

# Consumir para trabajar:

Consumo de psicofármacos y analgésicos por motivos laborales y potenciadores del rendimiento laboral en la población asalariada española

Laura Esteve Matalí  
Albert Navarro Giné  
Mariona Portell  
Pedro Ferrer Rosende

**UAB**  
Universitat Autònoma  
de Barcelona

**P O W A H** | Research  
Group



## Consumir para trabajar:

Consumo de psicofármacos y analgésicos por motivos laborales y potenciadores del rendimiento laboral en la población asalariada española.



Este trabajo está sujeto a la licencia Creative Commons de Reconocimiento No Comercial

© POWAH-UAB

POWAH-UAB, grupo de investigación en riesgos psicosociales, organización del trabajo y salud de la Universitat Autònoma de Barcelona. Twitter: @POWAHUAB; Web: <https://powah.uab.cat>

GRID - Grupo de Investigación e Innovación en Diseños. Tecnología y aplicación multimedia y digital a los diseños observacionales. Grupo consolidado de la Universidad Autónoma de Barcelona, reconocido y financiado por la Generalitat de Catalunya (AGAUR).

Diciembre 2023



#### **Coordinación y autoría:**

Laura Esteve Matalí, Albert Navarro Giné, Mariona Portell, Pedro Ferrer Rosende

#### **Financiamiento:**



Proyecto parcialmente financiado por la fundación Prevent.

#### **Agradecimientos:**

Agradecimiento muy especial a todas aquellas personas trabajadoras que participaron respondiendo la encuesta PANEL OTS y permitieron el desarrollo del estudio.

#### **Cita sugerida:**

Esteve-Matalí L, Navarro-Giné A, Portell M, Ferrer-Rosende P. Consumir para trabajar: Consumo de psicofármacos y analgésicos por motivos laborales y potenciadores del rendimiento laboral en la población asalariada española. Cerdanyola del Vallès: UAB; 2023.

# Contenidos

---

Índice de tablas y gráficos .....	1
Resumen.....	3
Introducción.....	4
Consumo de fármacos.....	4
Trabajo como determinante de la salud .....	5
Riesgos laborales psicosociales.....	5
Determinantes laborales del consumo de fármacos.....	6
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
Objetivo general .....	7
Objetivos específicos .....	7
Métodos .....	8
Diseño y población de estudio.....	8
Muestra y recogida de datos .....	8
Instrumento.....	9
Variables .....	9
Análisis estadísticos .....	10
Aspectos éticos.....	10
Resultados .....	11
Descripción de la muestra.....	11
Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos .....	13
Consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides.....	23
Consumo de analgésicos opioides.....	33
Consumo de potenciadores del rendimiento laboral .....	42

Discusión .....	44
Consumo de fármacos por motivos relacionados con el trabajo ..	44
Factores asociados al consumo de fármacos por motivos relacionados con el trabajo.....	46
Limitaciones.....	48
Conclusiones.....	49
Bibliografía .....	52

# Índice de tablas y gráficos

---

**Tabla 1.** Descripción de la muestra según sexo y clase ocupacional.

**Tabla 2.** Prevalencias del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos según sexo y clase ocupacional.

**Tabla 3.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo según sexo.

**Tabla 4.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional.

**Tabla 5.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo según sexo.

**Tabla 6.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional.

**Tabla 7.** Prevalencias del consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides según sexo y clase ocupacional.

**Tabla 8.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo según sexo.

**Tabla 9.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional.

**Tabla 10.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo según sexo.

**Tabla 11.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional.

**Tabla 12.** Prevalencias del consumo de analgésicos opioides según sexo y clase ocupacional.

**Tabla 13.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo según sexo.

**Tabla 14.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional.

**Tabla 15.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo según sexo.

**Tabla 16.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional.

**Tabla 17.** Consumo de potenciadores del rendimiento laboral según sexo, edad y clase ocupacional.

**Tabla 18.** Consumo de potenciadores del rendimiento laboral según ocupación.

**Gráfico 1.** Prevalencias ponderadas del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos.

**Gráfico 2.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos, por motivos relacionados con el trabajo y por motivos ajenos y relacionados con el trabajo.

**Gráfico 3.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos, por motivos relacionados con el trabajo y por motivos ajenos y relacionados con el trabajo.

**Gráfico 4.** Prevalencias ponderadas del consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides.

**Gráfico 5.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides, por motivos relacionados con el trabajo y por motivos ajenos y relacionados con el trabajo.

**Gráfico 6.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides, por motivos relacionados con el trabajo y por motivos ajenos y relacionados con el trabajo.

**Gráfico 7.** Prevalencias ponderadas del consumo de analgésicos opioides.

**Gráfico 8.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de analgésicos opioides, por motivos relacionados con el trabajo y por motivos ajenos y relacionados con el trabajo.

**Gráfico 9.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de analgésicos opioides, por motivos relacionados con el trabajo y por motivos ajenos y relacionados con el trabajo.



# Resumen

---

El elevado consumo de fármacos en España es un grave problema de salud pública. Los resultados de este estudio muestran que la mayoría del consumo de fármacos en la población asalariada española se atribuye a motivos relacionados con el trabajo, especialmente entre mujeres y trabajadores/as manuales. El 11% consume tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo (frente a un 3,6% de consumo por motivos ajenos al trabajo). El 35,2% de la población los consume antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo, mientras que el 28,2% lo hace por motivos ajenos al trabajo. Por último, el consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo representa el 6,3% de la población asalariada, siendo un 2,1% consumo por motivos ajenos al trabajo.

Diversas prácticas de gestión laboral y riesgos psicosociales se asocian al consumo de fármacos. Estos determinantes laborales difieren según el tipo de fármaco y, mientras que algunos son transversales a toda la población trabajadora, otros presentan algunas diferencias según sexo y clase ocupacional.

Destacan, por asociarse intensamente en todos los estratos de la población asalariada, una plantilla insuficiente, dificultades para ejercer la desconexión, y la exposición a conflicto trabajo-vida en el consumo de psicofármacos; sentirse reemplazable y exposición a conflicto trabajo-vida en el consumo de antiinflamatorios y analgésicos no opioides; y exposición a un elevado ritmo de trabajo en el consumo de analgésicos opioides.

Determinar los factores que se asocian al consumo de fármacos por motivos laborales, considerando los ejes de desigualdad del mercado laboral español (género y clase ocupacional), puede facilitar el diseño de acciones preventivas y de intervenciones de promoción de la salud en el trabajo más eficientes. Todo ello, con la finalidad de promover la implementación de estrategias dirigidas a prevenir la exposición nociva a ciertas prácticas de gestión laboral y a riesgos psicosociales, para mejorar la salud física y mental de la población trabajadora y consecuentemente reducir su consumo de fármacos.

Por otro lado, el consumo de fármacos nootrópicos u otras drogas para potenciar el rendimiento laboral es muy poco prevalente en la población asalariada. Los resultados sugieren que el consumo de estas sustancias es más frecuente en algunas ocupaciones concretas.

Se requieren futuros estudios que permitan profundizar en el estudio del consumo de fármacos en la población asalariada española.

# Introducción

## Consumo de fármacos

De acuerdo con el último informe anual de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas (1), España se encuentra entre los primeros países del mundo en cuanto al consumo de algunos fármacos psicotrópicos y analgésicos opioides, encabezando el consumo de benzodiacepinas en la OCDE y el consumo de diazepam y lorazepam a nivel mundial (1). Además, tal y como muestra la Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES) 2022 (2), se observa una tendencia creciente en el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides respecto los últimos años, alcanzando así máximos históricos. Los analgésicos (opioides y no opioides) son el subgrupo terapéutico más consumido en España según el informe anual del Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2022 (3), seguido de los psicodélicos, que incluyen medicamentos ansiolíticos, hipnóticos y sedantes.

Un elevado consumo de estos fármacos representa un grave problema de salud pública, no solo por el gasto sanitario que genera al SNS, sino por sus efectos secundarios tales como la adicción o ciertas morbilidades y porque refleja el deteriorado estado de salud física y mental de la población.

Datos recogidos durante la pandemia en la población trabajadora evidenciaron un notable aumento en el consumo de estos fármacos, duplicándose el consumo de tranquilizantes y analgésicos (4). Gracias a este estudio en población asalariada (4), se conoció que el consumo de fármacos fue superior en mujeres y en personas con salarios bajos, mostrando evidentes desigualdades socioeconómicas. Sin embargo, se desconoce el peso que tiene el entorno laboral en la decisión de consumir estos fármacos, es decir, si se consumen por motivos ajenos al trabajo, por motivos relacionados con el mismo, o por una combinación de ambos.

Otro vacío en el conocimiento con relación al consumo de fármacos en la población asalariada reside en el consumo de sustancias potenciadoras del rendimiento laboral. Estas sustancias, como fármacos nootrópicos o drogas como la Anfetamina o la Cocaína, se consumen para incrementar la activación, focalización, concentración, productividad, memoria o motivación, o bien para estimular los sentimientos de confianza o facilitar la adquisición de habilidades motoras o afectivas, y se relacionan con el deterioro cognitivo y la ocurrencia de accidentes (5). A pesar de que estas sustancias están ganando protagonismo en el ámbito laboral en los últimos años (6), consumidas para hacer frente a cargas excesivas de trabajo y a largas jornadas, no se conoce la prevalencia de su consumo.

## Trabajo como determinante de la salud

El origen de los problemas de salud, y la consecuente medicalización de estos, se encuentra, en parte, en los contextos sociales de las personas que los padecen. Es lo que se conoce como determinantes sociales de la salud, definidos por la Organización Mundial de la Salud como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (7).

Así, el trabajo y el entorno laboral se considera un determinante de la salud de la población trabajadora, dado que puede ser tanto un factor protector de la salud como un factor de riesgo en condiciones adversas. Determinadas condiciones de trabajo, incluyendo la precariedad laboral (8,9), pueden ser causa de enfermedad (10). Además, existe numerosa evidencia de calidad que relaciona la exposición a riesgos laborales psicosociales con varios problemas de salud física y mental de la población trabajadora, incluyendo enfermedad cardiovascular, depresión, ansiedad o problemas del sueño (11).

## Riesgos laborales psicosociales

El informe del comité mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud define los riesgos laborales psicosociales como “aquellas condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo, susceptibles de afectar tanto al bienestar y la salud (física, psíquica o social) de los trabajadores y trabajadoras, como al desarrollo del trabajo” (12,13).

Paralelamente, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA) sostiene que “los riesgos psicosociales se derivan de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo, así como de un contexto social de trabajo pobre, y pueden producir trastornos psicológicos, físicos y sociales negativos” (14).

Por tanto, el origen de los riesgos laborales psicosociales se encuentra en la organización del trabajo y las prácticas de gestión laboral. En términos de prevención de riesgos, los riesgos laborales psicosociales representan la exposición (es decir, aquello que hay que identificar, localizar y medir); la organización del trabajo, su origen (sobre lo que habrá que actuar para eliminar, reducir o controlar las exposiciones); y el estrés, el precursor del efecto (trastorno de salud que pueda producirse y que se pretende evitar) (15).

Los riesgos psicosociales pueden clasificarse en diferentes dimensiones que engloban aspectos relacionados con las exigencias en el trabajo, la autonomía, el apoyo social o el conflicto entre el ámbito laboral y el doméstico, entre otros. La investigación de estos riesgos laborales fue considerada ya hace años como de alta prioridad, dado su relevante papel en relación con la salud (16).

## Determinantes laborales del consumo de fármacos

Las causas laborales del consumo de fármacos entre la población asalariada no han sido suficientemente estudiadas. A nivel nacional, los pocos estudios previos sobre el efecto de las condiciones de trabajo en el uso de medicamentos psicotrópicos por parte de la población trabajadora (17) han registrado un mayor consumo entre los trabajadores y trabajadoras que reportaban un entorno laboral adverso, insatisfacción con el trabajo o situaciones de acoso. También se ha registrado una asociación entre el consumo de benzodiazepinas y los trabajos con alta tensión y altas demandas, y entre el bajo nivel de control-recompensa en el trabajo y el inicio de consumo de psicofármacos. En España, se han identificado factores que se asocian al consumo de hipnosedantes entre la población ocupada, destacando factores de estrés laboral y niveles moderados de precariedad (17).

A nivel internacional, algunos estudios (18,19) han analizado la relación entre algunos riesgos laborales psicosociales y el consumo de psicotrópicos. Así, se han identificado asociaciones entre el consumo de estos fármacos y la inseguridad laboral, las demandas psicológicas y el conflicto trabajo-vida.

No obstante, no se ha analizado la asociación de diversos riesgos psicosociales conjuntamente, ni de diversas prácticas de gestión laboral, ni su posible relación con otros tipos de fármacos como los analgésicos.

## Justificación

El elevado consumo de fármacos en la población española representa un grave y preocupante problema de salud pública. Para poder abordar este reto es necesario abordar sus determinantes, como los laborales, y para ello, será necesario llenar los vacíos existentes en el conocimiento.

Por un lado, se desconoce el motivo del consumo de fármacos entre la población asalariada española, desconociéndose el peso que tiene el entorno laboral en el consumo. Se desconoce también la prevalencia del consumo de potenciadores del rendimiento laboral, sustancias que están en auge en los últimos años.

Por otro lado, ampliar el conocimiento sobre los factores relacionados con la organización del trabajo que se asocian al consumo de fármacos, así como identificar las posibles diferencias según sexo y clase, ayudaría al desarrollo de acciones preventivas más eficientes.

El presente trabajo pretende dar respuesta a estas cuestiones y así aportar evidencia para contribuir al diseño de intervenciones dirigidas a reducir el consumo de fármacos en la población trabajadora española.

# Objetivos

---

## Objetivo general

Explorar la prevalencia de consumo de psicofármacos, analgésicos y potenciadores del rendimiento en la población asalariada española e identificar los factores laborales que se asocian a dicho consumo.

## Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de consumo de psicofármacos (tranquilizantes y sedantes) por motivos relacionados con el trabajo y por motivos ajenos al trabajo en la población asalariada española según sexo y clase ocupacional.
- Estimar la prevalencia de consumo de analgésicos (opioides y no opioides) por motivos relacionados con el trabajo y por motivos ajenos al trabajo en la población asalariada española según sexo y clase ocupacional.
- Identificar los riesgos psicosociales y las prácticas empresariales de gestión laboral que se asocian al consumo de psicofármacos por motivos relacionados con el trabajo y por motivos ajenos al trabajo en la población asalariada española, según sexo y clase ocupacional.
- Identificar los riesgos psicosociales y las prácticas empresariales de gestión laboral que se asocian al consumo de analgésicos por motivos relacionados con el trabajo y por motivos ajenos al trabajo en la población asalariada española, según sexo y clase ocupacional.
- Estimar la prevalencia de consumo de potenciadores del rendimiento laboral en la población asalariada española según sexo, edad y clase ocupacional.
- Caracterizar la ocupación de los/as consumidores/as de potenciadores del rendimiento laboral.

# Métodos

---

## Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio transversal mediante autoadministración de cuestionario online, utilizando los datos de la línea de base del proyecto PANEL OTS<sup>1</sup>.

La población de estudio fueron trabajadores y trabajadoras asalariadas, entre 25 y 64 años de edad, residentes en España y que son miembros de Comisiones Obreras.

## Muestra y recogida de datos

Tal y como consta en el documento metodológico del proyecto PANEL OTS (20), el reclutamiento se realizó sobre un *pool* de contactos de Comisiones Obreras (n=9.834) que en un estudio previo (21) consintió explícitamente ser contactado/a para participar en futuros estudios de investigación relacionados con el trabajo. Sobre este *pool*, se hizo una selección aleatoria estratificada según la combinación de unidades territoriales estadísticas (NUTS) (Noroeste, Noreste, Comunidad de Madrid, Centro, Este, Sur, Canarias), sexo (Hombre, Mujer) y grupo de edad (25-34, 35-44, 45-54, 55-64), de forma proporcional a la distribución de la Encuesta de Población Activa (EPA) (22) del cuarto trimestre de 2022 (EPA2022T4).

Así, se invitó a participar a 5.757 trabajadores/as, de los cuales 1.864 (32,4%) completaron la encuesta. Tras eliminar aquellos casos que se habían jubilado, que estaban desempleados, o que no habían respondido el 75% de las preguntas de organización del trabajo y salud, la muestra final consistió en 1.824 trabajadores y trabajadoras.

Los datos se recogieron entre enero y marzo de 2023 mediante una encuesta online elaborada con la herramienta *Limesurvey* (<https://www.limesurvey.org>). Durante el proceso de reclutamiento, los potenciales participantes recibieron un correo electrónico o WhatsApp conteniendo un enlace personal que daba acceso al cuestionario, tras su consentimiento. Se mandó un recordatorio a aquellos participantes que no completaron la encuesta al cabo de 7 y 14 días respectivamente.

---

<sup>1</sup> El proyecto PANEL OTS es un estudio coordinado por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) que tiene como objetivo principal conocer cómo la organización del trabajo afecta a la salud de la población asalariada. Para más información visite <https://panelots.uab.cat>

## Instrumento

El cuestionario (23) se estructura en tres bloques principales: 1) características sociodemográficas, económicas y de empleo; 2) organización del trabajo (prácticas de gestión laboral y riesgos psicosociales) y 3) salud (salud general, salud mental, consumo de fármacos y presentismo/absentismo por enfermedad).

El cuestionario se elaboró mediante el trabajo de trece investigadores/as de diferentes disciplinas (Salud Pública, Sociología, Psicología, Economía, Derecho y Estadística). Algunas preguntas se desarrollaron *Ad Hoc* por el equipo investigador mientras que otras fueron obtenidas de otras herramientas nacionales e internacionales. El tiempo medio de respuesta del cuestionario fueron 17,4 minutos.

## VARIABLES

*Variables de respuesta:*

- Consumo de psicofármacos (último mes): tranquilizantes, sedantes y/o somníferos.
- Consumo de analgésicos (último mes): antiinflamatorios y/o analgésicos no opioides y analgésicos opioides.
- Consumo de potenciadores del rendimiento laboral (último mes): bebidas con cafeína/teína, bebidas energéticas, suplementos dietéticos (como taurina, ginkgo, ashwagandha, ginseng, triptófano, etc), fármacos nootrópicos o variantes de la anfetamina o del metilfenidato (como Concerta, Elvanse, Provigil -Modafinilo-, Rubifen, Ciclofalina, Nootropil, etc) y drogas (como cocaína, anfetamina, speed, éxtasis, etc).

*Variables de exposición:*

- Prácticas de gestión laboral: tipo de contrato, tipo de jornada, salario, adaptabilidad horaria, exigencias de disponibilidad por parte del empresario, alargar jornada, jornadas largas, registro horario, sentirse reemplazable, participación directa, tamaño de plantilla, planificación del trabajo realista, dificultades para ejercer la desconexión, teletrabajo.
- Riesgos psicosociales: exigencias cuantitativas, ritmo de trabajo, exigencias emocionales, conflicto trabajo-vida, influencia, posibilidades de desarrollo, inseguridad sobre el empleo, inseguridad de encontrar trabajo, inseguridad sobre el salario, inseguridad sobre el horario, apoyo social de compañeros/as, apoyo social de superiores y reconocimiento; todas ellas medidas con las escalas de la versión 3 del cuestionario CoPsoQ (24).

