16,4 | 8,6                       |

N: datos crudos; %: datos pesados; DE: desviación estándar.  
p resultado del test de ji al cuadrado.

probabilidad de consumir psicofármacos en las mujeres era el doble que en los hombres, esta asociación se diluía cuando se consideraba la presencia de cualquier trastorno mental. Si bien en nuestro estudio un porcentaje similar de hombres y mujeres reportaron mala salud, la ausencia de una variable sobre salud mental hace imposible determinar en qué medida la mala salud autopercebida estaba relacionada con trastornos mentales, lo cual supone una importante limitación para la interpretación de los resultados.

Otra limitación importante deriva del tipo de exposiciones laborales analizadas, que puede haber influido en la falta de asociaciones encontradas con el consumo de hipnosedantes en las mujeres. Alrededor de un 70% de las mujeres de nuestra muestra estaban empleadas en servicios públicos, servicios personales y comercio (datos no mostrados), actividades en las que otro tipo de exposiciones no evaluadas, como las demandas emocionales, pueden ser más relevantes<sup>27</sup>. Además, considerando que las mujeres tienden a ocupar en mayor medida posiciones en trabajos de menor estatus<sup>28</sup>, hubiera sido útil el empleo de indicadores referidos al uso de habilidades o al poder en la toma de decisiones. Finalmente, no hay que

olvidar la importancia de la posición en otros roles, como el trabajo doméstico, para valorar la salud especialmente de las mujeres<sup>29</sup>. La carga de trabajo doméstico y las dificultades para combinar los dos tipos de trabajo no se midieron en la encuesta base de este estudio.

También destaca la limitación de no disponer de un indicador de posición socioeconómica basado en la ocupación que pudiera confundir la asociación entre estrés y consumo de hipnosedantes, ya que la variable de categoría ocupacional recogida en la encuesta planteaba dudas sobre su fiabilidad.

Por otra parte, el carácter transversal de los datos del estudio no permite establecer la dirección de las asociaciones encontradas. Así, los resultados podrían estar sesgados por el efecto del trabajador sano, según el cual los trabajadores con mejor salud mantendrían un estatus mejor respecto al empleo, mientras que aquellos con peor salud tendrían más probabilidad de tener empleos precarios o estar desempleados. Podría argumentarse que sería la mala salud mental, en este caso representada por el consumo de hipnosedantes, la que predispondría a un trabajo precario, aunque no pueda descartarse que sea la precariedad la que conduce al consumo.

**Tabla 2**  
Asociación entre el consumo de hipnosedantes y las variables de estudio en hombres y mujeres. Regresiones logísticas múltiples

