

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS, CONSUMO DE DROGAS Y TERRITORIO



Marzo de 2014



ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN Y PRINCIPALES CONCLUSIONES DEL ESTUDIO.....	4
1.1. Presentación	4
1.1.1. Objetivos	7
1.1.2. Metodología	8
1.1.3. Estructura del informe.....	9
1.2. Principales conclusiones del estudio	10
1.2.1. Las características socioeconómicas individuales que influyen en el consumo de drogas	10
1.2.2. Las características socioeconómicas contextuales y el consumo de drogas	12
1.2.3. Implicaciones para las políticas de prevención en la CAE.....	14
Bibliografía	15
 PARTE I. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	17
 1. INTRODUCCIÓN: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	18
1.1. Objetivos	18
1.2. Metodología.....	
 2. LA PERSPECTIVA INDIVIDUAL.....	21
2.1. Nivel de ingresos y consumo de drogas	23
2.1.1. La relación entre el nivel de ingresos familiar y los consumos adolescentes.....	23
2.1.2. Ingresos económicos y consumo de drogas en la edad adulta.....	25
2.1.3. Influencia de la situación económica sobre los patrones de uso: frecuencia, intensidad, consumos de riesgo y abandono del consumo	26
2.1.4. Otras cuestiones: mortalidad y tabaquismo pasivo.....	27
2.2. El nivel de estudios	28
2.2.1. Nivel educativo familiar y consumo adolescente.....	29
2.2.2. Nivel educativo y consumo en la edad adulta	30
2.2.3. Nivel educativo y pautas de consumo: frecuencia, intensidad, abandono y consumos de riesgo	31
2.3. El estatus ocupacional	33
2.3.1. Estatus ocupacional familiar y consumo adolescente	34
2.3.2. Estatus ocupacional y consumo de drogas entre personas adultas	35
2.3.3. Estatus ocupacional y pautas de consumo	37
 3. LA PERSPECTIVA CONTEXTUAL	39
3.1. Las características del territorio de residencia: la importancia del barrio	40
3.1.1. Inicio del consumo	42
3.1.2. Consumo adulto y abandono	42
3.1.3. Conductas de riesgo y problemas derivados del consumo	43
3.2. Los niveles generales de desigualdad y pobreza	44
3.2.1. Pobreza, desigualdad y consumo adolescente.....	46
3.2.2. Pobreza, desigualdad, consumo y abandono en la edad adulta	47
3.2.3. Pobreza, desigualdad, consumo de riesgo y consecuencias del consumo.....	48
3.3. Los ciclos macroeconómicos.....	49
 4. OTROS ELEMENTOS	52
4.1. La perspectiva longitudinal: el impacto a largo plazo de las variables analizadas sobre los consumos de drogas.....	52
4.2. El impacto de las diferencias socioeconómicas sobre los consumos de drogas en función de las características sociodemográficas	53

5. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN Y LAS POLÍTICAS SOBRE ADICCIONES	56
6. BIBLIOGRAFÍA	58
PARTE II. ANÁLISIS EMPÍRICO. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS, CONSUMO DE DROGAS Y TERRITORIO: UN ANÁLISIS MULTINIVEL	67
1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	68
1.1. Introducción.....	68
1.2. Objetivos	69
2. METODOLOGÍA.....	71
2.1. Modelos multinivel	71
2.2. Bases de datos	74
2.2.1. Euskadi y Drogas.....	74
2.2.2. Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).....	79
2.3. Tipo de análisis.....	82
2.4. Ponderación para el análisis	82
3. RESULTADOS	85
3.1. Características de las muestras.....	85
3.2. Consumo de tabaco y características socioeconómicas de la sección censal de residencia	86
3.2.1. Resultados a partir de la encuesta Euskadi y Drogas.....	86
3.2.2. Resultados a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco	91
3.2.3. Conclusiones de cara a la planificación de las políticas antitabaco en Euskadi.....	93
3.3. Consumo de alcohol y características socioeconómicas de la sección censal de residencia	94
3.3.1. Resultados a partir de la encuesta Euskadi y Drogas.....	94
3.3.2. Resultados a partir de la Encuesta de Salud.....	97
3.3.3. Conclusiones de cara a la planificación de las políticas de prevención del consumo de alcohol de riesgo en Euskadi.....	101
3.4. Consumo habitual de cannabis y características socioeconómicas de la sección censal de residencia.....	104
3.4.1. Resultados a partir de Euskadi y drogas.....	104
3.4.2. Conclusiones de cara a la planificación de las políticas de prevención del consumo habitual de cannabis en Euskadi.....	106
3.5. Consumo de drogas ilegales (distintas al cannabis) y características socioeconómicas de la sección censal de residencia.....	107
3.5.1. Resultados a partir de Euskadi y drogas.....	107
3.5.2. Conclusiones de cara a la planificación de las políticas de prevención del consumo de drogas ilegales en Euskadi	110
3.6. Limitaciones del estudio.....	110
4. CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN EL CONSUMO DE DROGAS	113
5. BIBLIOGRAFÍA.....	119