*Variables de ajuste:* edad (25-34; 35-49; 50-64), sexo (hombre; mujer), clase ocupacional (manual; no manual), personas dependientes a cargo (sí; no), desempleo o ERTE en el último año (sí; no).

*Variables de estratificación:* sexo y clase ocupacional.

## Análisis estadísticos

Se realizaron análisis descriptivos según sexo y clase ocupacional. Se estimaron las prevalencias del consumo de fármacos utilizando ponderaciones post estratificación<sup>2</sup>, de acuerdo con la distribución de la EPA (22) del primer trimestre de 2023 y la submuestra anual de 2022, con tal de restituir las posibles diferencias entre la distribución de la muestra y la de la población de estudio. Para determinar los factores asociados al consumo de fármacos, se llevaron a cabo modelos de regresión de Poisson robusta obteniendo las razones de prevalencia con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% (RP IC95%). En primer lugar, se obtuvieron las RP IC95% de cada práctica de gestión laboral y de cada riesgo psicosocial de manera individual, ajustando por las variables sociodemográficas. Subsecuentemente, utilizando el método *step-wise*, se obtuvieron los modelos finales ajustando por las variables sociodemográficas y el resto de las prácticas de gestión laboral y riesgos psicosociales significativos, respectivamente.

Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico STATA 15.

## Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana de la Universitat Autònoma de Barcelona (número de protocolo: CEEAH-6090). La participación fue voluntaria tras proporcionar consentimiento informado, garantizando el cumplimiento con los requisitos exigidos por el Reglamento General de Protección de Datos (2016/679) y la Ley Orgánica 03/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

---

<sup>2</sup> Los pesos se calcularon según zona NUTS, sexo, edad, clase ocupacional y salud autopercibida (20).



# Resultados

---

## Descripción de la muestra

En la tabla 1 se observa la descripción de la muestra según sexo y clase ocupacional, presentándose las distribuciones de la muestra y las distribuciones de la muestra ponderadas de acuerdo con la EPA del primer trimestre de 2023.

El 41,8% de las manuales y el 55,6% de las no manuales eran mujeres. El 41,1% de los hombres y el 54,8% de las mujeres eran no manuales.

El grupo de edad menos prevalente fue el comprendido entre los 25 y 34 años, que representó un 22% de los hombres, un 21% de las mujeres, un 20,3% de los/las trabajadores/as manuales y un 22,9% de los/las trabajadores/as no manuales. El grupo de edad más prevalente fue el de 35-49 años, con un 44,6% de los hombres, un 45,4% de las mujeres y un 44,7% y 45,3% de los/las trabajadores/as manuales y no manuales, respectivamente.

La minoría convivía con menores de 6 años (entre un 10,3% un 12,1%), con mayores de 80 años (entre un 3,2% y un 6,4%) o con personas dependientes (entre un 3,8% y un 7,2%).

El 16,5% de los hombres y el 17,1% de las mujeres estuvo en situación de desempleo o ERTE en algún momento durante el último año, mientras que en manuales y no manuales esta prevalencia se situó en un 19,9% y 13,4% respectivamente.

Se puede observar que la muestra reclutada presenta mayores porcentajes de hombres, trabajadores/as no manuales y personas mayores en relación con la población.

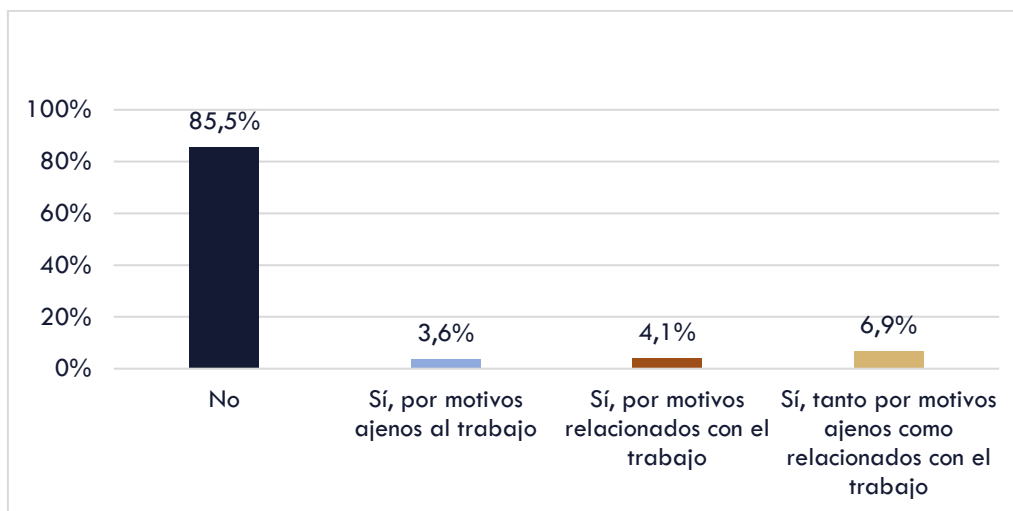
**Tabla 1.** Descripción de la muestra según sexo y clase ocupacional.

	Hombres		Mujeres		Manuales		No manuales	
	n (%)	% p	n (%)	% p	n (%)	% p	n (%)	% p
<b>Sexo</b>								
Hombre					343 (56,7)	58,2	609 (50)	44,4
Mujer					262 (43,3)	41,8	608 (50)	55,6
<b>Clase ocupacional</b>								
No manual	609 (64)	41,1	608 (69,9)	54,8				
Manual	343 (36)	58,9	262 (30,1)	45,2				
<b>Edad</b>								
25-34	79 (8,3)	22	101 (11,6)	21	52 (8,6)	20,3	129 (10,6)	22,9
35-49	411 (43,2)	44,6	409 (47)	45,4	281 (46,4)	44,7	540 (44,3)	45,3
50 o más	462 (48,5)	33,4	360 (41,4)	33,7	272 (45)	35	550 (45,1)	31,8
<b>Convivir con menores de 6 años</b>								
Sí	89 (9,4)	10,3	86 (9,9)	12,1	55 (9,1)	11	121 (9,9)	11,4
No	861 (90,6)	89,7	783 (90,1)	87,9	549 (90,9)	89	1096 (90,1)	88,6
<b>Convivir con mayores de 80 años</b>								
Sí	41 (4,3)	3,2	74 (8,5)	6,4	49 (8,1)	5,8	66 (5,4)	3,6
No	909 (95,7)	96,8	796 (91,5)	93,6	556 (91,9)	94,2	1151 (94,6)	96,4
<b>Convivir con personas dependientes</b>								
Sí	55 (5,8)	5,3	62 (7,1)	6	59 (9,8)	7,2	58 (4,8)	3,8
No	895 (84,2)	94,7	805 (92,9)	94	545 (90,2)	92,8	1159 (95,2)	96,2
<b>Desempleo o ERTE durante el último año</b>								
Sí	104 (11)	16,5	123 (14,3)	17,1	107 (17,8)	19,9	120 (9,9)	13,4
No	844 (89)	83,5	737 (85,7)	82,9	493 (82,2)	80,1	1090 (90,1)	86,6

\* p = ponderación correspondiente a 2023EPAT1

## Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos

El gráfico 1 muestra las prevalencias del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos. El 3,6% de la población los consume por motivos ajenos al trabajo mientras que el 11% lo hace por motivos relacionados con el trabajo (del cual el 4,1% exclusivamente por motivos laborales).



**Gráfico 1.** Prevalencias ponderadas del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos. Ponderación correspondiente a 2023EPAT1.

La tabla 2 muestra las prevalencias del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos según sexo y clase ocupacional. El 4% de los hombres y el 4,1% de las mujeres consumen tranquilizantes, sedantes y/o somníferos exclusivamente por motivos relacionados con el trabajo. Dicho consumo representa el 4,6% de los/las trabajadores/as manuales y el 3,5% de los/as no manuales.

**Tabla 2.** Prevalencias del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos según sexo y clase ocupacional.

	Hombres % p	Mujeres % p	Manuales % p	No manuales % p
No	87,5	83,3	83,9	87,3
Sí, por motivos ajenos al trabajo	2,9	4,3	3,5	3,6
Sí, por motivos relacionados con el trabajo	4	4,1	4,6	3,5
Sí, tanto por motivos ajenos como relacionados con el trabajo	5,6	8,3	8,1	5,6

\* p = ponderación correspondiente a 2023EPAT1

La tabla 3 muestra las prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo según sexo. La tabla 4 muestra estos resultados según clase ocupacional. Para cada estrato o grupo, los primeros modelos (columnas 3 y 6) muestran la asociación de cada una de las prácticas, consideradas individualmente, con el consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo. En cambio, los modelos finales (columnas 4 y 7) consideran todas las prácticas de gestión laboral conjuntamente.

Entre los hombres éstas son tener un contrato temporal (RP: 1,71; IC95%: 1,03-2,86), percibir un salario que no cubre las necesidades básicas del hogar (RP: 1,65; IC95%: 1,14-2,39), disponer de un registro horario que no se aplica totalmente (RP: 1,55; IC95%: 1,06-2,26), el tamaño de plantilla insuficiente (RP: 2,28; IC95%: 1,38-3,97) y tener dificultades para ejercer la desconexión (alguna vez/a veces RP: 1,59; IC95%: 1-2,54 y muchas veces/siempre RP: 2,57; IC95%: 1,51-4,36) (tabla 3).

Entre las mujeres, en cambio, éstas son tener participación directa delegativa (RP: 0,61; IC95%: 0,42-0,89), tamaño de plantilla insuficiente (RP: 2,5; IC95%: 1,59-3,93), tener dificultades para ejercer la desconexión muchas veces/siempre (RP: 2,51; IC95%: 1,68-3,76) y teletrabajar menos de la mitad de la jornada laboral (RP: 0,54; IC95%: 0,3-0,97) (tabla 3).

Entre los/las trabajadores/as manuales, las prácticas de gestión laboral que se asocian al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo son trabajar a tiempo parcial (RP: 1,59; IC95%: 1,07-2,37), tener que alargar la jornada algunas veces (RP: 0,58; IC95%: 0,36-0,94), no disponer de un registro horario (RP: 0,49; IC95%: 0,25-0,96), el tamaño de plantilla insuficiente (RP: 1,87; IC95%: 1,04-3,35) y tener dificultades para ejercer la desconexión muchas veces/siempre (RP: 1,93; IC95%: 1,09-3,4) (tabla 4).

Entre los/las trabajadores/as no manuales destacan la falta de adaptabilidad horaria (poder elegir entre horarios fijados por la empresa RP: 1,92; IC95%: 1,18-3,13 y tener horarios fijos sin posibilidad de cambios RP: 1,51; IC95%: 1,11-2,05), el tamaño de plantilla insuficiente (RP: 3,1; IC95%: 1,99-4,83) y tener dificultades para ejercer la desconexión muchas veces/siempre (RP: 2,48; IC95%: 1,65-3,71) (tabla 4).

**Tabla 3. Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo según sexo.**

	Hombres			Mujeres		
	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Tipo de contrato</b>						
Indefinido	16,1%	1	1	20%	1	
Temporal	18,5%	1,53 (0,95-2,46)	1,71 (1,03-2,86)	17,6%	0,91 (0,6-1,38)	
<b>Tipo de jornada</b>						
Completo	16,6%	1		19,8%	1	
Parcial	17,5%	0,55 (0,2-1,56)		20%	0,93 (0,62-1,39)	
<b>Salario</b>						
Cubre necesidades básicas	14,1%	1	1	17,8%	1	
No cubre necesidades básicas	22,4%	1,93 (1,39-2,69)	1,65 (1,14-2,39)	23,9%	1,29 (0,97-1,72)	
<b>Adaptabilidad horaria</b>						
Puedo adaptarlo	12,1%	1		14,5%	1	
Elijo entre horarios fijados por la empresa	17%	1,37 (0,7-2,69)		21,7%	1,48 (0,83-2,62)	
Fijos, sin posibilidad de cambios	18,9%	1,56 (1,04-2,33)		21,9%	1,41 (0,99-2)	
<b>Exigencias de disponibilidad por parte del empresario</b>						
Nunca	14,6%	1		18,3%	1	
A veces	16%	1,27 (0,89-1,81)		18,1%	1,02 (0,76-1,38)	
Frecuentemente	29,9%	2,22 (1,4-3,54)		35,5%	1,94 (1,34-2,81)	
<b>Alargar jornada</b>						
Nunca	15,8%	1		18,8%	1	
Sólo alguna vez/Algunas veces	13,8%	0,87 (0,57-1,33)		17,2%	0,98 (0,68-1,41)	
Muchas veces/Siempre	29%	2,13 (1,36-3,34)		30,9%	1,75 (1,18-2,58)	
<b>Jornadas largas</b>						
<= 48h	16,1%	1		19,5%	1	
>48	27,4%	1,84 (1,18-2,87)		31,4%	1,54 (0,95-2,51)	
<b>Registro horario</b>						
Hay y se recogen todas las horas	15,2%	1	1	20,2%	1	
Hay, pero no se aplica totalmente	21,9%	1,99 (1,41-2,83)	1,55 (1,06-2,26)	21,9%	1,15 (0,84-1,59)	
No hay	15,4%	1,14 (0,69-1,88)	0,91 (0,53-1,53)	17,9%	1,01 (0,69-1,46)	
<b>Sentirse reemplazable</b>						
Nunca	11,2%	1		15,1%	1	
Sólo alguna vez/Algunas veces	14,2%	1,67 (1,03-2,71)		15,6%	1,05 (0,7-1,57)	
Muchas veces/Siempre	24,3%	2,65 (1,66-4,23)		27,2%	1,7 (1,2-2,42)	
<b>Participación directa</b>						
No	23,6%	1		30,5%	1	1
Delegativa	16,4%	1,01 (0,65-1,58)		16,4%	0,58 (0,41-0,83)	0,61 (0,42-0,89)
Consultiva	26,4%	1,31 (0,68-2,52)		30,9%	1,11 (0,7-1,77)	1,15 (0,71-1,88)
Delegativa y consultiva	12,4%	0,56 (0,34-0,93)		16,2%	0,63 (0,44-0,89)	0,71 (0,49-1,02)
<b>Tamaño de plantilla</b>						
Suficiente	7,6%	1	1	9,2%	1	1
Insuficiente	20,5%	2,69 (1,64-4,4)	2,28 (1,31-3,97)	23,9%	2,56 (1,68-3,89)	2,5 (1,59-3,93)
<b>Planificación del trabajo realista</b>						
Sí	9,2%	1		10,7%	1	
No	20,4%	2,03 (1,33-3,1)		24%	2,14 (1,45-3,15)	
<b>Dificultades para ejercer la desconexión</b>						
Nunca	11,4%	1	1	14,5%	1	1
Sólo alguna vez/A veces	16,4%	1,65 (1,06-2,56)	1,59 (1-2,54)	19,1%	1,34 (0,95-1,89)	1,26 (0,88-1,82)
Muchas veces/Siempre	31,3%	3,09 (1,9-5,03)	2,57 (1,51-4,36)	35%	2,47 (1,69-3,6)	2,51 (1,68-3,76)
<b>Teletrabajo</b>						
No	17,9%	1		21,4%	1	1
Sí, menos de la mitad de la jornada	10%	0,66 (0,37-1,18)		10,9%	0,55 (0,31-0,97)	0,54 (0,3-0,97)
Sí, la mitad o más de la jornada	1,5%	0,82 (0,43-1,59)		17,5%	0,97 (0,55-1,7)	0,94 (0,55-1,6)

RP calculada usando "no consumo" o "consumo por motivos ajenos al trabajo" como referencia vs. "consumo por motivos relacionados con el trabajo".

<sup>a</sup> RP ajustada por clase ocupacional, edad, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año.

<sup>b</sup> RP ajustada por las características sociodemográficas anteriores y el resto de las prácticas de gestión laboral significativas.

**Tabla 4.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional.

	Manuales			No manuales		
	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Tipo de contrato</b>						
Indefinido	18,4%	1		15%	1	
Temporal	15,4%	0,74 (0,41-1,34)		19,8%	1,34 (0,93-1,93)	
<b>Tipo de jornada</b>						
Completo	17,2%	1	1	16,3%	1	
Parcial	24,7%	1,14 (0,72-1,8)	1,59 (1,07-2,37)	8,1%	0,45 (0,19-1,04)	
<b>Salario</b>						
Cubre necesidades básicas	12,9%	1		14,5%	1	
No cubre necesidades básicas	24,5%	1,72 (1,19-2,49)		20,2%	1,46 (1,1-1,94)	
<b>Adaptabilidad horaria</b>						
Puedo adaptarlo	14,1%	1		11,7%	1	1
Elijo entre horarios fijados por la empresa	12,5%	0,85 (0,32-2,21)		18,9%	1,67 (1,04-2,7)	1,92 (1,18-3,13)
Fijos, sin posibilidad de cambios	20%	1,27 (0,73-2,21)		18%	1,5 (1,11-2,02)	1,51 (1,11-2,05)
<b>Exigencias de disponibilidad por parte del empresario</b>						
Nunca	16,5%	1		13,8%	1	
A veces	15,3%	0,91 (0,61-1,35)		16,3%	1,21 (0,92-1,6)	
Frecuentemente	35,2%	2,08 (1,36-3,18)		25,6%	1,9 (1,26-2,88)	
<b>Alargar jornada</b>						
Nunca	18,7%	1	1	13,1%	1	
Sólo alguna vez/Algunas veces	13,5%	0,76 (0,5-1,14)	0,58 (0,36-0,94)	14%	1,11 (0,75-1,66)	
Muchas veces/Siempre	38%	1,95 (1,27-2,98)	1,21 (0,72-2,03)	25,6%	1,99 (1,31-3,03)	
<b>Jornadas largas</b>						
<= 48h	18,1%	1		15,1%	1	
>48	23,8%	1,42 (0,81-2,48)		29,7%	1,93 (1,31-2,85)	
<b>Registro horario</b>						
Hay y se recogen todas las horas	17,5%	1	1	14%	1	
Hay, pero no se aplica totalmente	28,6%	1,53 (1,05-2,24)	1,2 (0,79-1,84)	19,2%	1,43 (1,06-1,92)	
No hay	9,5%	0,55 (0,28-1,08)	0,49 (0,25-0,96)	17,8%	1,29 (0,92-1,81)	
<b>Sentirse reemplazable</b>						
Nunca	12,8%	1		10,7%	1	
Sólo alguna vez/Algunas veces	15,6%	1,27 (0,73-2,23)		13,5%	1,23 (0,86-1,78)	
Muchas veces/Siempre	22,9%	1,7 (1,03-2,81)		25,4%	2,18 (1,55-3,06)	
<b>Participación directa</b>						
No	23%	1		24,2%	1	
Delegativa	17,8%	0,81 (0,54-1,24)		15,7%	0,68 (0,48-0,96)	
Consultiva	22%	0,99 (0,53-1,86)		29,2%	1,18 (0,73-1,91)	
Delegativa y consultiva	14,5%	0,68 (0,42-1,09)		11,6%	0,53 (0,37-0,77)	
<b>Tamaño de plantilla</b>						
Suficiente	10,3%	1	1	6,6%	1	1
Insuficiente	21,6%	2,03 (1,2-3,41)	1,87 (1,04-3,35)	19,9%	2,98 (1,98-4,47)	3,1 (1,99-4,83)
<b>Planificación del trabajo realista</b>						
Sí	10,1%	1		8,9%	1	
No	22,1%	2 (1,21-3,31)		19,5%	2,16 (1,52-3,05)	
<b>Dificultades para ejercer la desconexión</b>						
Nunca	13,8%	1	1	9,9%	1	1
Sólo alguna vez/A veces	17,8%	1,27 (0,83-1,94)	1,06 (0,65-1,71)	15,8%	1,58 (1,11-2,26)	1,37 (0,95-1,98)
Muchas veces/Siempre	30,8%	2,12 (1,32-3,41)	1,93 (1,09-3,4)	31,6%	3,03 (2,05-4,47)	2,48 (1,65-3,71)
<b>Teletrabajo <sup>c</sup></b>						
No				17,4%	1	
Sí, menos de la mitad de la jornada				10,4%	0,64 (0,42-0,96)	
Sí, la mitad o más de la jornada				14,6%	0,91 (0,58-1,41)	

RP calculada usando "no consumo" o "consumo por motivos ajenos al trabajo" como referencia vs. "consumo por motivos relacionados con el trabajo".