|  | Hombres                          |       | Mujeres                          |      |       |                   |
|--|----------------------------------|-------|----------------------------------|------|-------|-------------------|
|  | OR                               | IC95% |                                  | OR   | IC95% |                   |
| <i>De 45 a 64 años de edad</i>         | 2,39                             | 1,83  | 3,12 <sup>c</sup>                | 1,71 | 1,34  | 2,17 <sup>c</sup> |
| <i>Mala salud</i>                      | 4,43                             | 3,34  | 5,86 <sup>c</sup>                | 4,38 | 3,38  | 5,67 <sup>c</sup> |
| <i>Vive solo</i>                       | 1,13                             | 0,77  | 1,65                             | 1,39 | 0,95  | 2,05              |
| <i>Países no occidentales</i>          | 0,39                             | 0,18  | 0,86 <sup>a</sup>                | 0,57 | 0,32  | 1,03              |
| <i>Educación</i>                       |                                  |       |                                  |      |       |                   |
| Primaria                               | 1                                |       |                                  | 1    |       |                   |
| Secundaria                             | 1,32                             | 0,92  | 1,90                             | 1,13 | 0,81  | 1,57              |
| Universitaria                          | 1,59                             | 1,03  | 2,45 <sup>a</sup>                | 1,02 | 0,7   | 1,49              |
| <i>Jornada laboral</i>                 |                                  |       |                                  |      |       |                   |
| Continua de mañana                     | 1                                |       |                                  | 1    |       |                   |
| Reducida                               | 2,73                             | 0,98  | 7,66                             | 1,25 | 0,75  | 2,08              |
| Partida                                | 1,16                             | 0,84  | 1,59                             | 0,98 | 0,75  | 1,29              |
| Irregular                              | 0,57                             | 0,31  | 1,06                             | 0,78 | 0,47  | 1,29              |
| Continua de tarde                      | 0,49                             | 0,17  | 1,39                             | 0,53 | 0,28  | 0,98 <sup>a</sup> |
| Continua de noche                      | 1,48                             | 0,91  | 2,39                             | 1,44 | 0,89  | 2,31              |
| Turnos rotatorios                      | 1,16                             | 0,65  | 2,09                             | 0,83 | 0,48  | 1,44              |
| <i>Condiciones de trabajo</i>          |                                  |       |                                  |      |       |                   |
| <i>Condiciones ambientales nocivas</i> |                                  |       |                                  |      |       |                   |
| Niveles                                | 1                                |       |                                  | 1    |       |                   |
| Bajo                                   |                                  |       |                                  |      |       |                   |
| Moderado                               | 0,69                             | 0,47  | 1,01                             | 0,96 | 0,67  | 1,38              |
| Alto                                   | 0,80                             | 0,52  | 1,25                             | 0,99 | 0,6   | 1,62              |
| <i>Carga de trabajo</i>                |                                  |       |                                  |      |       |                   |
| Niveles                                | 1                                |       |                                  | 1    |       |                   |
| Bajo                                   |                                  |       |                                  |      |       |                   |
| Moderado                               | 1,24                             | 0,86  | 1,78                             | 0,74 | 0,52  | 1,06              |
| Alto                                   | 1,32                             | 0,83  | 2,09                             | 0,91 | 0,67  | 1,46              |
| <i>Precariedad</i>                     |                                  |       |                                  |      |       |                   |
| Niveles                                | 1                                |       |                                  | 1    |       |                   |
| Bajo                                   |                                  |       |                                  |      |       |                   |
| Moderado                               | 1,96                             | 1,31  | 2,92 <sup>b</sup>                | 1,43 | 1,03  | 1,99 <sup>a</sup> |
| Alto                                   | 1,95                             | 1,14  | 3,34 <sup>a</sup>                | 1,51 | 0,99  | 2,30              |
| <i>Falta de apoyo social</i>           |                                  |       |                                  |      |       |                   |
| Niveles                                | 1                                |       |                                  | 1    |       |                   |
| Bajo                                   |                                  |       |                                  |      |       |                   |
| Moderado                               | 0,9                              | 0,65  | 1,24                             | 0,81 | 0,61  | 1,06              |
| Alto                                   | 1,11                             | 0,73  | 1,68                             | 1,07 | 0,75  | 1,52              |
| <i>Test de Hosmer y Lemeshow</i>       | X <sup>2</sup> = 2.760 p = 0,948 |       | X <sup>2</sup> = 9.829 p = 0,277 |      |       |                   |

OR: odds ratio ajustadas por años de residencia; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

<sup>a</sup> p <0,05.

<sup>b</sup> p <0,01.

<sup>c</sup> p <0,001.

Asimismo, hay que tener en cuenta el posible sesgo de información que puede afectar a la validez de las medidas autorreportadas de consumo de hipnosedantes y de estrés relacionado con el trabajo. La medida utilizada de consumo de hipnosedantes en el último mes no distingue el consumo crónico del esporádico, ni permite distinguir si se trata de automedicación o es un consumo bajo prescripción médica. En este sentido, mientras que el consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses fue del 7,3% (5,1% en los hombres y 10,5% en las mujeres), sólo un 1,3% (1% de los hombres y 1,8% de las mujeres) reportó consumo sin receta, dato que no sugiere diferencias por sexo respecto a la automedicación. Por otro lado, las medidas de estrés laboral pueden verse afectadas por características de la personalidad, estados de ánimo y contextos, y las personas con trastornos de ansiedad pueden percibir el contexto de trabajo como más estresante. Finalmente, también podría ser que la tasa de no respuesta, del 50%, afectara la estimación del consumo registrado, ya que las personas que rechazan participar podrían compartir características particulares respecto al consumo, aunque no pueda determinarse el sentido del efecto.