1. PRESENTACIÓN Y PRINCIPALES CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

1.1. Presentación

Más de cuarenta años de investigación han puesto de manifiesto que no todas las personas son igualmente vulnerables frente al consumo de drogas, ni frente a las consecuencias negativas de su abuso. Mientras que algunas experimentan con ellas sin sufrir graves consecuencias, otras acaban desarrollando patrones de consumo problemáticos que afectan negativamente no sólo a su salud, sino a otras esferas más amplias de su vida personal y social (Arbex, 2013). De acuerdo con datos de la OMS sobre el impacto global de las enfermedades en 2004, el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales provocó más de 7,6 millones de muertes a nivel mundial, lo que representaría el 12,9% de todas las muertes ocurridas en ese año (OMS, 2009). De acuerdo con otro estudio llevado a cabo en 2010, el consumo de alcohol y drogas a nivel mundial resultó en la pérdida de 7,4 millones de años de vida por muerte prematura¹ y causó 30,2 millones de años vividos con discapacidad² (Whiteford et al., 2013).

Conocer los factores que pueden incrementar la vulnerabilidad personal ante el consumo y, concretamente, ante el consumo problemático, resulta, por lo tanto, de indudable interés público, en la medida en que ayuda a centrar los esfuerzos de prevención del consumo y de reducción de los daños asociados. Al igual que, en la medicina, conocer los factores que elevan el riesgo de determinadas enfermedades (por ejemplo, la obesidad en lo referente al riesgo cardiovascular) contribuye a combatirlas –gracias a la identificación de factores modificables sobre los que actuar y de colectivos en los que centrar los esfuerzos de prevención–, la identificación

¹ Years of life lost to premature mortality o YLL.

² Years lived with disability o YLD.

de los factores de riesgo asociados al consumo de drogas resulta consustancial a la prevención en materia de adicciones, tanto a la hora de desarrollar programas e intervenciones preventivas, como a la hora de identificar los colectivos que pueden ser objeto de programas de prevención selectiva e indicada (Becoña, 1999; Martínez, Trujillo y Robles, 2007). Más recientemente, el modelo del desarrollo social de Hawking, Catalano y Miller ha puesto de manifiesto la necesidad de incidir también en la potenciación de los factores de protección, en la medida en la que atenúan o reducen la influencia de los factores de riesgo presentes (cit. en Martínez, Trujillo y Robles, 2007).