<sup>a</sup> RP ajustada por sexo, edad, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año.

<sup>b</sup> RP ajustada por las características sociodemográficas anteriores y el resto de las prácticas de gestión laboral significativas.

<sup>c</sup> En el caso de los/las trabajadores/as manuales no se ha considerado esta práctica de gestión laboral dado el bajo nombre de personas que la practican.

La tabla 5 muestra los riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo según sexo y la tabla 6 los muestra según clase ocupacional.

Al modelizarlos individualmente, prácticamente todos los riesgos laborales psicosociales se asocian al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo, en hombres y mujeres (tabla 5) y en trabajadores/as manuales y no manuales (tabla 6).

Al modelizarlos conjuntamente, los que se asocian al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo en hombres son las exigencias cuantitativas (RP: 1,56; IC95%: 1,11-2,19), las exigencias emocionales (RP: 1,47; IC95%: 1,04-2,07), el conflicto trabajo vida (RP: 2,71; IC95%: 1,59-4,6), la inseguridad sobre el horario (RP: 1,53; IC95%: 1,1-2,13) y el apoyo social de compañeros/as (RP: 1,76; IC95%: 1,15-2,67) (tabla 5).

En mujeres, los riesgos psicosociales asociados al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo son el ritmo de trabajo (RP: 1,68; IC95%: 1,26-2,25), las exigencias emocionales (RP: 1,51; IC95%: 1,06-2,14), el conflicto trabajo vida (RP: 3,3; IC95%: 1,87-5,83) y la inseguridad sobre el empleo (RP: 1,52; IC95%: 1,12-2,06) (tabla 5).

En trabajadores/as manuales, la exposición a un elevado ritmo de trabajo (RP: 1,9; IC95%: 1,29-2,79), al conflicto trabajo-vida (RP: 2,01; IC95%: 1,08-3,74), a la inseguridad sobre el empleo (RP: 1,5; IC95%: 1,01-2,22), a la inseguridad sobre encontrar trabajo (RP: 1,63; IC95%: 1,03-2,58) y a un bajo apoyo social de compañeros/as (RP: 1,7; IC95%: 1,02-2,85), se asocian a un mayor consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo (tabla 6).

En trabajadores/as no manuales, en cambio, los riesgos psicosociales que se asocian a dicho consumo son las exigencias cuantitativas (RP: 1,33; IC95%: 1-1,77), el ritmo de trabajo (RP: 1,38; IC95%: 1,07-1,79), las exigencias emocionales (RP: 1,56; IC95%: 1,13-2,16), el conflicto trabajo vida (RP: 3,16; IC95%: 1,92-5,22) y la inseguridad sobre el horario (RP: 1,59; IC95%: 1,24-2,05) (tabla 6).

**Tabla 5.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo según sexo.

	Hombres			Mujeres		
	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Exigencias cuantitativas</b>						
No exposición	9,5%	1	1	13,9%	1	
Exposición	19,5%	2,06 (1,47-2,87)	1,56 (1,11-2,19)	25,5%	1,8 (1,36-2,39)	
<b>Ritmo de trabajo</b>						
No exposición	9,8%	1		12,5%	1	1
Exposición	22,2%	2,2 (1,6-3,01)		28,6%	2,22 (1,67-2,96)	1,68 (1,26-2,25)
<b>Exigencias emocionales</b>						
No exposición	8,8%	1	1	10,7%	1	1
Exposición	19,1%	2,14 (1,52-3,01)	1,47 (1,04-2,07)	25,1%	2,4 (1,69-3,4)	1,51 (1,06-2,14)
<b>Conflicto trabajo-vida</b>						
No exposición	4,9%	1	1	5,2%	1	1
Exposición	19,1%	3,9 (2,37-6,4)	2,71 (1,59-4,6)	25,4%	4,64 (2,65-8,14)	3,3 (1,87-5,83)
<b>Influencia</b>						
No exposición	13,2%	1		16,5%	1	
Exposición	14,5%	1,1 (0,78-1,56)		25,0%	1,43 (1,09-1,88)	
<b>Posibilidades de desarrollo</b>						
No exposición	12,1%	1		15,5%	1	
Exposición	15,7%	1,31 (0,95-1,81)		25,2%	1,52 (1,15-2,01)	
<b>Inseguridad sobre el empleo</b>						
No exposición	12%	1		17,6%	1	1
Exposición	23,1%	1,93 (1,33-2,8)		28,8%	1,62 (1,2-2,19)	1,52 (1,12-2,06)
<b>Inseguridad encontrar trabajo</b>						
No exposición	11,8%	1		13,9%	1	
Exposición	15,2%	1,29 (0,88-1,89)		22,7%	1,4 (0,99-1,99)	
<b>Inseguridad sobre el salario</b>						
No exposición	13,2%	1		18,8%	1	
Exposición	17,6%	1,19 (0,71-2)		28,1%	1,43 (1-2,03)	
<b>Inseguridad sobre el horario</b>						
No exposición	10,6%	1	1	15,7%	1	
Exposición	22,3%	2,06 (1,49-2,86)	1,53 (1,1-2,13)	29,3%	1,77 (1,34-2,35)	
<b>Apoyo social de compañeros/as</b>						
No exposición	8,2%	1	1	16,5%	1	
Exposición	16,1%	1,97 (1,28-3,04)	1,76 (1,15-2,67)	21,3%	1,21 (0,87-1,67)	
<b>Apoyo social de superiores</b>						
No exposición	9,6%	1		12,4%	1	
Exposición	15,8%	1,63 (1,1-2,41)		23,1%	1,68 (1,18-2,39)	
<b>Reconocimiento</b>						
No exposición	6,3%	1		8,6%	1	
Exposición	16,3%	2,62 (1,53-4,47)		23,3%	2,53 (1,58-4,05)	

RP calculada usando "no consumo" o "consumo por motivos ajenos al trabajo" como referencia vs. "consumo por motivos relacionados con el trabajo".

<sup>a</sup> RP ajustada por clase ocupacional, edad, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año.

<sup>b</sup> RP ajustada por las características sociodemográficas anteriores y el resto de los riesgos laborales psicosociales significativos.



**Tabla 6.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional.

	Manuales			No manuales		
	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Exigencias cuantitativas</b>						
No exposición	13,6%	1		10%	1	1
Exposición	26,1%	1,75 (1,25-2,46)		21,3%	2,03 (1,53-2,69)	1,33 (1-1,77)
<b>Ritmo de trabajo</b>						
No exposición	11%	1	1	10,9%	1	1
Exposición	28,7%	2,32 (1,61-3,34)	1,9 (1,29-2,79)	24,2%	2,13 (1,64-2,77)	1,38 (1,07-1,79)
<b>Exigencias emocionales</b>						
No exposición	11,9%	1		8,1%	1	1
Exposición	24,4%	1,82 (1,26-2,64)		21,4%	2,57 (1,85-3,55)	1,56 (1,13-2,16)
<b>Conflicto trabajo-vida</b>						
No exposición	6,8%	1	1	4,3%	1	1
Exposición	22,9%	3 (1,66-5,43)	2,01 (1,08-3,74)	22%	4,98 (3,1-8)	3,16 (1,92-5,22)
<b>Influencia</b>						
No exposición	17,9%	1		13,5%	1	
Exposición	18,5%	1 (0,71-1,42)		20,8%	1,53 (1,18-1,98)	
<b>Possibilidades de desarrollo</b>						
No exposición	15%	1		13,4%	1	
Exposición	20,3%	1,4 (0,96-2,05)		20%	1,42 (1,1-1,83)	
<b>Inseguridad sobre el empleo</b>						
No exposición	15,4%	1	1	14,2%	1	
Exposición	30,2%	1,83 (1,26-2,65)	1,5 (1,01-2,22)	23,5%	1,74 (1,28-2,37)	
<b>Inseguridad encontrar trabajo</b>						
No exposición	12,3%	1	1	13%	1	
Exposición	20,9%	1,77 (1,11-2,82)	1,63 (1,03-2,58)	17,5%	1,16 (0,85-1,59)	
<b>Inseguridad sobre el salario</b>						
No exposición	17,2%	1		15,2%	1	
Exposición	29,7%	1,51 (0,98-2,34)		19,7%	1,17 (0,78-1,73)	
<b>Inseguridad sobre el horario</b>						
No exposición	14,1%	1		12,6%	1	1
Exposición	24,6%	1,59 (1,12-2,26)		26,8%	2,1 (1,62-2,73)	1,59 (1,24-2,05)
<b>Apoyo social de compañeros/as</b>						
No exposición	10,7%	1	1	12,7%	1	
Exposición	20,8%	1,98 (1,19-3,3)	1,7 (1,02-2,85)	17,4%	1,3 (0,96-1,76)	
<b>Apoyo social de superiores</b>						
No exposición	9,8%	1		11,3%	1	
Exposición	20,8%	1,97 (1,15-3,39)		18,3%	1,57 (1,16-2,11)	
<b>Reconocimiento</b>						
No exposición	8,4%	1		7%	1	
Exposición	20,2%	2,31 (1,17-4,56)		19,3%	2,63 (1,74-3,98)	

RP calculada usando "no consumo" o "consumo por motivos ajenos al trabajo" como referencia vs. "consumo por motivos relacionados con el trabajo".

<sup>a</sup> RP ajustada por sexo, edad, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año.

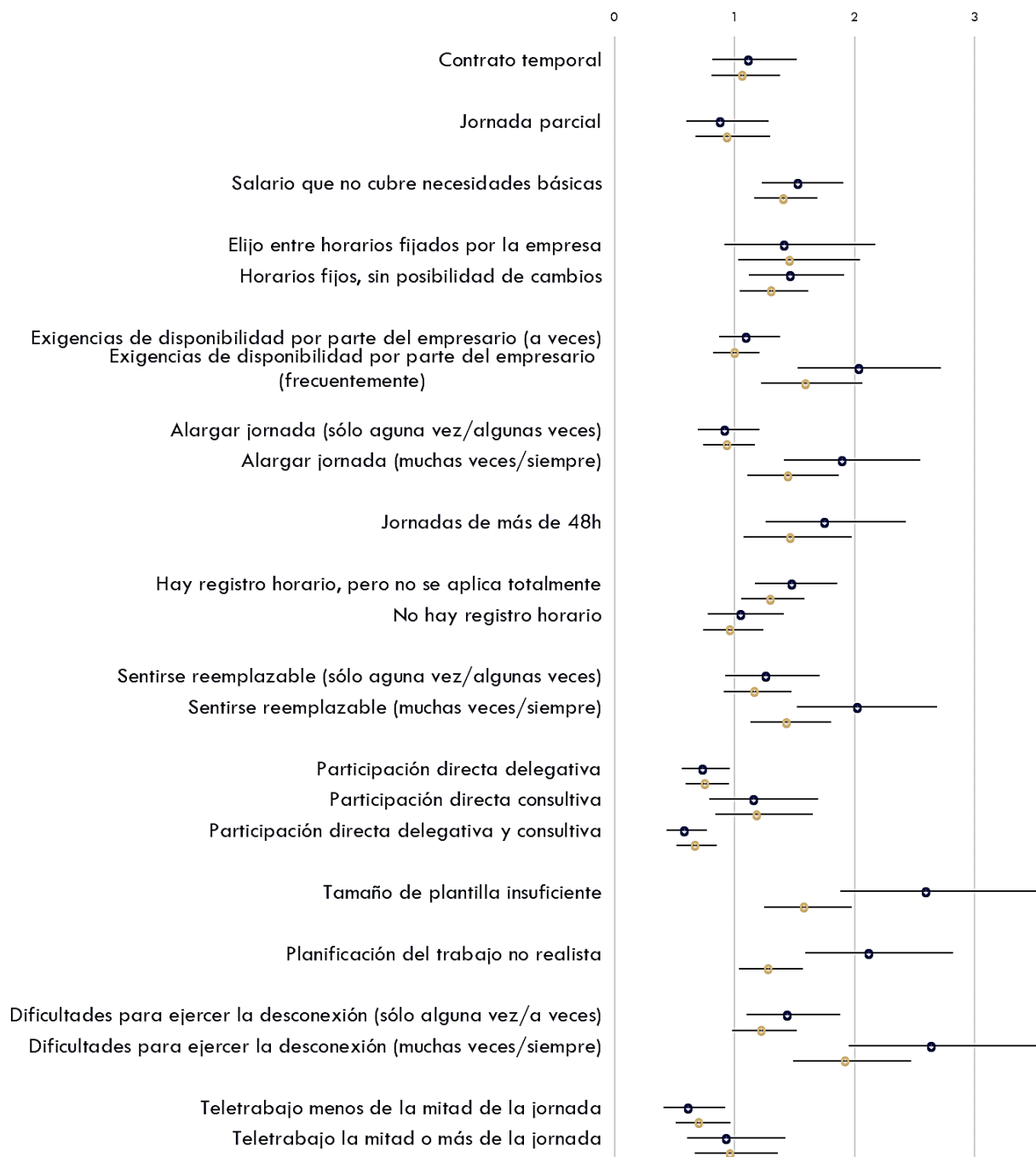
<sup>b</sup> RP ajustada por las características sociodemográficas anteriores y el resto de los riesgos laborales psicosociales significativos.

El gráfico 2 muestra las prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos.

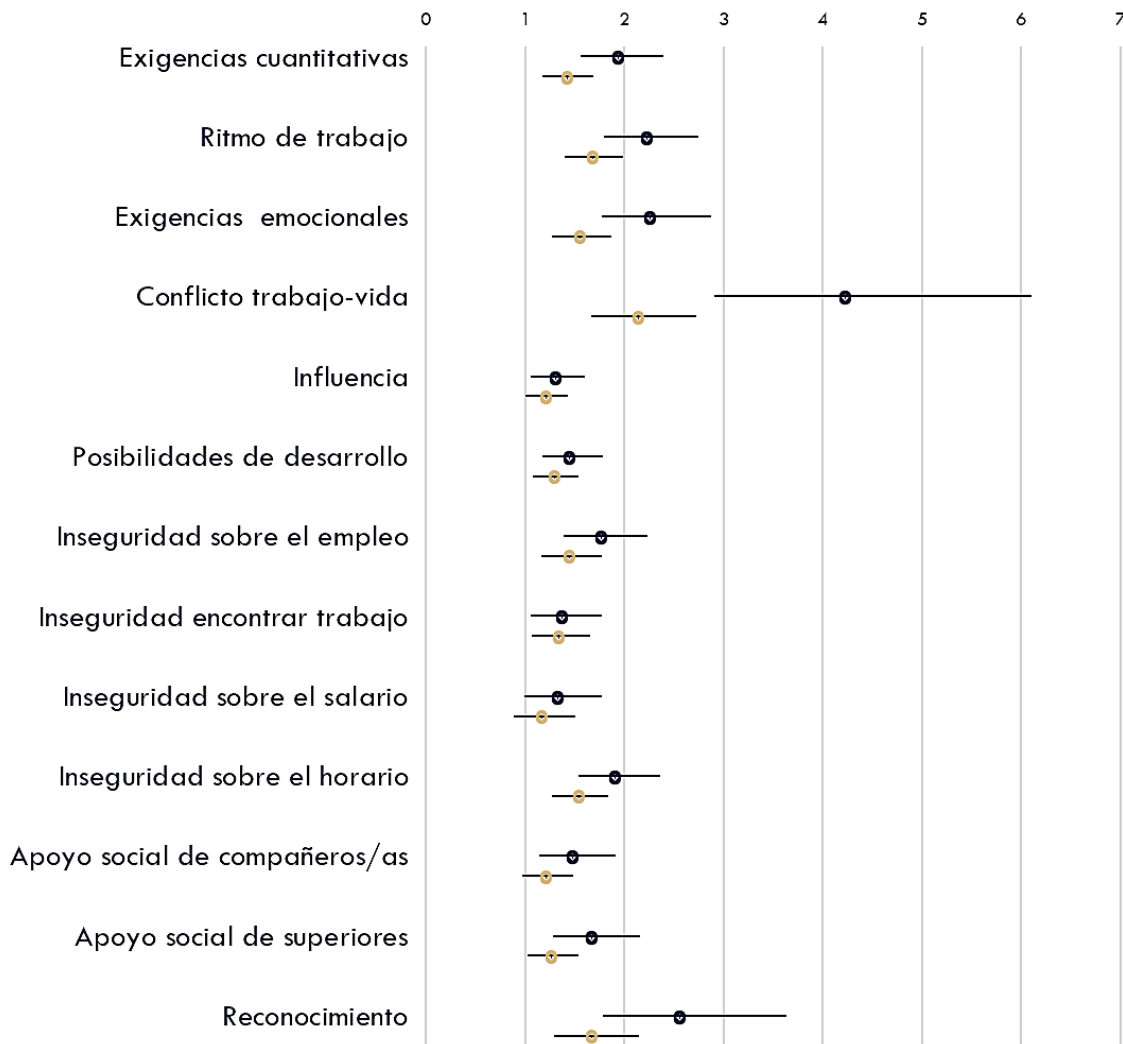
El gráfico 3 muestra los riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos.

En ambos gráficos se muestra, para cada variable, en primer lugar (en azul oscuro), la razón de prevalencia para el consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos laborales y, en segundo lugar (en marrón), la razón de prevalencia para el consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos sin discriminar por el motivo de consumo.

Se puede apreciar, prácticamente en todos los casos, que cuando no se discrimina según el motivo de consumo, las razones de prevalencia son menos extremas (más cercanas a 1) que cuando se especifica que el consumo se debe a motivos laborales. Esto nos indica que, a la hora de determinar los factores laborales que se asocian al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos por motivos laborales, el hecho de no discriminar según el motivo de consumo conduce a infraestimar la fuerza de la relación entre las variables explicativas y la variable de resultado.