Más allá de las limitaciones expuestas que pueden haber afectado a los resultados obtenidos, es importante considerar factores sociales y culturales que pueden influir tanto en la demanda de este tipo de fármacos como en la prescripción. En primer lugar, cabe destacar el posible sesgo de género que puede afectar el diagnóstico

y el tratamiento. El género ha sido presentado como un elemento clave en la relación médico-paciente para explicar diferencias entre hombres y mujeres en la prescripción<sup>30,31</sup> y en el tratamiento<sup>32</sup>. Diferencias en el manejo y en la expresión de la ansiedad y el estrés entre hombres y mujeres, y la mayor propensión de las mujeres a la búsqueda de cuidados médicos, hacen que éstas sean más fácilmente diagnosticadas y tratadas por un trastorno mental<sup>30</sup>. En un contexto social que tiende a la medicalización de los problemas, el sesgo de género en la prescripción de psicofármacos estaría relacionado con el proceso de medicalización del «malestar de las mujeres»<sup>33</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud<sup>34</sup>, el género está en la base de las diferencias de poder y control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de su vida y su salud, que los hace diferencialmente susceptibles y expuestos a riesgos específicos en salud mental.

Por otro lado, considerando el alto porcentaje de consumo con prescripción médica en la muestra estudiada, también se ha apuntado que la limitada preparación en salud mental del médico de atención primaria favorecería los diagnósticos imprecisos e influiría en la prescripción de psicofármacos<sup>8,9</sup>. Un estudio europeo<sup>35</sup> concluyó que el adecuado tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión en atención primaria se situaba alrededor del 23%. Asimismo, en su estudio sobre consumo de psicofármacos en España, Codony et al.<sup>26</sup> destacaron la poca relación entre el tipo

de trastorno padecido y el fármaco consumido, en especial en el caso de los ansiolíticos. También se ha documentado la prescripción de psicofármacos en atención primaria para el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos y de dolor crónico, más frecuentes en las mujeres<sup>7</sup>. Un estudio internacional sobre los motivos de prescripción de psicofármacos en las consultas de atención primaria observó que los médicos con mejor percepción de su formación en psiquiatría y los que contaban con experiencia en la especialidad tenían menor probabilidad de prescribir medicación<sup>8</sup>.

Este trabajo confirma un mayor consumo de hipnosedantes entre las mujeres respecto a los hombres en la población ocupada. A partir de las variables laborales utilizadas, sólo se encuentra una asociación del consumo con la precariedad en los hombres y en menor medida en las mujeres. Considerando el creciente consumo de este tipo de fármacos y la tendencia al envejecimiento de la población ocupada en España, sería necesario profundizar en el estudio de las condiciones laborales y su relación con el consumo de hipnosedantes ampliando la gama de factores de estrés laboral y extralaboral contemplados.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

El considerable aumento del consumo de hipnosedantes en la población general podría estar relacionado con un incremento de los trastornos de ansiedad, y aunque se han considerado causas sociales y culturales, y factores relacionados con la prescripción y la adecuación del tratamiento, las causas laborales no han sido suficientemente estudiadas.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se ratifican las diferencias entre hombres y mujeres en el consumo de hipnosedantes también en la población trabajadora, y sólo se registra una relación de su consumo con la precariedad laboral en los hombres y en menor medida en las mujeres. Futuras investigaciones deberían profundizar en el estudio de la relación entre el consumo de hipnosedantes y las condiciones de trabajo y empleo, especialmente el papel del estrés laboral.

### Editora responsable del artículo

Clara Bermúdez-Tamayo.

### Contribuciones de autoría

E. Colell participó en el diseño del estudio, hizo los análisis estadísticos y redactó la primera versión del manuscrito, después de la interpretación de los resultados. A. Sánchez-Niubò colaboró en el análisis y la interpretación de los datos, efectuando una revisión crítica del manuscrito. A. Domingo-Salvany participó en la concepción y el diseño del trabajo, la interpretación de los resultados y la redacción del manuscrito. J. Delclós y F.G. Benavides contribuyeron al diseño del estudio y la interpretación de los datos, e hicieron una revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales al contenido del manuscrito. Todos los autores han aprobado la versión final del manuscrito.

### Financiación

Trabajo financiado parcialmente por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Salud y Política