Las características socioeconómicas –tanto personales como de la comunidad– constituyen uno de los factores que pueden influir en el consumo de sustancias. Las primeras investigaciones sobre los factores de riesgo y de protección en el ámbito de las adicciones, que se centraron sobre todo en la población adolescente –puesto que se trata del momento en el que la mayoría de las personas inician el consumo de sustancias y desarrollan los patrones futuros de uso y abuso–, ya apuntaban a la importancia de la pobreza y la privación del entorno comunitario más próximo como factores que incrementaban la vulnerabilidad de los jóvenes frente al consumo de diversas sustancias³. Por ejemplo, Hawkins (1992) en una revisión de los factores de riesgo entre adolescentes indica que la privación económica y social es uno de los cuatro factores relacionados con la comunidad que puede incrementar el consumo de sustancias psicoactivas en esta población. Igualmente, Petterson et al. (1992) encuentran que los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios con elevadas tasas de delincuencia tienen mayor riesgo de implicarse en conductas delictivas y de desarrollar problemas con las drogas. También Muñoz (1998), tras una revisión exhaustiva de los factores de riesgo en adolescentes, concluye que el residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes altos de delincuencia y marginalidad contribuye –junto con otros factores personales y familiares– a un uso precoz de drogas y al posterior abuso de las mismas (cit. en Becoña, 1999).

El estudio del estatus socioeconómico individual como factor de desigualdad ante el consumo de drogas y ante sus consecuencias negativas es algo más reciente. Prueba de ello, de cinco

³ Cabe señalar que, en el ámbito de las adicciones, el estudio de los factores de riesgo referidos al grupo, al entorno social y a factores ambientales ha sido más frecuente que en otros ámbitos, concretamente en el de la salud, donde los determinantes individuales (biológicos y comportamentales) han recibido prácticamente toda la atención. Al tratarse de un fenómeno esencialmente cultural y, en su expresión más problemática, de un trastorno ligado al comportamiento, ha sido más fácil reconocer que factores externos al propio individuo (la presión ejercida por el grupo, la influencia de un entorno permisivo, la disponibilidad de las sustancias en el entorno, etc.) pueden incrementar el riesgo de experimentar y abusar de diversas sustancias. De este modo, toda una serie de teorías explicativas del consumo que Becoña (2002) denomina integrativas y comprensivas –como la teoría del aprendizaje social de Bandura, o el modelo del desarrollo social defendido por Catalano, Hawkins y sus colaboradores– reconocen la influencia que tiene el entorno social en el que vive la persona en el consumo de sustancias.

revisiones sistemáticas importantes llevadas a cabo en la década de los 90⁴, sólo dos –la de Clayton (1992) y la de Muñoz (1998) (cit. en Becoña, 1999)– mencionaban la influencia de variables relacionadas con el estatus socioeconómico familiar como factor de riesgo. Con todo, la investigación en torno a este tema ha florecido recientemente (Scheier, 2010), probablemente, debido a la influencia que tiene actualmente el enfoque de salud pública, especialmente en el ámbito anglosajón. En efecto, ante la abundancia de datos empíricos provenientes del ámbito de la epidemiología en el sentido de que existe una brecha de salud entre pobres y ricos (Marmot, 2013), y siendo el consumo de drogas uno de los principales determinantes de la salud, la investigación en torno a las desigualdades socioeconómicas en el consumo de drogas ha adquirido una relevancia que anteriormente no tenía⁵.

A estas dos perspectivas de análisis sobre las desigualdades socioeconómicas en el consumo de drogas se les ha añadido recientemente un renovado interés por el enfoque territorial, de la mano de nuevas metodologías estadísticas y de la creciente disponibilidad de datos medioambientales y sociales georreferenciados y de nuevas herramientas para el análisis espacial. Esto ha permitido retomar antiguas líneas de investigación sobre las desigualdades territoriales en el consumo de drogas, pero planteando nuevas incógnitas: hasta qué punto obedecen las diferencias en prevalencias de consumo que se observan entre territorios a factores contextuales o ecológicos (es decir, se deben a las características propias del lugar), o son más bien un reflejo de las características de la población que vive en esos lugares (es decir, responden realmente a factores individuales). Determinar si la privación socioeconómica de un lugar y las características propias de los barrios deprimidos –menor calidad urbanística, menor vigilancia policial, mayor desorganización, menor disponibilidad de servicios, etc.– influye en el consumo de forma independiente a las características personales de las personas que residen en dichos barrios abriría nuevas vías para la prevención del consumo y de los problemas de salud asociados, y contribuiría a una mejor planificación territorial de las intervenciones en esta materia.