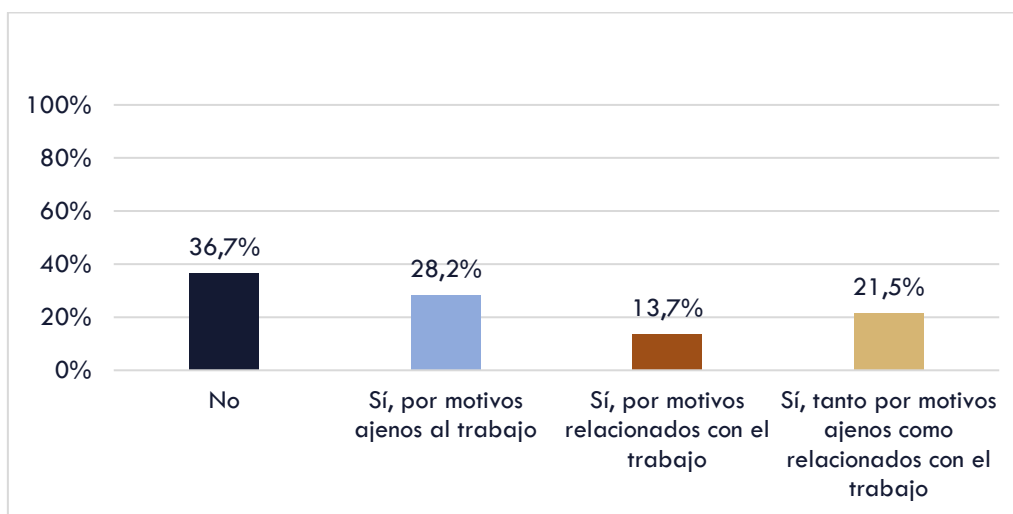
**Gráfico 2.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos, por motivos relacionados con el trabajo (azul) y por motivos ajenos y relacionados con el trabajo (marrón), ajustando en todos los casos por las variables sociodemográficas (sexo, edad, clase ocupacional, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año).



**Gráfico 3.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos, por motivos relacionados con el trabajo (*azul*) y por motivos ajenos y relacionados con el trabajo (*marrón*), ajustando en todos los casos por las variables sociodemográficas (sexo, edad, clase ocupacional, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año).

## Consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides

El gráfico 4 muestra las prevalencias del consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides. El 28,2% de la población los consume por motivos ajenos al trabajo mientras que el 13,7% lo hace por motivos relacionados con el trabajo y el 21,5% tanto por motivos ajenos como relacionados con el trabajo.



**Gráfico 4.** Prevalencias ponderadas del consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides. Ponderación correspondiente a 2023EPAT1.

La tabla 7 muestra las prevalencias del consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides según sexo y clase ocupacional. El 12,1% y 15,8% de los hombres y el 15,4% y 27,6% de las mujeres consumen antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo y tanto por motivos relacionados como ajenos al trabajo, respectivamente. Dicho consumo representa el 18,3% y 25,5% de los/las trabajadores/as manuales y el 8,7% y 17,1% de los/as no manuales, respectivamente.

**Tabla 7.** Prevalencias del consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides según sexo y clase ocupacional.

	Hombres	Mujeres	Manuales	No manuales
	% p	% p	% p	% p
No	44,2	28,6	35,1	38,4
Sí, por motivos ajenos al trabajo	27,9	28,3	21,1	35,8
Sí, por motivos relacionados con el trabajo	12,1	15,4	18,3	8,7
Sí, tanto por motivos ajenos como relacionados con el trabajo	15,8	27,6	25,5	17,1

\* p = ponderación correspondiente a 2023EPAT1

Las tablas 8 y 9 muestran las prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo según sexo y clase ocupacional respectivamente. Para cada estrato, los primeros modelos (columnas 3 y 6) muestran la asociación de cada una de las prácticas, consideradas individualmente, con el consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo. En cambio, los modelos finales (columnas 4 y 7) consideran todas las prácticas de gestión laboral conjuntamente.

En hombres, disponer de un registro horario que no se aplica totalmente (RP: 1,29; IC95%: 1,04-1,6), sentirse reemplazable (algunas veces RP: 1,53; IC95%: 1,14-2,04 o muchas veces/siempre RP: 1,53; IC95%: 1,13-2,07), tener participación directa delegativa y consultiva (RP: 0,59; IC95%: 0,44-0,77) y un tamaño de plantilla insuficiente (RP: 1,64; IC95%: 1,27-2,13), son las prácticas de gestión laboral que se asocian al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo (tabla 8).

En mujeres, éstas son tener horarios fijos sin posibilidad de cambios (RP: 1,26; IC95%: 1,03-1,54), sentirse reemplazable (muchas veces/siempre) (RP: 1,6; IC95%: 1,3-1,96), que la planificación del trabajo no sea realista (RP: 1,63; IC95%: 1,31-2,03) y tener dificultades para ejercer la desconexión (a veces RP: 1,35; IC95%: 1,13-1,6 o muchas veces/siempre RP: 1,46; IC95%: 1,19-1,78) (tabla 8).

Las prácticas de gestión laboral que se asocian al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo en trabajadores/as manuales son sentirse reemplazable (algunas veces RP: 1,33; IC95%: 1,01-1,76 o muchas veces/siempre RP: 1,76; IC95%: 1,38-2,24) y una planificación del trabajo que no sea realista (RP: 1,42; IC95%: 1,14-1,77) (tabla 9).

En trabajadores/as no manuales, éstas son tener un contrato temporal (RP: 0,75; IC95%: 0,56-0,99), un salario que no cubre las necesidades básicas del hogar (RP: 1,33; IC95%: 1,11-1,59), elegir entre horarios fijados por la empresa (RP: 1,43; IC95%: 1,04-1,97), no tener registro horario (RP: 1,3; IC95%: 1,04-1,62) o que éste no se aplique totalmente (RP: 1,36; IC95%: 1,12-1,65), sentirse reemplazable (muchas veces/siempre) (RP: 1,45; IC95%: 1,12-1,87), tener participación directa consultiva (RP: 0,69; IC95%: 0,48-0,99), el tamaño de plantilla insuficiente (RP: 1,33; IC95%: 1,03-1,72), que la planificación del trabajo no sea realista (RP: 1,41; IC95%: 1,07-1,85) y tener dificultades para ejercer la desconexión (algunas veces RP: 1,47; IC95%: 1,07-1,85 o muchas veces/siempre RP: 1,75; IC95%: 1,31-2,34) (tabla 9).

**Tabla 8.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo según sexo.

	Hombres			Mujeres		
	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Tipo de contrato</b>						
Indefinido	28,4%	1		44,2%	1	
Temporal	23,5%	0,9 (0,64-1,25)		36,1%	0,91 (0,74-1,12)	
<b>Tipo de jornada</b>						
Completo	28,3%	1		41,9%	1	
Parcial	26,7%	1,17 (0,77-1,78)		49%	0,91 (0,74-1,11)	
<b>Salario</b>						
Cubre necesidades básicas	24,1%	1		37,2%	1	
No cubre necesidades básicas	36,7%	1,39 (1,14-1,69)		53,8%	1,19 (1,04-1,37)	
<b>Adaptabilidad horaria</b>						
Puedo adaptarlo	18,8%	1		29,5%	1	1
Elijo entre horarios fijados por la empresa	24,7%	1,36 (0,93-2)		38,9%	1,31 (0,95-1,8)	1,36 (0,97-1,9)
Fijos, sin posibilidad de cambios	32,7%	1,4 (1,1-1,78)		48,2%	1,44 (1,18-1,75)	1,26 (1,03-1,54)
<b>Exigencias de disponibilidad por parte del empresario</b>						
Nunca	27,2%	1		36,2%	1	
A veces	26,8%	1,17 (0,96-1,42)		45,7%	1,24 (1,07-1,44)	
Frecuentemente	35,2%	1,31 (0,97-1,76)		56%	1,45 (1,19-1,76)	
<b>Alargar jornada</b>						
Nunca	35,4%	1		44,4%	1	
Sólo alguna vez/Algunas veces	24,1%	0,84 (0,68-1,04)		39,6%	1,09 (0,92-1,29)	
Muchas veces/Siempre	32,9%	1,24 (0,96-1,62)		55,1%	1,48 (1,22-1,8)	
<b>Jornadas largas</b>						
<= 48h	27,6%	1		42,3%	1	
>48	31,4%	1,36 (1,03-1,8)		58,1%	1,44 (1,17-1,77)	
<b>Registro horario</b>						
Hay y se recogen todas las horas	27,8%	1	1	41,7%	1	
Hay, pero no se aplica totalmente	31,8%	1,45 (1,18-1,77)	1,29 (1,04-1,6)	47,5%	1,29 (1,11-1,51)	
No hay	23,8%	1,16 (0,88-1,52)	1,16 (0,88-1,54)	43,5%	1,17 (0,98-1,4)	
<b>Sentirse reemplazable</b>						
Nunca	16,8%	1	1	27%	1	1
Sólo alguna vez/Algunas veces	23,3%	1,47 (1,12-1,94)	1,53 (1,14-2,04)	37%	1,31 (1,04-1,65)	1,19 (0,94-1,5)
Muchas veces/Siempre	46,2%	2,02 (1,55-2,64)	1,53 (1,13-2,07)	61,9%	1,99 (1,64-2,42)	1,6 (1,3-1,96)
<b>Participación directa</b>						
No	42,2%	1	1	58,7%	1	
Delegativa	35,5%	0,81 (0,65-1)	0,83 (0,67-1,03)	42,7%	0,78 (0,66-0,92)	
Consultiva	14,9%	0,55 (0,33-0,9)	0,63 (0,39-1,03)	46,2%	0,77 (0,59-1,02)	
Delegativa y consultiva	18,7%	0,5 (0,39-0,65)	0,59 (0,44-0,77)	37,7%	0,72 (0,61-0,86)	
<b>Tamaño de plantilla</b>						
Suficiente	15,7%	1	1	31,1%	1	
Insuficiente	33,8%	1,91 (1,47-2,47)	1,64 (1,27-2,13)	48,5%	1,61 (1,33-1,94)	
<b>Planificación del trabajo realista</b>						
Sí	14,3%	1		26,8%	1	1
No	35,9%	2,01 (1,56-2,59)		51,9%	1,8 (1,48-2,19)	1,63 (1,31-2,03)
<b>Dificultades para ejercer la desconexión</b>						
Nunca	21,3%	1		35,3%	1	1
Sólo alguna vez/A veces	29,3%	1,27 (1,01-1,58)		42,1%	1,39 (1,17-1,65)	1,35 (1,13-1,6)
Muchas veces/Siempre	48,5%	1,87 (1,44-2,43)		57,8%	1,72 (1,41-2,09)	1,46 (1,19-1,78)
<b>Teletrabajo</b>						
No	29,8%	1		46,3%	1	
Sí, menos de la mitad de la jornada	18,1%	0,61 (0,41-0,92)		31,2%	0,88 (0,67-1,15)	
Sí, la mitad o más de la jornada	15,4%	0,89 (0,58-1,37)		25,2%	0,84 (0,59-1,19)	

RP calculada usando "no consumo" o "consumo por motivos ajenos al trabajo" como referencia vs. "consumo por motivos relacionados con el trabajo".

<sup>a</sup> RP ajustada por clase ocupacional, edad, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año.

<sup>b</sup> RP ajustada por las características sociodemográficas anteriores y el resto de las prácticas de gestión laboral significativas.

**Tabla 9.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional.

	Manuales			No manuales		
	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Tipo de contrato</b>						
Indefinido	43,5%	1		26,6%	1	1
Temporal	46,5%	1 (0,8-1,25)		19,9%	0,85 (0,66-1,1)	0,75 (0,56-1)
<b>Tipo de jornada</b>						
Completo	43,1%	1		25,6%	1	
Parcial	49,9%	0,93 (0,76-1,15)		28,7%	0,98 (0,68-1,41)	
<b>Salario</b>						
Cubre necesidades básicas	37,8%	1		24%	1	1
No cubre necesidades básicas	51,3%	1,11 (0,96-1,28)		33,3%	1,47 (1,24-1,74)	1,33 (1,11-1,59)
<b>Adaptabilidad horaria</b>						
Puedo adaptarlo	28,3%	1		21,2%	1	1
Elijo entre horarios fijados por la empresa	33,8%	1,19 (0,79-1,79)		26,6%	1,41 (1,03-1,94)	1,43 (1,04-1,97)
Fijos, sin posibilidad de cambios	48,9%	1,37 (1,05-1,78)		28,7%	1,45 (1,2-1,74)	1,21 (0,98-1,48)
<b>Exigencias de disponibilidad por parte del empresario</b>						
Nunca	42,4%	1		22,1%	1	
A veces	43,5%	1,05 (0,9-1,23)		26,8%	1,33 (1,12-1,58)	
Frecuentemente	51,3%	1,14 (0,93-1,41)		36,2%	1,62 (1,25-2,1)	
<b>Alargar jornada</b>						
Nunca	47,7%	1		24%	1	
Sólo alguna vez/Algunas veces	40,2%	0,94 (0,8-1,11)		23,4%	1,02 (0,8-1,3)	
Muchas veces/Siempre	52%	1,15 (0,94-1,4)		38%	1,54 (1,19-2)	
<b>Jornadas largas</b>						
<= 48h	44,5%	1		25%	1	
>48	37,5%	1,19 (0,93-1,52)		45,4%	1,57 (1,22-2,02)	
<b>Registro horario</b>						
Hay y se recogen todas las horas	45,8%	1		20,8%	1	1
Hay, pero no se aplica totalmente	44,8%	1,15 (0,98-1,36)		33,7%	1,54 (1,28-1,84)	1,36 (1,12-1,65)
No hay	36,8%	0,9 (0,72-1,13)		33%	1,4 (1,14-1,71)	1,3 (1,04-1,62)
<b>Sentirse reemplazable</b>						
Nunca	28%	1	1	16,7%	1	1
Sólo alguna vez/Algunas veces	32,3%	1,32 (1,01-1,72)	1,33 (1,01-1,76)	27%	1,4 (1,11-1,76)	1,23 (0,96-1,56)
Muchas veces/Siempre	63,9%	1,89 (1,5-2,38)	1,76 (1,38-2,24)	38,4%	2,09 (1,68-2,59)	1,45 (1,12-1,87)
<b>Participación directa</b>						
No	54,5%	1		40,7%	1	1
Delegativa	47,2%	0,87 (0,74-1,03)		28,8%	0,73 (0,6-0,89)	0,86 (0,69-1,07)
Consultiva	42,3%	0,8 (0,6-1,07)		19,5%	0,58 (0,39-0,87)	0,69 (0,48-0,99)
Delegativa y consultiva	36,7%	0,71 (0,58-0,87)		21,4%	0,56 (0,45-0,69)	0,83 (0,65-1,05)
<b>Tamaño de plantilla</b>						
Suficiente	31,6%	1		15%	1	1
Insuficiente	49,9%	1,43 (1,17-1,75)		30,8%	1,98 (1,58-2,47)	1,33 (1,03-1,72)
<b>Planificación del trabajo realista</b>						
Sí	25,6%	1	1	14,8%	1	1
No	53,8%	1,67 (1,34-2,06)	1,42 (1,14-1,77)	32,7%	2,06 (1,66-2,57)	1,41 (1,07-1,85)
<b>Dificultades para ejercer la desconexión</b>						
Nunca	35,3%	1		16%	1	1
Sólo alguna vez/A veces	44,7%	1,04 (0,88-1,23)		27,6%	1,72 (1,37-2,17)	1,47 (1,16-1,87)
Muchas veces/Siempre	63,7%	1,31 (1,08-1,59)		42,9%	2,42 (1,87-3,14)	1,75 (1,31-2,34)
<b>Teletrabajo <sup>c</sup></b>						
No				27,7%	1	
Sí, menos de la mitad de la jornada				22,8%	0,73 (0,57-0,93)	
Sí, la mitad o más de la jornada				18,4%	0,84 (0,63-1,12)	

RP calculada usando "no consumo" o "consumo por motivos ajenos al trabajo" como referencia vs. "consumo por motivos relacionados con el trabajo".

<sup>a</sup> RP ajustada por sexo, edad, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año.

<sup>b</sup> RP ajustada por las características sociodemográficas anteriores y el resto de las prácticas de gestión laboral significativas.

<sup>c</sup> En el caso de los/las trabajadores/as manuales no se ha considerado esta práctica de gestión laboral dado el bajo nombre de personas que la practican.



La tabla 10 muestra los riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo según sexo. En hombres, éstos son la exposición a un elevado ritmo de trabajo (RP: 1,37; IC95%: 1,14-1,64), a altas exigencias emocionales (RP: 1,27; IC95%: 1,05-1,52), tener un elevado conflicto trabajo-vida (RP: 1,88; IC95%: 1,45-2,44) y baja influencia (RP: 1,21; IC95%: 1,02-1,45).

En mujeres, un elevado ritmo de trabajo (RP: 1,68; IC95%: 1,26-2,25), elevadas exigencias emocionales (RP: 1,51; IC95%: 1,06-2,14), un elevado conflicto trabajo-vida (RP: 3,3; IC95%: 1,87-5,83) y una alta inseguridad sobre el empleo (RP: 1,52; IC95%: 1,12-2,06) son las exposiciones a riesgos psicosociales que se asocian a un mayor consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo (tabla 10).

La tabla 11 muestra los riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional. Entre los/las trabajadores/as manuales, son las exigencias emocionales (RP: 1,29; IC95%: 1,1-1,51), el conflicto trabajo-vida (RP: 1,47; IC95%: 1,16-1,86) y el poco reconocimiento (RP: 1,37; IC95%: 1,03-1,83).

Entre los/las no manuales, los riesgos laborales psicosociales que se asocian al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo son el ritmo de trabajo (RP: 1,5; IC95%: 1,28-1,77), el conflicto trabajo-vida (RP: 2,51; IC95%: 1,94-3,25), la inseguridad sobre el empleo (RP: 1,27; IC95%: 1,03-1,58) y la falta de apoyo social de compañeros/as (RP: 1,24; IC95%: 1,03-1,5) (tabla 11).

Se puede ver cómo, tanto en hombres y mujeres (tabla 10) como en trabajadores/as manuales y no manuales (tabla 11), la mayoría de los riesgos laborales psicosociales considerados individualmente (primeros modelos) se asocian al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo.

En cambio, en los modelos finales (segundos modelos), que consideran todos los riesgos laborales psicosociales conjuntamente, se puede ver que únicamente algunos se asocian a un mayor consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo.