Social: PNSD 2011/I073. FIS-Redes de investigación cooperativa: RD06/0001/1018 y RD12/0028/0018. AGAUR: 2009 SGR 00718. A. Sánchez-Niubò ha estado parcialmente financiado por el Instituto de Salud Carlos III: CA08/00214.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España. EDADES 2011-2012. (Consultado el 19/03/2014). Disponible en: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
2. García del Pozo J, de Abajo Iglesias FJ, Carvajal García-Pando A, et al. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). Rev Esp Salud Publica. 2004;78:379-87.
3. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project. Acta Psychiatr Scand. 2004;109:55-64.
4. Benavides FG, Ruiz-Fores N, Delclós J, et al. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. Gac Sanit. 2013;27:248-53.
5. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011;21:655-79.
6. Vedia Urgell C, Bonet Monne C, Forcada Vega C, et al. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. Aten Primaria. 2005;36:239-47.
7. Prueksaritanond S, Tubtimtes S, Pumkopol T, et al. Psychotropic drug prescribing in the family medicine out-patient clinic, Ramathibodi Hospital. J Med Assoc Thai. 2009;92:266-72.
8. Kisely S, Linden M, Bellantuono C, et al. Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners. Results of an international study. Psychol Med. 2000;30:1217-25.
9. Pelissolo A, Boyer P, Lepine JP, et al. [Epidemiology of the use of anxiolytic and hypnotic drugs in France and in the world]. Encephale. 1996;22:187-96.
10. Ibáñez GE, Levi-Minzi MA, Rigg KK, et al. Diversion of benzodiazepines through healthcare sources. J Psychoactive Drugs. 2013;45:48-56.
11. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. JAMA. 2007;298:1685-7.
12. Virtanen M, Honkonen T, Kivimäki M, et al. Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. J Affect Disord. 2007;98:189-97.
13. Wang J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). Psychol Med. 2005;35:865-71.
14. Jacquinet-Salord MC, Lang T, Fouriaud C, et al. Sleeping tablet consumption, self reported quality of sleep, and working conditions. J Epidemiol Community Health. 1993;47:64-8.
15. Empereur F, Baumann M, Alla F, et al. Factors associated with the consumption of psychotropic drugs in a cohort of men and women aged 50 and over. J Clin Pharm Ther. 2003;28:61-8.
16. Niedhammer I, David S, Degioanni S, et al. Workplace bullying and psychotropic drug use: the mediating role of physical and mental health status. Ann Occup Hyg. 2011;55:152-63.
17. Pelfrene E, Vlerick P, Moreau M, et al. Use of benzodiazepine drugs and perceived job stress in a cohort of working men and women in Belgium. Results from the BELSTRESS-study. Soc Sci Med. 2004;59:433-42.
18. Boeuf-Cazou O, Niezborala M, Marquie JC, et al. Factors associated with psychoactive drug initiation in a sample of workers in France: results of the VISAT cohort study. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2010;19:296-305.
19. Wadsworth EJ, Moss SC, Simpson SA, et al. Psychotropic medication use and accidents, injuries and cognitive failures. Hum Psychopharmacol. 2005;20:391-400.
20. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 1995-2009. 2010. Madrid.
21. Domingo-Salvany A, Colell E, Sánchez-Niubò A, et al. Exploración y validación de las preguntas relacionadas con las condiciones de empleo y trabajo incluidas en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Arch Prev Riesgos Labor. 2013;16:130-5.
22. Kim IH, Muntaner C, Vahid SF, et al. Welfare states, flexible employment, and health: a critical review. Health Policy. 2012;104:99-127.
23. Vives A, Amable M, Ferrer M, et al. Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. J Environ Public Health. 2013;2013:978656.
24. Sirvio A, Ek E, Jokelainen J, et al. Precariousness and discontinuous work history in association with health. Scand J Public Health. 2012;40:360-7.
25. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, et al. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. Int J Equity Health. 2013;12:57.
26. Codony M, Alonso J, Almansa J, et al. Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMed-España. Actas Esp Psiquiatr. 2007;35:29-36.
27. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.

28. Stansfeld SA, Head J, Marmot MG. Explaining social class differences in depression and well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33:1–9.
29. Artazcoz L, Cortes I, Puig-Barrachina V, et al. Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health. *Eur J Public Health.* 2013 [Epub ahead of print].
30. Markez I, Póo M, Romo N, et al. Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 2004;24:3301–25.
31. Chilet-Rosell E, Ruiz-Cantero MT, Sáez JF, et al. Inequality in analgesic prescription in Spain. A gender development issue. *Gac Sanit.* 2013;27:135–42.
32. Bosner S, Haasenritter J, Hani MA, et al. Gender bias revisited: new insights on the differential management of chest pain. *BMC Fam Pract.* 2011;12:45.
33. Burin M. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Paidós: Buenos Aires; 1990.
34. WHO. Department of Mental Health and Substance Use. Gender disparities in mental health. (Consultado el 19/03/2014.) Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/242.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf)
35. Fernández A, Haro JM, Martínez-Alonso M, et al. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *Br J Psychiatry.* 2007;190:172–3.