Analizar la asociación existente entre características socioeconómicas personales o del entorno y el consumo de drogas resulta, por lo tanto, de interés en materia de prevención, en la medida en que obtener datos empíricos que respalden dicha asociación contribuiría a la elaboración de políticas y programas preventivos más eficaces, aportando información valiosa para el diseño, implementación y evaluación de los programas de prevención universal, la identificación de colectivos diana para programas de prevención selectiva y para el despliegue territorial de las políticas y programas desarrollados.

⁴ Hawkins et al., 1992; Petterson et al., 1992; Clayton, 1992; Moncada (1997); Muñoz (1998).

⁵ Este auge del enfoque de salud pública y del estudio del consumo de drogas como determinante de la salud explicaría también la actual abundancia de estudios sobre el consumo de drogas legales frente a las drogas ilegales, puesto que son las primeras las que más impacto tienen en términos de salud pública, al estar su consumo mucho más extendido.

Por último, el estudio de las desigualdades socioeconómicas en el consumo de drogas, en la medida en la que se traducen en desigualdades en salud, tiene el valor añadido de contribuir hacia una sociedad más igualitaria, donde las personas de grupos socioeconómicos desfavorecidos tengan el mismo derecho a la salud que las que pertenecen a clases más privilegiadas.

“Las desigualdades en salud atentan contra el derecho fundamental a la salud, son innecesarias e injustas”. Zsuzsanna Jakab, Directora Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa. (Marmot, 2013: v).

“Una visión alternativa de la ética en salud pública caracteriza su problemática fundamental de manera diferente: lo que subyace en los fundamentos morales de la salud pública es la justicia social. Mientras equilibrar las libertades de los individuos con la promoción de los bienes sociales es un área de preocupación, ésta se inserta en un compromiso más amplio de garantizar un nivel suficiente de salud para todos y reducir las desigualdades injustas” (Meneu, 2012: 21).

1.1.1. Objetivos

El objetivo de esta investigación consiste en analizar las desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en la CA de Euskadi. El estudio aborda la cuestión tanto desde una perspectiva individual, analizando la asociación existente entre las características socioeconómicas personales y el consumo, como desde una perspectiva contextual o territorial, al objeto de averiguar si existe relación entre el nivel de privación del entorno y el uso de las diferentes sustancias.

Los objetivos específicos que se plantea la investigación son los siguientes:

- Sintetizar la evidencia científica disponible en la actualidad acerca de la influencia que ejercen las características socioeconómicas personales en diferentes patrones de consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, tratando de evaluar los resultados en función de:
 - el colectivo analizado (¿se obtienen los mismos resultados para la población adolescente/juvenil y la población adulta?);
 - la medida de estatus socioeconómico utilizada;
 - la sustancia y el patrón de consumo analizado;

- la perspectiva –longitudinal o sincrónica– adoptada.
- Sintetizar la evidencia científica existente en la actualidad acerca de la influencia que ejercen las características del entorno –principalmente las socioeconómicas– en diferentes patrones de consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, diferenciando asimismo, entre los resultados obtenidos con diferentes medidas, en distintas poblaciones y para diversos patrones de consumo.
- Determinar si el estatus socioeconómico de las personas, medido a partir del tipo de ocupación, muestra una asociación significativa con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en la CAE.
- Determinar si existe variabilidad geográfica en el consumo de estas sustancias entre las secciones censales de la CAE y si dicha variabilidad puede ser explicada por desigualdades socioeconómicas territoriales.
- Recoger las principales implicaciones que podría tener la evidencia generada para las políticas de prevención de las adicciones en la CAE.

1.1.2. Metodología

De cara a cumplir con los objetivos específicos señalados, se han utilizado dos metodologías complementarias: una revisión de la literatura especializada sobre el tema, por un lado, y un abordaje empírico a partir de las encuestas Euskadi y Drogas y de la Encuesta de Salud, por otro.