**Tabla 10.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo según sexo.

	Hombres			Mujeres		
	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Exigencias cuantitativas</b>						
No exposición	26,1%	1		39,2%	1	
Exposición	30,9%	1,42 (1,19-1,7)		47,5%	1,36 (1,19-1,56)	
<b>Ritmo de trabajo</b>						
No exposición	21,8%	1	1	35,9%	1	1
Exposición	42%	1,7 (1,42-2,03)	1,37 (1,14-1,64)	53,4%	1,54 (1,34-1,76)	1,68 (1,26-2,25)
<b>Exigencias emocionales</b>						
No exposición	21,2%	1	1	34,5%	1	1
Exposición	36,9%	1,58 (1,31-1,9)	1,27 (1,05-1,52)	48,5%	1,51 (1,29-1,77)	1,51 (1,06-2,14)
<b>Conflicto trabajo-vida</b>						
No exposición	15,9%	1	1	23,8%	1	1
Exposición	35,8%	2,33 (1,82-2,98)	1,88 (1,45-2,44)	52,2%	2,45 (1,92-3,12)	3,3 (1,87-5,83)
<b>Influencia</b>						
No exposición	23,3%	1	1	38,9%	1	
Exposición	37%	1,34 (1,12-1,61)	1,21 (1,02-1,45)	50,1%	1,2 (1,05-1,37)	
<b>Posibilidades de desarrollo</b>						
No exposición	22,8%	1		32,8%	1	
Exposición	32,5%	1,19 (0,98-1,43)		56,2%	1,32 (1,14-1,51)	
<b>Inseguridad sobre el empleo</b>						
No exposición	26,3%	1		41,3%	1	1
Exposición	33,8%	1,17 (0,93-1,49)		47,1%	1,15 (0,98-1,34)	1,52 (1,12-2,06)
<b>Inseguridad encontrar trabajo</b>						
No exposición	20,3%	1		32,9%	1	
Exposición	33,1%	1,39 (1,1-1,77)		49,4%	1,07 (0,91-1,26)	
<b>Inseguridad sobre el salario</b>						
No exposición	27,2%	1		40,8%	1	
Exposición	37,2%	1,19 (0,89-1,6)		55,8%	1,31 (1,1-1,56)	
<b>Inseguridad sobre el horario</b>						
No exposición	25,3%	1		35,4%	1	
Exposición	34,6%	1,42 (1,17-1,71)		59,5%	1,36 (1,19-1,56)	
<b>Apoyo social de compañeros/as</b>						
No exposición	22,9%	1		32,9%	1	
Exposición	30,2%	1,32 (1,05-1,66)		47,8%	1,23 (1,04-1,45)	
<b>Apoyo social de superiores</b>						
No exposición	18,4%	1		32,7%	1	
Exposición	32,6%	1,48 (1,18-1,87)		48,4%	1,4 (1,18-1,67)	
<b>Reconocimiento</b>						
No exposición	16,5%	1		23%	1	
Exposición	32,1%	1,64 (1,25-2,15)		51%	1,86 (1,47-2,35)	

RP calculada usando "no consumo" o "consumo por motivos ajenos al trabajo" como referencia vs. "consumo por motivos relacionados con el trabajo".

<sup>a</sup> RP ajustada por clase ocupacional, edad, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año.

<sup>b</sup> RP ajustada por las características sociodemográficas anteriores y el resto de los riesgos laborales psicosociales significativos.

**Tabla 11.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional.

	Manuales			No manuales		
	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Exigencias cuantitativas</b>						
No exposición	40,6%	1		20,3%	1	
Exposición	49,6%	1,25 (1,09-1,44)		31,9%	1,5 (1,27-1,78)	
<b>Ritmo de trabajo</b>						
No exposición	37,2%	1		18,6%	1	1
Exposición	54,8%	1,3 (1,13-1,5)		40,3%	1,89 (1,61-2,22)	1,5 (1,28-1,77)
<b>Exigencias emocionales</b>						
No exposición	32,3%	1	1	18,7%	1	
Exposición	56,7%	1,45 (1,24-1,7)	1,29 (1,1-1,51)	31,4%	1,64 (1,37-1,97)	
<b>Conflicto trabajo-vida</b>						
No exposición	27,3%	1	1	11,9%	1	1
Exposición	52%	1,74 (1,39-2,19)	1,47 (1,16-1,86)	34,9%	3,01 (2,33-3,87)	2,51 (1,94-3,25)
<b>Influencia</b>						
No exposición	37,6%	1		24,5%	1	
Exposición	52,8%	1,2 (1,04-1,38)		29,2%	1,33 (1,13-1,56)	
<b>Possibilidades de desarrollo</b>						
No exposición	35,4%	1		23,7%	1	
Exposición	48,7%	1,33 (1,13-1,57)		30,2%	1,21 (1,03-1,41)	
<b>Inseguridad sobre el empleo</b>						
No exposición	40,6%	1		25,8%	1	1
Exposición	53,5%	1,18 (1-1,4)		24,3%	1,14 (0,92-1,39)	1,27 (1,03-1,58)
<b>Inseguridad encontrar trabajo</b>						
No exposición	33,1%	1		20,4%	1	
Exposición	50,3%	1,24 (1,03-1,49)		29,7%	1,14 (0,94-1,39)	
<b>Inseguridad sobre el salario</b>						
No exposición	41,8%	1		25,1%	1	
Exposición	56,4%	0,94 (0,75-1,18)		34,5%	1,54 (1,26-1,88)	
<b>Inseguridad sobre el horario</b>						
No exposición	37,1%	1		23,8%	1	
Exposición	55,5%	1,27 (1,1-1,46)		33,2%	1,51 (1,28-1,78)	
<b>Apoyo social de compañeros/as</b>						
No exposición	37,1%	1		18,8%	1	1
Exposición	46,5%	1,14 (0,96-1,37)		29,6%	1,33 (1,1-1,62)	1,24 (1,03-1,5)
<b>Apoyo social de superiores</b>						
No exposición	33,2%	1		18,9%	1	
Exposición	48%	1,36 (1,1-1,68)		30,3%	1,47 (1,22-1,77)	
<b>Reconocimiento</b>						
No exposición	25,3%	1	1	15,4%	1	
Exposición	49,1%	1,69 (1,27-2,24)	1,37 (1,03-1,83)	31%	1,79 (1,42-2,25)	

RP calculada usando "no consumo" o "consumo por motivos ajenos al trabajo" como referencia vs. "consumo por motivos relacionados con el trabajo".

<sup>a</sup> RP ajustada por sexo, edad, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año.

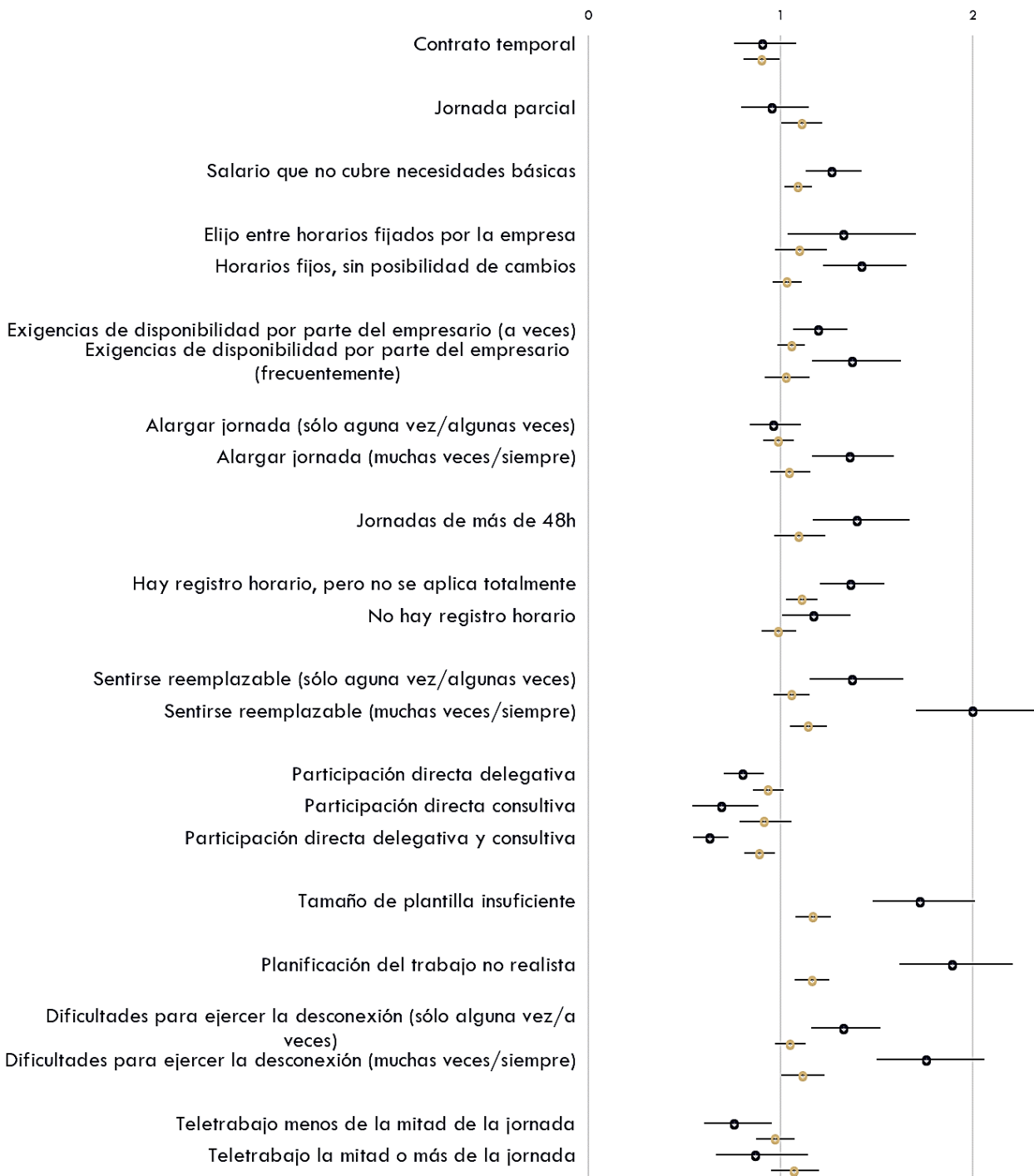
<sup>b</sup> RP ajustada por las características sociodemográficas anteriores y el resto de los riesgos laborales psicosociales significativos.

El gráfico 5 muestra las prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides.

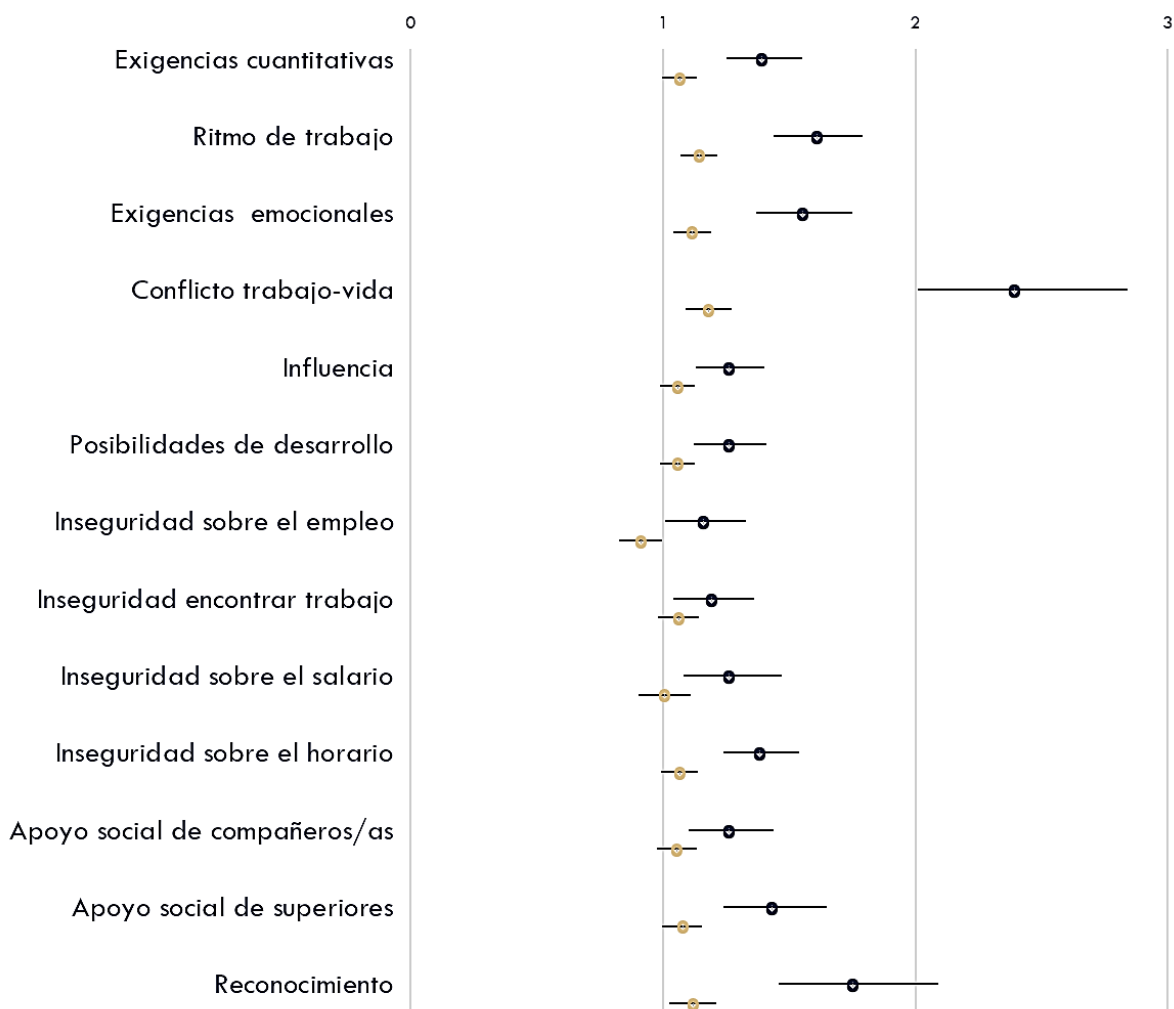
El gráfico 6 muestra los riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides.

En ambos gráficos se muestra, para cada variable, en primer lugar (en azul oscuro), la razón de prevalencia para el consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos laborales y, en segundo lugar (en marrón), la razón de prevalencia para el consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides sin discriminar por el motivo de consumo.

Se puede apreciar, prácticamente en todos los casos, que cuando no se discrimina según el motivo de consumo, las razones de prevalencia son menos extremas (más cercanas a 1) que cuando se especifica que el consumo se debe a motivos laborales. Esto nos indica que, a la hora de determinar los factores laborales que se asocian al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides por motivos laborales, el hecho de no discriminar según el motivo de consumo conduce a infraestimar la fuerza de la relación entre las variables explicativas y la variable de resultado.



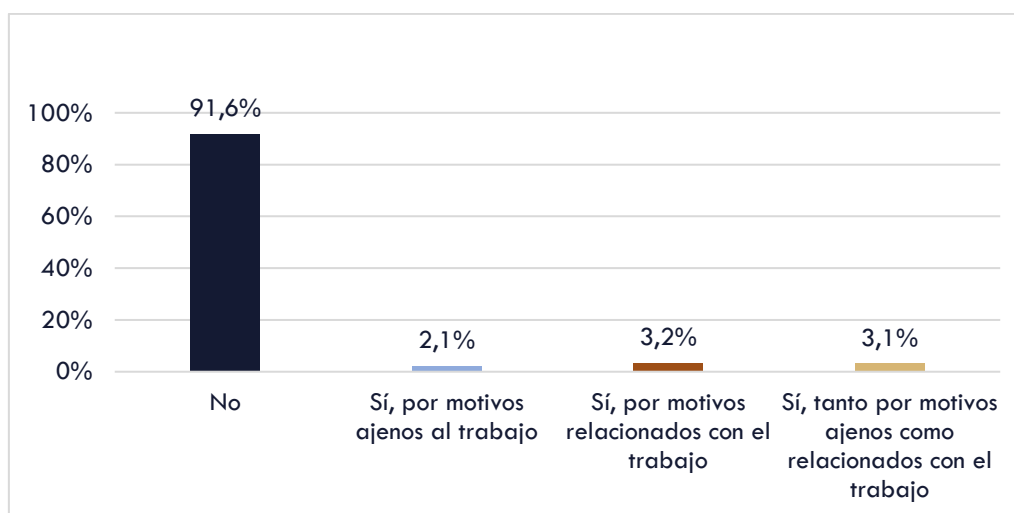
**Gráfico 5.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides, por motivos relacionados con el trabajo (*azul*) y por motivos ajenos y relacionados con el trabajo (*marrón*), ajustando en todos los casos por las variables sociodemográficas (sexo, edad, clase ocupacional, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año).



**Gráfico 6.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de antiinflamatorios/analgésicos no opioides, por motivos relacionados con el trabajo (*azul*) y por motivos ajenos y relacionados con el trabajo (*marrón*), ajustando en todos los casos por las variables sociodemográficas (sexo, edad, clase ocupacional, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año).

## Consumo de analgésicos opioides

El gráfico 7 muestra las prevalencias del consumo de analgésicos opioides. El 2,1% de la población los consume por motivos ajenos al trabajo mientras que el 3,2% lo hace por motivos relacionados con el trabajo y el 3,1% tanto por motivos ajenos como relacionados con el trabajo.



**Gráfico 7.** Prevalencias ponderadas del consumo de analgésicos opioides. Ponderación correspondiente a 2023EPAT1.

La tabla 12 muestra las prevalencias del consumo de analgésicos opioides según sexo y clase ocupacional. El 5,5% de los hombres y el 7,2% de las mujeres consumen analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo (de los cuales el 2,6% y el 3,8% los consumen por exclusivamente por motivos relacionados con el trabajo). Dicho consumo representa el 8,6% de los/las trabajadores/as manuales y el 3,9% de los/as no manuales (correspondiendo el 4,6% y el 1,7% al consumo por motivos exclusivamente relacionados con el trabajo).

**Tabla 12.** Prevalencias del consumo de analgésicos opioides según sexo y clase ocupacional.

	Hombres	Mujeres	Manuales	No manuales
	% p	% p	% p	% p
No	93,2	90	89,5	94
Sí, por motivos ajenos al trabajo	1,3	2,9	1,9	2,2
Sí, por motivos relacionados con el trabajo	2,6	3,8	4,6	1,7
Sí, tanto por motivos ajenos como relacionados con el trabajo	2,9	3,4	4	2,2

\* p = ponderación correspondiente a 2023EPAT1

Las tablas 13 y 14 muestran las prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo según sexo y según clase ocupacional, respectivamente. Para cada estrato, los primeros modelos (columnas 3 y 6) muestran la asociación de cada una de las prácticas, consideradas individualmente, con el consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo. En cambio, los modelos finales (columnas 4 y 7) consideran todas las prácticas de gestión laboral conjuntamente.

En hombres, las prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo son tener un contrato temporal (RP: 1,73; IC95%: 1,01-3,83) y sentirse reemplazable (a veces RP: 3,37; IC95%: 1,16-9,77 o muchas veces/siempre RP: 5,81; IC95%: 2,1-16,11) (tabla 13). En mujeres, en cambio, son tener un contrato temporal (RP: 0,45; IC95%: 0,22-0,93), un salario que no cubre las necesidades básicas del hogar (RP: 1,61; IC95%: 1,02-2,53), un registro horario que no se aplica totalmente (RP: 1,74; IC95%: 1,09-2,76), participación directa delegativa (RP: 0,52; IC95%: 0,29-0,96) y un tamaño de plantilla insuficiente (RP: 1,9; IC95%: 1,03-3,51) (tabla 13).

Las prácticas de gestión laboral que se asocian al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo en trabajadores/as manuales son tener que alargar la jornada muchas veces/siempre (RP: 2,08; IC95%: 1,17-3,7) y sentirse reemplazable muchas veces/siempre (RP: 2,4; IC95%: 1,22-4,7) (tabla 14). En trabajadores/as no manuales, éstas son tener un salario que no cubre las necesidades básicas del hogar (RP: 2,11; IC95%: 1,3-3,42), sentirse reemplazables muchas veces/siempre (RP: 2,31; IC95%: 1,15-4,66) y tener participación directa delegativa (RP: 0,43; IC95%: 0,22-0,83) (tabla 14).

La tabla 15 muestra los riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo según sexo. En hombres, éstos son la exposición a un elevado ritmo de trabajo (RP: 2,28; IC95%: 1,42-3,67), bajo apoyo social de superiores (RP: 0,55; IC95%: 0,32-0,94) y bajo reconocimiento (RP: 2,58; IC95%: 1,09-6,11). En mujeres, un elevado ritmo de trabajo (RP: 2,09; IC95%: 1,37-3,2), pocas posibilidades de desarrollo (RP: 1,75; IC95%: 1,12-2,74) y poco apoyo social de compañeros/as (RP: 1,8; IC95%: 1-3,22) son las exposiciones a riesgos psicosociales que se asocian a un mayor consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo (tabla 15).

La tabla 16 muestra los riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional. Mientras que entre los/las trabajadores/as manuales es el ritmo de trabajo (RP: 2,19; IC95%: 1,44-3,33), entre los no manuales son el ritmo de trabajo (RP: 2,12; IC95%: 1,3-3,46), las posibilidades de desarrollo (RP: 1,95; IC95%: 1,24-3,07) y el reconocimiento (RP: 2,49; IC95%: 1,09-5,7).

Tanto en hombres y mujeres (tabla 10) como en trabajadores/as manuales y no manuales (tabla 11), la mayoría de los riesgos psicosociales considerados individualmente (primeros modelos) se asocian al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo.



**Tabla 13.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo según sexo.

	Hombres			Mujeres		
	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Tipo de contrato</b>						
Indefinido	5,8%	1	1	11,3%	1	1
Temporal	10,5%	1,73 (0,91-3,27)	1,96 (1,01-3,83)	5,8%	0,5 (0,26-0,97)	0,45 (0,22-0,93)
<b>Tipo de jornada</b>						
Completo	6,5%	1		10,5%	1	
Parcial	9,1%	1,17 (0,39-3,52)		11,1%	0,78 (0,44-1,38)	
<b>Salario</b>						
Cubre necesidades básicas	4,6%	1		7,5%	1	1
No cubre necesidades básicas	12,1%	1,97 (1,14-3,42)		16,6%	1,77 (1,17-2,68)	1,61 (1,02-2,53)
<b>Adaptabilidad horaria</b>						
Puedo adaptarlo	3,1%	1		7,5%	1	
Elijo entre horarios fijados por la empresa	6,8%	1,93 (0,65-5,75)		9,8%	1,21 (0,51-2,87)	
Fijos, sin posibilidad de cambios	8,6%	1,89 (0,92-3,87)		11,7%	1,2 (0,72-2)	
<b>Exigencias de disponibilidad por parte del empresario</b>						
Nunca	6,1%	1		9,4%	1	
A veces	7,2%	1,17 (0,71-1,95)		9,3%	1 (0,65-1,53)	
Frecuentemente	7,4%	0,95 (0,43-2,12)		21,6%	1,86 (1,1-3,14)	
<b>Alargar jornada</b>						
Nunca	7,5%	1		10,2%	1	
Sólo alguna vez/Algunas veces	5,2%	0,79 (0,43-1,46)		8,6%	1,06 (0,64-1,76)	
Muchas veces/Siempre	11,4%	1,67 (0,83-3,36)		18%	2,09 (1,23-3,54)	
<b>Jornadas largas</b>						
<= 48h	6,2%	1		10%	1	
>48	11,4%	1,53 (0,75-3,09)		23,5%	2,07 (1,14-3,75)	
<b>Registro horario</b>						
Hay y se recogen todas las horas	7%	1		9,1%	1	1
Hay, pero no se aplica totalmente	7,4%	1,2 (0,69-2,08)		16%	1,85 (1,21-2,82)	1,74 (1,09-2,76)
No hay	3,7%	0,61 (0,25-1,54)		8,1%	1,05 (0,58-1,89)	1,15 (0,61-2,19)
<b>Sentirse reemplazable</b>						
Nunca	1,4%	1	1	7,5%	1	
Sólo alguna vez/Algunas veces	5,9%	3,43 (1,19-9,86)	3,37 (1,16-9,77)	6,4%	0,9 (0,48-1,69)	
Muchas veces/Siempre	12,2%	6,35 (2,29-17,57)	5,81 (2,1-16,11)	16,8%	1,94 (1,16-3,24)	
<b>Participación directa</b>						
No	11,7%	1		16,7%	1	1
Delegativa	7,2%	0,7 (0,38-1,3)		8,7%	0,56 (0,33-0,94)	0,52 (0,29-0,96)
Consultiva	6%	0,66 (0,21-2,11)		16,7%	1 (0,52-1,94)	1,13 (0,59-2,16)
Delegativa y consultiva	4,5%	0,54 (0,27-1,09)		7,6%	0,56 (0,33-0,98)	0,66 (0,36-1,18)
<b>Tamaño de plantilla</b>						
Suficiente	3,7%	1		5,4%	1	1
Insuficiente	7,9%	1,9 (0,97-3,7)		12,1%	2,16 (1,22-3,84)	1,9 (1,03-3,51)
<b>Planificación del trabajo realista</b>						
Sí	3,4%	1		6,9%	1	
No	7,7%	2,09 (1,07-4,07)		12%	1,6 (0,97-2,63)	
<b>Dificultades para ejercer la desconexión</b>						
Nunca	6,1%	1		7,6%	1	
Sólo alguna vez/A veces	5,8%	1,1 (0,61-1,98)		9,6%	1,41 (0,85-2,35)	
Muchas veces/Siempre	9,7%	1,46 (0,69-3,07)		17,4%	2,14 (1,2-3,78)	
<b>Teletrabajo</b>						
No	7,3%	1		10,5%	1	
Sí, menos de la mitad de la jornada	2,4%	0,65 (0,19-2,26)		10,9%	1,63 (0,85-3,11)	
Sí, la mitad o más de la jornada	5,7%	1,57 (0,54-4,6)		7,9%	1,3 (0,53-3,16)	

RP calculada usando "no consumo" o "consumo por motivos ajenos al trabajo" como referencia vs. "consumo por motivos relacionados con el trabajo".

<sup>a</sup> RP ajustada por clase ocupacional, edad, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año.

<sup>b</sup> RP ajustada por las características sociodemográficas anteriores y el resto de las prácticas de gestión laboral significativas.

**Tabla 14.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional.

	Manuales			No manuales		
	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Tipo de contrato</b>						
Indefinido	13,7%	1		5,6%	1	
Temporal	12,1%	0,82 (0,42-1,62)		6%	0,75 (0,39-1,43)	
<b>Tipo de jornada</b>						
Completo	13,8%	1		5,8%	1	
Parcial	13,8%	0,92 (0,5-1,7)		6,6%	0,78 (0,27-2,26)	
<b>Salario</b>						
Cubre necesidades básicas	10,9%	1		4,1%	1	1
No cubre necesidades básicas	17,5%	1,47 (0,96-2,23)		11,6%	2,51 (1,57-4,02)	2,11 (1,3-3,42)
<b>Adaptabilidad horaria</b>						
Puedo adaptarlo	8,1%	1		4,5%	1	
Elijo entre horarios fijados por la empresa	7,5%	0,95 (0,26-3,51)		8,3%	1,78 (0,85-3,75)	
Fijos, sin posibilidad de cambios	15,7%	1,79 (0,85-3,75)		6,2%	1,23 (0,73-2,09)	
<b>Exigencias de disponibilidad por parte del empresario</b>						
Nunca	12,6%	1		5,4%	1	
A veces	13,3%	1,12 (0,72-1,75)		5,7%	0,99 (0,61-1,61)	
Frecuentemente	22,9%	1,83 (1,09-3,06)		7,1%	1,24 (0,54-2,85)	
<b>Alargar jornada</b>						
Nunca	10,6%	1	1	7%	1	
Sólo alguna vez/Algunas veces	13,1%	1,29 (0,78-2,14)	1,27 (0,76-2,11)	4,1%	0,6 (0,33-1,08)	
Muchas veces/Siempre	25%	2,37 (1,35-4,18)	2,08 (1,17-3,7)	11%	1,47 (0,79-2,74)	
<b>Jornadas largas</b>						
<= 48h	13%	1		5,6%	1	
>48	26,8%	2,11 (1,23-3,65)		7,9%	1,44 (0,6-3,45)	
<b>Registro horario</b>						
Hay y se recogen todas las horas	13,1%	1		5,1%	1	
Hay, pero no se aplica totalmente	19,6%	1,47 (0,93-2,31)		8,1%	1,73 (1,04-2,89)	
No hay	9,6%	0,79 (0,39-1,59)		4,7%	0,97 (0,48-1,94)	
<b>Sentirse reemplazable</b>						
Nunca	7,1%	1	1	3,3%	1	1
Sólo alguna vez/Algunas veces	12%	1,88 (0,92-3,87)	1,87 (0,91-3,84)	3,6%	1,01 (0,49-2,09)	0,86 (0,4-1,83)
Muchas veces/Siempre	18,8%	2,67 (1,38-5,17)	2,4 (1,22-4,7)	11,2%	3,02 (1,63-5,61)	2,31 (1,15-4,66)
<b>Participación directa</b>						
No	14,5%	1		14%	1	1
Delegativa	14,9%	1,02 (0,61-1,71)		4,2%	0,31 (0,17-0,57)	0,43 (0,22-0,83)
Consultiva	20%	1,47 (0,74-2,94)		6,3%	0,41 (0,16-1,09)	0,44 (0,17-1,15)
Delegativa y consultiva	10,8%	0,77 (0,43-1,4)		4,3%	0,34 (0,19-0,61)	0,59 (0,31-1,12)
<b>Tamaño de plantilla</b>						
Suficiente	7,4%	1		3,3%	1	
Insuficiente	16,2%	2,04 (1,11-3,75)		6,6%	2 (1,07-3,75)	
<b>Planificación del trabajo realista</b>						
Sí	6,9%	1		4,2%	1	
No	16%	2,1 (1,14-3,88)		6,6%	1,57 (0,91-2,69)	
<b>Dificultades para ejercer la desconexión</b>						
Nunca	10,6%	1		4,5%	1	
Sólo alguna vez/A veces	13,5%	1,34 (0,82-2,19)		5,1%	1,15 (0,64-2,05)	
Muchas veces/Siempre	20,5%	1,85 (1,04-3,29)		10%	1,83 (0,91-3,7)	
<b>Teletrabajo <sup>c</sup></b>						
No				5,7%	1	
Sí, menos de la mitad de la jornada				5,4%	1,05 (0,56-1,96)	
Sí, la mitad o más de la jornada				6,2%	1,21 (0,57-2,58)	

RP calculada usando "no consumo" o "consumo por motivos ajenos al trabajo" como referencia vs. "consumo por motivos relacionados con el trabajo".

<sup>a</sup> RP ajustada por sexo, edad, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año.

<sup>b</sup> RP ajustada por las características sociodemográficas anteriores y el resto de las prácticas de gestión laboral significativas.

<sup>c</sup> En el caso de los/las trabajadores/as manuales no se ha considerado esta práctica de gestión laboral dado el bajo nombre de personas que la practican.

**Tabla 15.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo según sexo.

	Hombres			Mujeres		
	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Exigencias cuantitativas</b>						
No exposición	5,7%	1		7,5%	1	
Exposición	7,7%	1,72 (1,06-2,78)		13,3%	1,93 (1,28-2,9)	
<b>Ritmo de trabajo</b>						
No exposición	4,6%	1	1	6,2%	1	1
Exposición	10,6%	2,33 (1,45-3,75)	2,28 (1,42-3,67)	15,6%	2,31 (1,52-3,51)	2,09 (1,37-3,2)
<b>Exigencias emocionales</b>						
No exposición	4,4%	1		7,4%	1	
Exposición	8,9%	2,05 (1,24-3,38)		12,2%	1,69 (1,08-2,64)	
<b>Conflicto trabajo-vida</b>						
No exposición	3,4%	1		4,8%	1	
Exposición	8,4%	2,26 (1,2-4,24)		12,6%	2,33 (1,26-4,3)	
<b>Influencia</b>						
No exposición	6%	1		9,6%	1	
Exposición	7,8%	1,03 (0,62-1,71)		11,8%	1,1 (0,74-1,64)	
<b>Posibilidades de desarrollo</b>						
No exposición	5,7%	1		6,4%	1	1
Exposición	7,5%	0,97 (0,57-1,65)		15,5%	2,12 (1,36-3,29)	1,75 (1,12-2,74)
<b>Inseguridad sobre el empleo</b>						
No exposición	5,9%	1		9,7%	1	
Exposición	10,7%	1,62 (0,93-2,84)		13,5%	1,2 (0,77-1,86)	
<b>Inseguridad encontrar trabajo</b>						
No exposición	5%	1		9,7%	1	
Exposición	7,1%	1,19 (0,65-2,2)		10,9%	1,03 (0,65-1,62)	
<b>Inseguridad sobre el salario</b>						
No exposición	6,2%	1		10,1%	1	
Exposición	11,8%	1,72 (0,87-3,42)		12,8%	1,12 (0,66-1,91)	
<b>Inseguridad sobre el horario</b>						
No exposición	4,7%	1		8,3%	1	
Exposición	11,6%	1,83 (1,11-3,02)		15,4%	1,44 (0,96-2,16)	
<b>Apoyo social de compañeros/as</b>						
No exposición	5,4%	1		5,9%	1	1
Exposición	6,9%	1,16 (0,65-2,06)		12,3%	1,81 (1,05-3,11)	1,8 (1-3,22)
<b>Apoyo social de superiores</b>						
No exposición	6,2%	1	1	4,9%	1	
Exposición	6,8%	0,86 (0,51-1,46)	0,55 (0,32-0,94)	13,1%	2,28 (1,29-4,05)	
<b>Reconocimiento</b>						
No exposición	2,7%	1	1	3,6%	1	
Exposición	7,9%	2,41 (1,05-5,54)	2,58 (1,09-6,11)	12,5%	2,99 (1,41-6,34)	

RP calculada usando "no consumo" o "consumo por motivos ajenos al trabajo" como referencia vs. "consumo por motivos relacionados con el trabajo".

<sup>a</sup> RP ajustada por clase ocupacional, edad, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año.

<sup>b</sup> RP ajustada por las características sociodemográficas anteriores y el resto de los riesgos laborales psicosociales significativos.

**Tabla 16.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de analgésicos opioides por motivos relacionados con el trabajo según clase ocupacional.

	Manuales			No manuales		
	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>	%	RP (IC 95%) <sup>a</sup>	RP (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Exigencias cuantitativas</b>						
No exposición	10,1%	1		4,1%	1	
Exposición	20,1%	1,89 (1,28-2,79)		7,2%	1,8 (1,11-2,92)	
<b>Ritmo de trabajo</b>						
No exposición	8,9%	1	1	3,6%	1	1
Exposición	20,8%	2,19 (1,44-3,33)	2,19 (1,44-3,33)	9,3%	2,52 (1,57-4,06)	2,12 (1,3-3,46)
<b>Exigencias emocionales</b>						
No exposición	9,4%	1		3,4%	1	
Exposición	18,1%	1,78 (1,16-2,73)		7,4%	1,98 (1,15-3,4)	
<b>Conflicto trabajo-vida</b>						
No exposición	8%	1		2,4%	1	
Exposición	16,1%	1,84 (1,06-3,21)		7,5%	2,77 (1,4-5,48)	
<b>Influencia</b>						
No exposición	15,3%	1		4,6%	1	
Exposición	12,5%	0,79 (0,53-1,19)		8%	1,6 (0,99-2,57)	
<b>Posibilidades de desarrollo</b>						
No exposición	14,9%	1		3,6%	1	1
Exposición	13,3%	0,95 (0,62-1,45)		9,3%	2,52 (1,59-4,01)	1,95 (1,24-3,07)
<b>Inseguridad sobre el empleo</b>						
No exposición	13,2%	1		5,1%	1	
Exposición	18,1%	1,34 (0,84-2,12)		8,4%	1,37 (0,81-2,3)	
<b>Inseguridad encontrar trabajo</b>						
No exposición	11,7%	1		5,4%	1	
Exposición	14,4%	1,14 (0,7-1,87)		5,9%	1,01 (0,59-1,72)	
<b>Inseguridad sobre el salario</b>						
No exposición	14%	1		5%	1	
Exposición	14,3%	0,93 (0,51-1,72)		11,2%	1,93 (1,08-3,46)	
<b>Inseguridad sobre el horario</b>						
No exposición	11,5%	1		4,5%	1	
Exposición	17,8%	1,43 (0,96-2,13)		9,8%	1,87 (1,16-3)	
<b>Apoyo social de compañeros/as</b>						
No exposición	10,5%	1		3,6%	1	
Exposición	14,6%	1,26 (0,75-2,12)		6,7%	1,81 (1,01-3,26)	
<b>Apoyo social de superiores</b>						
No exposición	9,7%	1		4,2%	1	
Exposición	15,2%	1,38 (0,79-2,43)		6,6%	1,54 (0,92-2,58)	
<b>Reconocimiento</b>						
No exposición	7,4%	1		1,8%	1	1
Exposición	15%	1,93 (0,92-4,08)		7,2%	3,77 (1,66-8,58)	2,49 (1,09-5,7)

RP calculada usando "no consumo" o "consumo por motivos ajenos al trabajo" como referencia vs. "consumo por motivos relacionados con el trabajo".

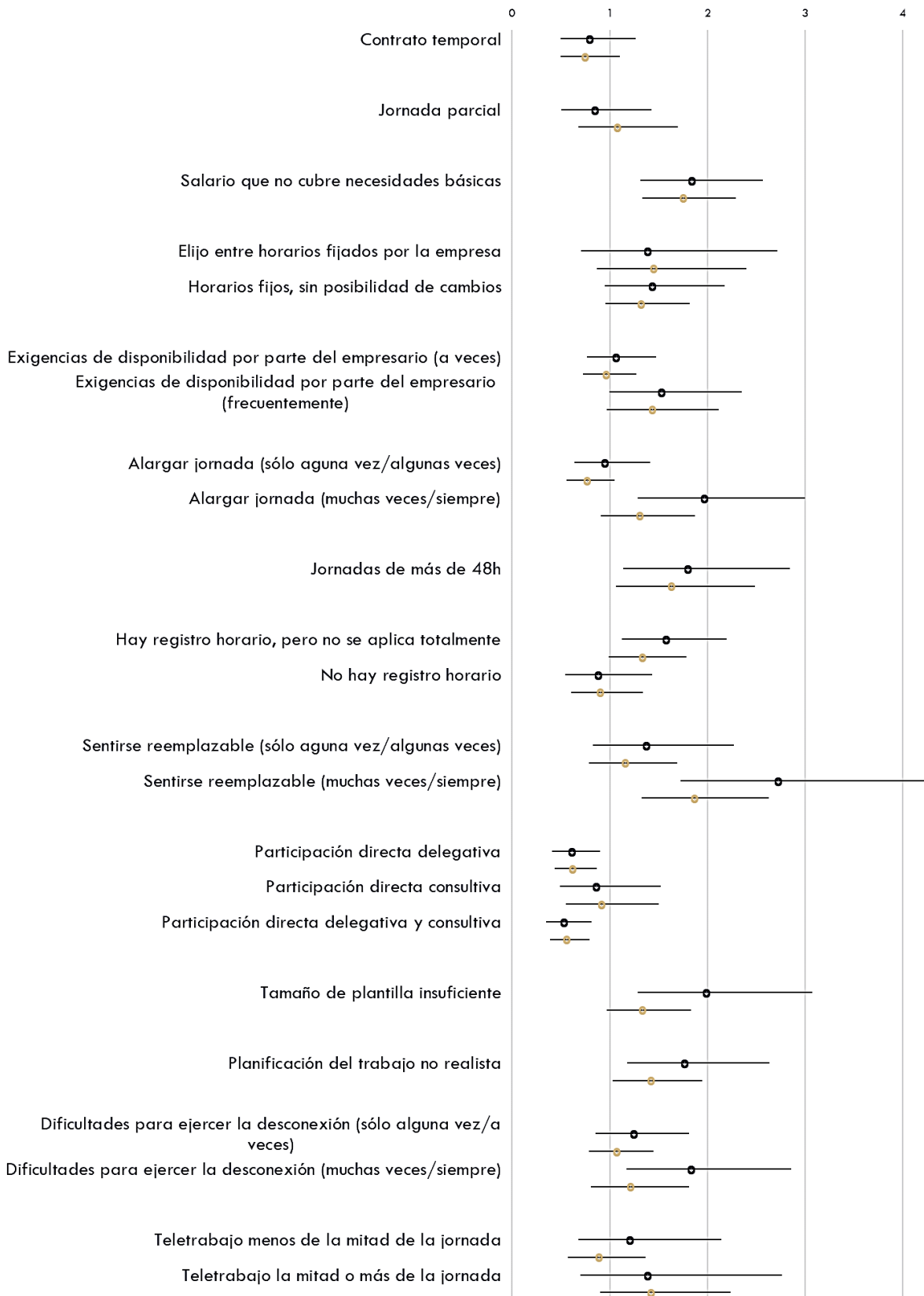
<sup>a</sup> RP ajustada por sexo, edad, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año.

<sup>b</sup> RP ajustada por las características sociodemográficas anteriores y el resto de los riesgos laborales psicosociales significativos.

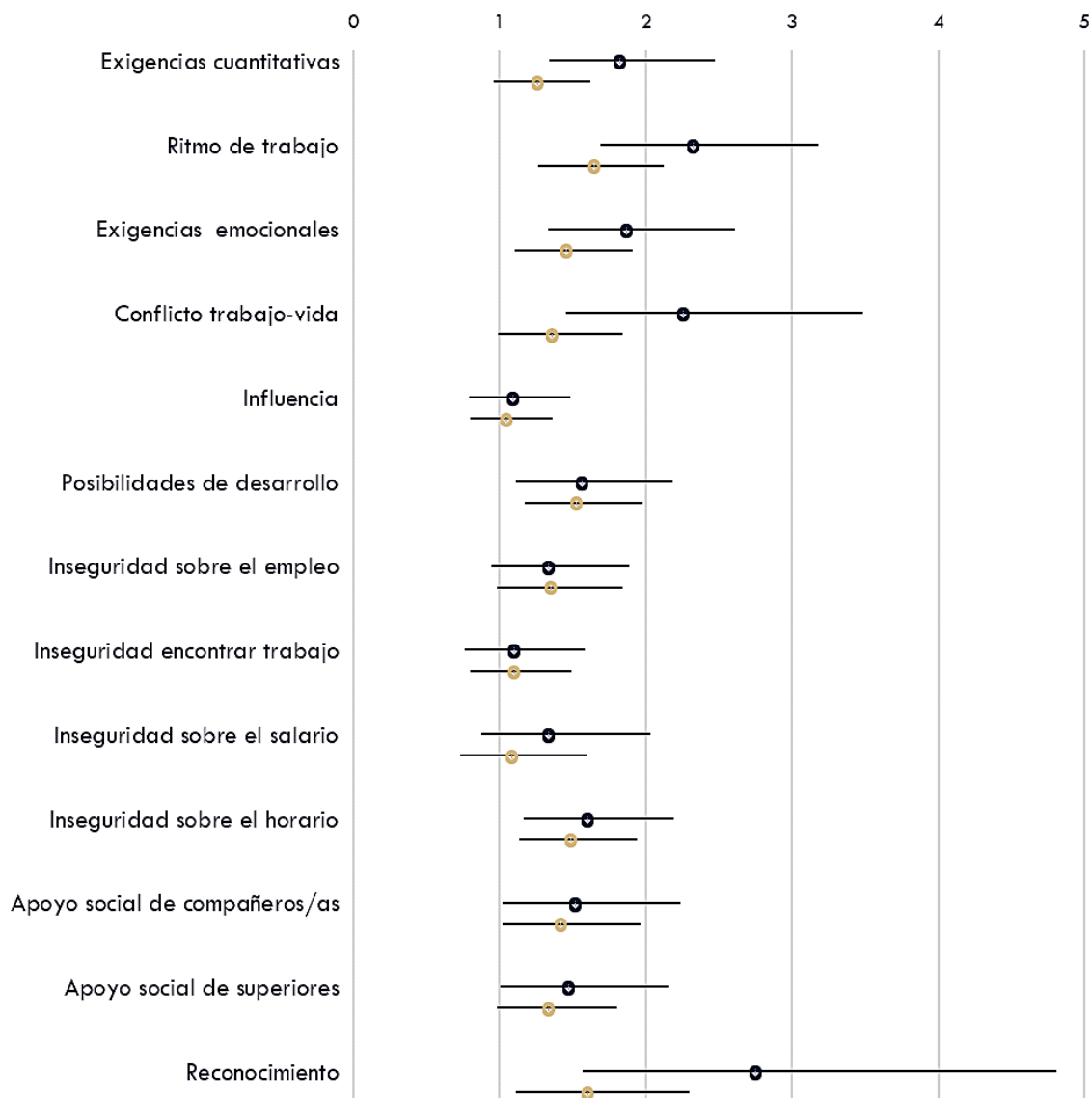
El gráfico 8 muestra las prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de analgésicos opioides y el gráfico 9 muestra los riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de analgésicos opioides.

En ambos gráficos se muestra, para cada variable, en primer lugar (en azul oscuro), la razón de prevalencia para el consumo de analgésicos opioides por motivos laborales y, en segundo lugar (en marrón), la razón de prevalencia para el consumo de analgésicos opioides sin discriminar por el motivo de consumo.

Se puede apreciar, prácticamente en todos los casos, que cuando no se discrimina según el motivo de consumo, las razones de prevalencia son menos extremas (más cercanas a 1) que cuando se especifica que el consumo se debe a motivos laborales. Esto nos indica que, a la hora de determinar los factores laborales que se asocian al consumo de analgésicos opioides por motivos laborales, el hecho de no discriminar según el motivo de consumo conduce a infraestimar la fuerza de la relación entre las variables explicativas y la variable de resultado.



**Gráfico 8.** Prácticas de gestión laboral asociadas al consumo de analgésicos opioides, por motivos relacionados con el trabajo (*azul*) y por motivos ajenos y relacionados con el trabajo (*marrón*), ajustando en todos los casos por las variables sociodemográficas (sexo, edad, clase ocupacional, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año).



**Gráfico 9.** Riesgos laborales psicosociales asociados al consumo de analgésicos opioides, por motivos relacionados con el trabajo (*azul*) y por motivos ajenos y relacionados con el trabajo (*marrón*), ajustando en todos los casos por las variables sociodemográficas (sexo, edad, clase ocupacional, convivir con menores de 6 años, convivir con mayores de 80 años, convivir con personas dependientes, desempleo o ERTE durante el último año).

## Consumo de potenciadores del rendimiento laboral

La tabla 17 muestra las prevalencias ponderadas del consumo de potenciadores del rendimiento laboral, según sexo, edad y clase ocupacional.

En primer lugar, se puede observar que la mayoría de la población no consume sustancias para incrementar su rendimiento en el trabajo, y entre los/as que las consumen, las más prevalentes son bebidas con cafeína o teína.

El consumo de bebidas con cafeína y teína se distribuye de manera similar entre hombres (35,8%) y mujeres (36,7%) y entre trabajadores/as no manuales (36%) y manuales (36,5%). En cambio, en cuanto a la edad, se observa una relación inversa en cuanto que, a mayor edad, menor es el consumo de este tipo de bebidas (48,9% en el grupo de 25-34 años y 26,1% en el grupo de 50-64 años).

En relación con las bebidas energéticas, su consumo es mayor en hombres (6,3%) que en mujeres (2,6%) y en trabajadores/as manuales (7%) que en no manuales (1,7%). Respecto la edad se observa el mismo patrón que con las bebidas con cafeína/teína; el grupo de menor edad consume más (12,6%) que el grupo de mayor edad (1%).

El consumo de suplementos dietéticos es más frecuente en mujeres (5,3%), en trabajadores/as entre 35 y 49 años de edad (5,1%) y en trabajadores/as no manuales (4,6%).

En cuanto a los fármacos nootrópicos o variantes de la anfetamina o del metilfenida, su consumo es muy minoritario en la población, observándose las mayores prevalencias en mujeres (0,3%), en trabajadores/as entre 35 y 49 años de edad (0,3%) y en trabajadores/as manuales (0,2%).

Por último, las prevalencias ponderadas de la muestra presentan un 0% de consumo de drogas.

La tabla 18 muestra los porcentajes del consumo de potenciadores del rendimiento laboral según grupo ocupacional.

El consumo de bebidas con cafeína/teína es más frecuente en directores y gerentes (40%), profesionales científicos e intelectuales (39,6%) y en operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores (39,7%). El consumo de bebidas energéticas es más frecuente en directores y gerentes (10%), operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores (6,9%) y en personal de ocupaciones elementales (5,4%). El consumo de suplementos dietéticos es más frecuente en directores y gerentes (10%), profesionales científicos e intelectuales (5,9%) y en personal de apoyo administrativo (6,1%). El consumo de fármacos nootrópicos destaca entre profesionales científicos e intelectuales (0,7%), técnicos y profesionales de nivel medio (0,6%) y personal de ocupaciones elementales (0,7%). Únicamente un 0,2% de la muestra (profesionales científicos e intelectuales) consume drogas para potenciar su rendimiento laboral.



**Tabla 17.** Consumo de potenciadores del rendimiento laboral según sexo, edad y clase ocupacional.

	Bebidas con cafeína/teína	Bebidas energéticas	Suplementos dietéticos	Fármacos nootrópicos	Drogas
<b>Sexo <sup>a</sup></b>					
Hombre	35,8%	6,3%	3,5%	0,1%	0%
Mujer	36,7%	2,6%	5,3%	0,3%	0%
<b>Edad <sup>a</sup></b>					
25-34	48,9%	12,6%	3,7%	0%	0%
35-49	37,8%	3,2%	5,1%	0,3%	0%
50-64	26,1%	1%	3,7%	0,1%	0%
<b>Clase ocupacional <sup>a</sup></b>					
No manual	36%	1,7%	4,6%	0,1%	0%
Manual	36,5%	7%	4,1%	0,2%	0%

<sup>a</sup> Prevalencias ponderadas

**Tabla 18.** Consumo de potenciadores del rendimiento laboral según ocupación.

	Bebidas con cafeína/teína	Bebidas energéticas	Suplementos dietéticos	Fármacos nootrópicos	Drogas
<b>Ocupación</b>					
Directores y gerentes	40%	10%	10%	0%	0%
Profesionales científicos e intelectuales	39,6%	1,6%	5,9%	0,7%	0,2%
Técnicos y profesionales de nivel medio	35,1%	1,2%	4%	0,6%	0%
Personal de apoyo administrativo	35,3%	3,9%	6,1%	0,3%	0%
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	36,2%	3,6%	4,7%	0%	0%
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	18,2%	0%	0%	0%	0%
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	34,5%	3,6%	5,5%	0%	0%
Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	39,7%	6,9%	1,7%	0%	0%
Ocupaciones elementales	31,3%	5,4%	5,4%	0,7%	0%

# Discusión

---

El presente estudio es el primero en analizar las prevalencias del consumo de distintos tipos de fármacos en la población asalariada española, según sexo y clase. Es pionero también al aportar una cuantificación de los casos de consumo por motivos atribuidos al trabajo.

Además, se trata del primer estudio que analiza la asociación de diversas prácticas de gestión laboral y diversos riesgos psicosociales con el consumo de fármacos por motivos relacionados con el trabajo, llenando de este modo vacíos existentes en el conocimiento y aportando valiosa evidencia científica que puede orientar el diseño de políticas e intervenciones dirigidas a promover la salud en el trabajo.

## Consumo de fármacos por motivos relacionados con el trabajo

De los fármacos contemplados en este estudio, los antiinflamatorios/analgésicos no opioides son los que se consumen con mayor frecuencia. Más de la mitad de la población trabajadora refiere haberlos consumido en los últimos 30 días. El consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos y de analgésicos opioides es mucho más reducido, aunque las prevalencias obtenidas en este estudio son mayores a las recogidas a nivel nacional en población general (2), si bien es cierto que esto podría explicarse por el hecho de que el grupo etario de 15 a 24 años (no contemplado en este estudio) es el que menos consume. Las prevalencias de consumo de fármacos para el dolor reportadas para población general (25) también son menores que las obtenida en este estudio, aunque los datos no son directamente comparables al tratarse de grupos de fármacos y registros temporales diferentes. No obstante, tanto en población trabajadora como en población general se observa un mayor consumo entre mujeres (2,25) y trabajadores/as manuales (25).

El mayor consumo observado en mujeres coincide con estudios previos (26,27) y concuerda con su peor salud autopercebida (27,28) y con el sesgo de género en la prescripción de fármacos descrito en la literatura (29–31). De manera similar, el mayor consumo de fármacos entre trabajadores/as manuales también ha sido previamente documentado (32), en coherencia con su peor percepción de salud (28) y su mayor prevalencia de problemas de salud (33).

Sin embargo, llama la atención que en población trabajadora el consumo de fármacos se atribuye, en gran medida, a motivos laborales. Los resultados

derivados de este estudio muestran que el consumo por motivos relacionados con el trabajo es más frecuente que el consumo por motivos ajenos al trabajo en el caso de los tranquilizantes, sedantes y/o somníferos y en el caso de los analgésicos opioides. En cuanto a los antiinflamatorios/analgésicos no opioides, cuyo consumo es más inespecífico y en muchos casos no requiere receta médica, prevalece el consumo por motivos ajenos al trabajo. No obstante, la prevalencia del consumo tanto por motivos ajenos como relacionados con el trabajo junto a la del consumo por motivos relacionados con el trabajo supera la prevalencia del consumo por motivos ajenos al trabajo.

Todo ello, apoya la hipótesis de que el entorno laboral tiene un peso importante en el consumo de fármacos en la población asalariada española. Aportar evidencia de que la mayoría del consumo se atribuye a motivos laborales es un hallazgo novedoso, tanto a nivel nacional como internacional, que refuerza que el entorno laboral es un determinante social de la salud.

Además, se pueden observar diferencias en la prevalencia del consumo de fármacos según sexo y clase, siendo el consumo por motivos laborales sistemáticamente mayor en mujeres y trabajadores/as manuales respecto al de hombres y trabajadores/as no manuales. Esto reafirma que el entorno laboral, además de ser un determinante de la salud, perpetua las desigualdades sociales en salud en lugar de amortiguarlas (34,35).

Estos alarmantes resultados sugieren que el malestar físico y psíquico de los asalariados y asalariadas en España se palia muy mayoritariamente mediante fármacos, medicalizando el impacto en salud de una organización del trabajo deficiente. Son diversos los expertos que coinciden en alertar acerca de la excesiva medicalización en España (36–38), donde se medicalizan los malestares y los problemas sociales (39,40), especialmente en mujeres (31). Los facultativos reconocen recetar medicamentos para situaciones no patológicas, que carecen de raíz médica, por ser la vía rápida ante la saturación de la atención primaria y el poco tiempo disponible en las visitas médicas, sin dejar de lado la influencia de la industria farmacéutica en esta sobremedicalización (41,42) y los casos de autoconsumo (26).

El hecho de consumir fármacos como consecuencia de trabajar en condiciones inadecuadas para la salud no es inocuo, dado que éstos tienen efectos adversos (como dependencia, deterioro cognitivo o propensión a caídas por somnolencia diurna) que pueden empeorar un estado de salud ya deteriorado. El hecho de trabajar estando enfermo/a, fenómeno conocido como presentismo laboral, no solo está asociado a resultados negativos en salud sino también a la pérdida de productividad, lo que repercute en el producto interior bruto de un país (43).

El remedio para tratar los efectos nocivos para la salud de una organización del trabajo adversa no debe ser la medicalización del trabajador/a, sino identificar las exposiciones nocivas e implementar las medidas preventivas adecuadas para reducirlas y/o eliminarlas. Esto pasa por la realización de las correspondientes evaluaciones de riesgos psicosociales en las empresas, que desafortunadamente en nuestro país se llevan a cabo de forma casi anecdótica (44).

## Factores asociados al consumo de fármacos por motivos relacionados con el trabajo

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la importancia de discriminar según el motivo de consumo para analizar los factores laborales que se asocian al consumo de fármacos en población trabajadora. Así, se han observado asociaciones más intensas entre las prácticas de gestión laboral y los riesgos psicosociales con el consumo de fármacos por motivos relacionados con el trabajo, que cuando se incluye en los análisis el consumo por motivos ajenos al trabajo.

Esto podría indicar que las asociaciones descritas en la literatura, que analizan el consumo sin discriminar según el motivo que lo origina (18,19), podrían infraestimar el efecto de los factores laborales en el consumo de fármacos por motivos relacionados con el trabajo. Por ello, determinar los factores que se asocian propiamente al consumo por motivos laborales, y considerar los ejes de desigualdad del mercado laboral español (género y clase ocupacional), puede facilitar el diseño de acciones preventivas y de intervenciones de promoción de la salud en el trabajo más eficientes.

De acuerdo con los resultados derivados de este estudio, son varias las prácticas de gestión laboral y los riesgos psicosociales que se asocian al consumo de fármacos por motivos relacionados con el trabajo. Analizados de manera individual, prácticamente todos estos factores laborales se asocian con el consumo de fármacos. Sin embargo, como muchos de estos factores están relacionados entre sí, interesa modelizarlos conjuntamente para identificar aquellos que se mantienen con asociaciones estadísticamente significativas. Estos determinantes laborales difieren según el tipo de fármaco y, mientras que algunos son transversales a toda la población trabajadora, otros presentan algunas diferencias según sexo y clase ocupacional.

Con relación a los tranquilizantes, sedantes y/o somníferos, su consumo por motivos laborales se asocia, en todos los estratos de la población trabajadora, al hecho de tener una plantilla insuficiente y dificultades para ejercer la desconexión. Estas prácticas de gestión laboral podrían ser el origen (45) de la exposición a los riesgos psicosociales asociados al consumo de psicofármacos, que son aquellos pertenecientes a la dimensión de las altas exigencias (exigencias cuantitativas, ritmo de trabajo, exigencias emocionales y conflicto trabajo-vida), con especial énfasis en el conflicto trabajo-vida, que presenta una intensa asociación en todos los grupos, especialmente en mujeres y trabajadores/as no manuales. Además, en mujeres y en trabajadores/as manuales, que tradicionalmente son grupos con mayores niveles de precariedad (46), emerge la inseguridad de perder el empleo como determinante para el consumo de psicotrópicos. Tanto el conflicto trabajo-vida como la inseguridad laboral son riesgos psicosociales previamente descritos en la literatura como determinantes para el consumo de psicofármacos (11). Diversos estudios, además, reportan su asociación con un mermado estado de salud mental (11).

En el consumo de antiinflamatorios y analgésicos no opioides por motivos laborales destaca, por asociarse en todos los grupos, el hecho de sentirse reemplazable y la exposición al conflicto trabajo-vida (este último con mayor intensidad entre mujeres y no manuales). En mujeres y no manuales, emergen también como factores asociados al consumo de antiinflamatorios y analgésicos no opioides la falta de adaptabilidad horaria y tener dificultades para ejercer la desconexión, prácticas de gestión laboral que podrían estar originando la exposición al conflicto trabajo-vida (45). Esto indica, especialmente en estos grupos, que el hecho de que los límites entre el ámbito laboral y el doméstico-familiar sean difusos tiene consecuencias adversas para la salud. Aparecen también como factores asociados al consumo de antiinflamatorios y analgésicos no opioides en casi todos los grupos la planificación no realista, la inseguridad sobre el empleo y el ritmo de trabajo. Trabajar con la percepción de no tener suficiente tiempo para realizar la cantidad de trabajo asignado, junto a la percepción de poder perder el empleo puede llevar a trabajar a un elevado ritmo durante la jornada laboral (45), teniendo todo ello efectos indeseados en la salud.

Entre los factores laborales asociados al consumo de analgésicos opioides por motivos laborales destaca, por presentar una relación muy intensa en todos los estratos, la exposición a un elevado ritmo de trabajo. Tener que trabajar muy rápido, por tanto, se asocia a dolencias físicas fuertes y de larga duración. Además, en hombres se asocian también intensamente el hecho de sentirse reemplazable y el bajo reconocimiento. En trabajadores/as manuales, las asociaciones más intensas son tener que alargar la jornada con frecuencia y sentirse reemplazable, mientras que entre los/as no manuales son que el salario no cubra las necesidades básicas del hogar, sentirse reemplazable y el bajo reconocimiento.

## Consumo de potenciadores del rendimiento laboral

Los resultados derivados de este estudio han mostrado que el consumo de fármacos nootrópicos u otras drogas para potenciar el rendimiento laboral es muy poco prevalente en la población asalariada, contradiciendo así la literatura que expone que el consumo de estas sustancias está en auge (6). Se necesitarían estudios con muestras representativas de la población trabajadora para contrastar esta información. No obstante, podría haber un sesgo de respuesta debido a la estigmatización del consumo de estas sustancias, al ser un consumo sin receta y comprarse mayoritariamente por Internet (5).

La obtención de prevalencias tan reducidas ha imposibilitado el análisis de factores asociados, impidiendo conocer qué determinantes laborales se asocian al consumo de estas sustancias. Sin embargo, coincidiendo con la literatura (5), los resultados sugieren que el consumo de fármacos nootrópicos es más frecuente en algunas ocupaciones concretas (profesionales científicos e intelectuales y

profesionales de ocupaciones elementales), lo que invita a la necesidad de realizar estudios específicos en estos subgrupos para poder determinar los factores sociodemográficos y laborales que se asocian a su consumo.

El consumo de bebidas con cafeína/teína, bebidas energéticas y suplementos dietéticos, en cambio, es más frecuente. El consumo de bebidas con cafeína/teína está uniformemente distribuido entre los diferentes estratos de la población asalariada, mientras que el consumo de bebidas energéticas es más frecuente entre hombres, trabajadores/as de 25 a 34 años y manuales, y el consumo de suplementos dietéticos es más frecuente entre mujeres, trabajadores/as de 35 a 49 años y no manuales. El consumo de bebidas energéticas y suplementos dietéticos para incrementar el rendimiento laboral, por tanto, presenta patrones antagónicos entre los distintos grupos.

## Limitaciones

La principal limitación de este estudio es que, por un lado, los participantes tienen edades comprendidas entre 25 y 64 años y, por otro, que todos ellos son afiliados a CCOO, lo cual implica que los resultados no son representativos del conjunto de asalariados/as residentes en España. No obstante, se realizaron análisis de sensibilidad comparando la distribución de las variables de control de la muestra frente a las de la EPA y se calcularon pesos post-estratificación para restituir las posibles diferencias en la distribución de la muestra respecto a la de la población, con tal de obtener unos resultados que sean razonablemente similares a los del conjunto de asalariados españoles de 25 a 64 años.

Los autores de este informe advierten de que, por un lado, los afiliados/as a sindicatos de trabajadores/as suelen tener mejores condiciones de trabajo (47) (y, por tanto, mejor salud) que la población trabajadora general, pero, por otro lado, finalmente la muestra estuvo compuesta por aquellos/as trabajadores/as que voluntariamente decidieron contestar la encuesta, y que pudieran ser los que, entre el conjunto, tuvieran peores condiciones. En definitiva, como suele ser habitual en este tipo de encuestas, y a pesar de las medidas consideradas para mitigar los posibles sesgos (prevalencias ponderadas, etc), hay que interpretar los resultados obtenidos con cautela.

# Conclusiones

---

El elevado consumo de fármacos en España es un grave problema de salud pública que, por su origen multifactorial, tiene que ser abordado necesariamente mediante un enfoque multisectorial, adoptando una mirada de salud en todas las políticas.

Los resultados de este estudio muestran que la mayoría del consumo de fármacos en la población asalariada española se debe a motivos relacionados con el trabajo, especialmente entre mujeres y trabajadores/as manuales, evidenciando así que el entorno laboral es un determinante de la salud y juega un papel importante en la introducción y reproducción de las desigualdades sociales en salud.

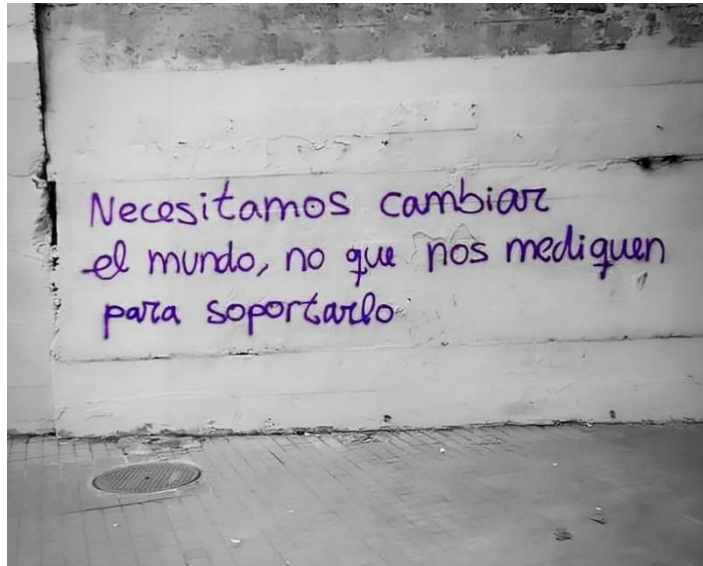
Estos resultados sugieren que se están medicalizando los efectos indeseados de una organización del trabajo adversa. Por tanto, queda implícita la necesidad de implementar políticas y medidas preventivas para reducir y eliminar las exposiciones laborales dañinas que llevan al consumo de fármacos en la población trabajadora (por ejemplo, medidas que alivien la sobrecarga de trabajo). Además, ante la excesiva medicalización de la población, es necesario dotar de mayores recursos a la atención psicosanitaria en el sistema público de salud con tal de poder promover el acceso a intervenciones no farmacológicas en aquellos casos en que puedan ser una alternativa eficaz.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que no discriminar según el motivo de consumo podría infraestimar la fuerza de la relación entre los factores laborales y el consumo de fármacos por motivos laborales. Varias prácticas de gestión laboral y riesgos psicosociales se asocian al consumo de fármacos, y estos factores laborales difieren según el tipo de fármaco. Determinar los factores que se asocian propiamente al consumo por motivos laborales, y considerar los ejes de desigualdad del mercado laboral español (género y clase ocupacional), puede facilitar el diseño de acciones preventivas y de intervenciones de promoción de la salud en el trabajo más eficientes. Todo ello, con la finalidad de promover la implementación de estrategias dirigidas a prevenir la exposición nociva a ciertas prácticas de gestión laboral y a riesgos psicosociales, para mejorar la salud física y mental de la población trabajadora y consecuentemente reducir su consumo de fármacos.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el consumo de fármacos nootrópicos u otras drogas para potenciar el rendimiento laboral es muy poco prevalente en la población asalariada. Los resultados sugieren que el consumo de estas sustancias es más frecuente en algunas ocupaciones concretas, lo que invita a la necesidad de realizar estudios específicos en estos subgrupos para poder explorar los factores sociodemográficos y laborales que se asocian a su consumo.

Además, se requieren estudios longitudinales y, por ende, más robustos, que permitan corroborar las asociaciones entre los factores laborales y el consumo de fármacos y ver su evolución a lo largo del tiempo, así como establecer la causalidad de dicha relación y estimar el impacto poblacional de la exposición a riesgos psicosociales sobre el consumo de fármacos, mediante el cálculo de la fracción atribuible poblacional.

Se requieren también estudios cualitativos que permitan profundizar en las causas subyacentes al consumo de fármacos en la población asalariada española.



Recuperado de: Ediciones Akal. <https://twitter.com/AkalEditor>



☰ **EL PAÍS**

**Economía**

MERCADOS · VIVIENDA · FORMACIÓN · MIS DERECHOS · NEGOCIOS · CINCO DÍAS · RETINA · ÚLTIMAS NOTICIAS

VERANO PRECARIO >

**“Tomo seis pastillas al día para aguantar”: así es trabajar limpiando hoteles masificados en verano**

Camareras de piso de Ibiza, Tenerife o Barcelona aseguran que en julio y agosto su trabajo es “insostenible”. Denuncian los cuadros de ansiedad y los problemas físicos que les genera “trabajar contra reloj”

Fuente: (48)

**EL SALTO** Radio Boletines Tienda

SECCIONES MEDIA EL SALTO ZONA SOCIAS

objetivo 10.000 suscripciones 9335

SALUD LABORAL

**Somníferos y trabajo: cuando el empleo obliga a recurrir a pastillas para dormir**

Las encuestas resaltan un incremento en el consumo de hipnosedantes durante la pandemia, sobre todo por parte de las mujeres. El trabajo por turnos, la inseguridad laboral percibida, la sobrecarga de trabajo o las demandas emocionales de algunas profesiones son factores que llevan a la población trabajadora a recurrir, cada vez más, a este tipo de psicofármacos.

Fuente: (49)

# Bibliografía

1. Naciones Unidas. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2022 [Internet]. Viena; 2023 Mar. Available from: [www.incb.org](http://www.incb.org)
2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. EDADES 2022. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2022. Madrid; 2022.
3. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022. Ministerio de Sanidad; 2023.
4. Salas-Nicás S, Moncada S, Llorens C, Navarro A. Working conditions and health in Spain during the COVID-19 pandemic: Minding the gap. *Saf Sci.* 2021;134.
5. EUROPA-OSHA (2015). Una revisión del futuro del trabajo: los fármacos potenciadores del rendimiento [Internet]. Available from: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/future-work-performance-enhancing-drugs>
6. Revuelta R, Francisco J. Fármacos potenciadores del rendimiento. Un fenómeno emergente en salud laboral. *Revista Enfermería del Trabajo* [Internet]. 2018;8(2):81–3. Available from: <http://www.lavanguardia.com/ciencia/cuerpo-humano/20150406/54429435602/farmacos-neuromejora>
7. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2010.
8. Utzet M, Valero E, Mosquera I, Martin U. Employment precariousness and mental health – Understanding a complex reality: A systematic review. *Int J Occup Med Environ Health.* 2020;33(5):569–98.
9. Benach J, Julià M, Tarafa G, Mir J, Molinero E, Vives A. La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña. *Gac Sanit.* 2015;29(5):375–8.
10. Benach J, Carles M, Santana V. Employment Conditions and Health Inequalities. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). Geneva: WHO; 2007.
11. Niedhammer I, Bertrais S, Witt K. Psychosocial work exposures and health outcomes: A meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scand J Work Environ Health.* 2021;47(7):489–508.
12. Riesgos Psicosociales - INSST [Internet]. Available from: <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales>
13. Informe del comité mixto OIT/OMS de Medicina del Trabajo. Novena reunión. Ginebra; 1984.

14. Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo | Safety and health at work EU-OSHA [Internet]. Available from: <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>
15. Moncada S, Llorens C. Factores psicosociales. In: Ruiz Frutos A, García A, Delclòs J, Benavides F, editors. Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales [Internet]. 3rd ed. Barcelona: Masson; 2007 [cited 2015 Mar 19]. Available from: [http://catalog.uab.cat/record=b1705019~S1\\*cat](http://catalog.uab.cat/record=b1705019~S1*cat)
16. European Agency for Safety and Health at Work. Future occupational safety and health research needs and priorities in the member states of the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2006.
17. Colell E, Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A, Delclòs J, Benavides FG. Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados. *Gac Sanit.* 2014;28(5):369–75.
18. Milner A, Scovelle AJ, King TL, Madsen I. Exposure to work stress and use of psychotropic medications: A systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* (1978). 2019 Jun 1;73(6):569–76.
19. Rönnblad T, Grönholm E, Jonsson J, Koranyi I, Orellana C, Kreshpaj B, et al. Precarious employment and mental health: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scand J Work Environ Health.* 2019;45(5):429–43.
20. Navarro-Giné A, Esteve-Matalí L. PANEL OTS 2023: Documento metodológico de la línea base. Cerdanyola del Vallès: UAB; 2023.
21. Llorens-Serrano C, Navarro A, Salas-Nicás S, Moncada S. Condiciones de trabajo y salud tras un año de pandemia. Resultados de la encuesta COTS en 2021 y comparación con 2020. Barcelona: UAB, ISTAS-CCOO; 2021.
22. INE. Encuesta de población activa [Internet]. Available from: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595)
23. PANEL OTS 2023: Cuestionario. Cerdanyola del Vallès: UAB; 2023.
24. Moncada Lluís S, Llorens Serrano C, Salas Nicás S, Moríña Soler D, Navarro Giné A. La tercera versión de COPSOQ-ISTAS21. Un instrumento internacional actualizado para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. *Rev Esp Salud Publica.* 2021;95.
25. Tipo de medicamento consumido en las últimas 2 semanas según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia. Población de 15 y más años que ha consumido medicamentos en las últimas 2 semanas. [Internet]. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=47947&L=0>
26. Carrera-Lasfuentes P, Aguilar-Palacio I, Clemente-Roldán E, Malo-Fumanal S, Rabanaque-Hernandez MJ. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. *Aten Primaria.* 2013;45(10):528–35.

27. Sans S, Paluzie G, Balañá L, Balaguer-Vintró I, Puig T. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit.* 2002;16(2):121–30.
28. Pedrós Barnils N, Eurenus E, Gustafsson PE. Self-rated health inequalities in the intersection of gender, social class and regional development in Spain: Exploring contributions of material and psychosocial factors. *Int J Equity Health.* 2020 Jun 5;19(1).
29. Sanfèlix-Genovés J, Palop-Larrea V, Pereiró-Belenguer I, Martínez-Mir I. Influencia del sexo del paciente en la calidad de los medicamentos consumidos. *Aten Primaria.* 2002;30(3):163–70.
30. Bacigalupe A, González-Rábago Y, Jiménez-Carrillo M. Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Aten Primaria.* 2022;54(7).
31. Markez I, Póo M, Romo N, Meneses C, Gil E, Vega A. Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 2004;24:37–60.
32. Gaspar-Calvo E, Lallana-Álvarez MJ, Malo S. Consumo de fármacos utilizados en el tratamiento del dolor musculoesquelético en una cohorte de trabajadores manuales de Zaragoza (España). *Revista de la Sociedad Española del Dolor.* 2020;27(3):150–8.
33. Encuesta europea de condiciones de trabajo 2021. Datos de España. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; 2023.
34. Johnson J V. Desigualdades de clase, ambiente psicosocial en el trabajo y salud. In: V Foro ISTAS de Salud Laboral. Estado de la cuestión; 2007.
35. Borrell C, Malmusi D, Artazcoz L, Diez E, Rodríguez-Sanz IP y. M, Campos P, et al. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit.* 2012;26(2):182–9.
36. Villalonga C. El consumo de psicofármacos es el principal problema de adicciones que hay en España. *Salud y Medicina [Internet].* 2022; Available from: <https://www.saludymedicina.org/post/el-consumo-de-psicofarmacos-es-el-principal-problema-de-adicciones-que-hay-en-espana>
37. Calvo A, López N. Abuso de medicamentos: un hábito extendido con riesgos reales para la salud pública. *Heraldo Vida Saludable [Internet].* 2019; Available from: <https://www.heraldo.es/noticias/salud/2019/05/27/abuso-farmacos-un-habito-extendido-con-riesgos-reales-para-la-salud-publica-1316397.html>
38. Pérez Mendoza S, Oliveres V, Ordaz A. España, cada vez más medicada. *El diario [Internet].* 2022; Available from: [https://www.eldiario.es/sociedad/espana-vez-medicada\\_1\\_8796419.html](https://www.eldiario.es/sociedad/espana-vez-medicada_1_8796419.html)
39. Gomà-i-Freixanet M, Calvo-Rojas V, Portell M. Psychosocial characteristics and affective symptomatology associated with patient self-initiated consultations in Spanish general practice. *Health Soc Care Community.* 2020;28(6):2312–9.

40. Gomà-i-Freixanet M, Calvo-Rojas V, Portell M. Personality and psychopathology as predictors of patient-initiated overuse in general practice. *J Psychosom Res.* 2019;120:53–9.
41. Altisent R. La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia. *Aten Primaria.* 2003;32(2):106–9.
42. Lobo E, José Rabanaque M, Carrera P, Abad JM, Moliner J, clave P. Relación entre los médicos y la industria en Aragón (España). *Gac Sanit.* 2012;26(4):336–42.
43. Johns G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *J Organ Behav.* 2010 May;31(4):519–42.
44. Belloc Santaliestra M, Pitarque Asunción S, Martín Bustamante M. Gestió de la prevenció de riscos laborals a les empreses de Catalunya, 2019. Institut Català de Seguretat Salut Laboral. Departament d'Empresa i Coneixement. Generalitat de Catalunya; 2021.
45. Ruíz-Frutos C, García AM, Delclós J, Benavides FG. Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 3rd ed. Barcelona: Masson; 2007.
46. Elser H, Falconi AM, Bass M, Cullen MR. Blue-collar work and women's health: A systematic review of the evidence from 1990 to 2015. *SSM Popul Health.* 2018;6:195–244.
47. Sánchez-Mosquera M. The influence of the political attitudes of workers and the effect of the Great Recession on the decision to join a trade union in Southern Europe. *Economic and Industrial Democracy.* 2023;1–21.
48. Sánchez Hidalgo E. “Tomo seis pastillas al día para aguantar”: así es trabajar limpiando hoteles masificados en verano. *El País* [Internet]. 2022; Available from: <https://elpais.com/economia/2022-07-10/tomo-seis-pastillas-al-dia-para-aguantar-asi-es-trabajar-limpiando-hoteles-masificados-en-verano.html>
49. Gaibar L. Somníferos y trabajo: cuando el empleo obliga a recurrir a pastillas para dormir. *El Salto Diario* [Internet]. 2021; Available from: <https://www.elsaltodiario.com/salud-laboral/somniferos-trabajo-empleo-obliga-recurrir-pastillas-para-dormir>

P O W A H | Research  
Group

<https://powah.uab.cat>