La revisión de la literatura se ha realizado mediante búsquedas en las principales bases de datos documentales sobre drogodependencias: además de la base de datos del Centro de Documentación sobre Drogodependencias del Gobierno Vasco, actualmente gestionada por el Centro de Documentación y Estudios SIIS, se han realizado búsquedas específicas en las siguientes bases de datos: Medline - PubMed; Base OFDT; Dialnet; Recolecta y Digital.CSIC; ETOH- Alcohol Science Database; NIAAA; Health inequalities; y King's Fund. Si bien la revisión no tiene carácter sistemático, el número de referencias incluidas en la revisión (80 artículos y monografías, en total) permite afirmar que se ha podido recoger material suficiente para identificar las principales líneas de investigación sobre desigualdades socioeconómicas en el consumo de drogas, así como para valorar la evidencia científica disponible al respecto actualmente.

En la parte empírica del estudio, se ha abordado el análisis de las desigualdades socioeconómicas en el consumo de drogas en la CAE mediante un modelo multinivel, una técnica de análisis relativamente novedosa cada vez más empleada en el ámbito de la salud pública, debido a que permite el análisis simultáneo de los individuos y de sus contextos (Jones y Duncan, 1995). Se trata de modelos que incorporan y aprovechan la jerarquización o el agrupamiento de los datos (individuos agrupados en familias, en barrios y en ciudades) para el análisis. De esta manera, permiten obtener estimaciones más precisas de las asociaciones entre variables de nivel individual⁶ y analizar la asociación entre variables individuales y contextuales (referidas al grupo o al contexto en el que se insertan los individuos). En este sentido, los modelos multinivel constituyen una técnica especialmente adecuada para los objetivos de la presente investigación, a saber, analizar la relación existente entre las características socioeconómicas, no solo individuales, sino también del territorio, y el comportamiento individual en relación con las drogas.

1.1.3. Estructura del informe

Tras un primer apartado en el que se resumen las principales conclusiones que se pueden extraer de la presente investigación, el resto del informe se estructura en dos partes claramente diferenciadas: la primera de ellas recoge los resultados obtenidos en la revisión de la literatura realizada, mientras que la segunda recoge los resultados de la parte empírica del estudio.

La primera parte consiste en una revisión de la literatura científica sobre desigualdades socioeconómicas en el consumo de drogas y se estructura a su vez en cinco capítulos o epígrafes: en el primero se detalla la metodología utilizada para la revisión; el segundo y tercer capítulos analizan las desigualdades socioeconómicas en el consumo de drogas desde la perspectiva individual y contextual, respectivamente; el cuarto capítulo aborda otros aspectos específicos de interés que se recogen en la literatura analizada, como son los resultados que se obtienen cuando la cuestión se analiza desde una perspectiva longitudinal o los resultados que se obtienen en relación a los principales grupos sociodemográficos; finalmente, en el quinto y último capítulo se recogen las implicaciones que se derivan de esta parte del estudio para la investigación y las políticas en materia de adicciones.

La segunda parte resume los resultados del análisis empírico realizado y consta de cuatro capítulos: tras una presentación detallada de los objetivos de la investigación y la metodología de análisis utilizada, se recogen los resultados relativos a las desigualdades en el consumo habitual

⁶ Los modelos de regresión tradicionales operan bajo el supuesto de la independencia de las observaciones, de manera que si existe una correlación entre los individuos que pertenecen a un determinado grupo (barrio, ciudad, etc.) se vulnera dicho supuesto y existe el riesgo de obtener estimaciones erróneas a partir de los datos.

de tabaco en el apartado 3.1, y los referentes al consumo frecuente y excesivo de alcohol en el apartado 3.2. Las desigualdades socioeconómicas en el consumo habitual de cannabis se analizan en el apartado 3.3 y las que se observan en el consumo experimental y reciente de drogas ilegales son objeto del apartado 3.4. El análisis de cada una de las sustancias va acompañado de una breve discusión de las conclusiones que cabe extraer de cara a la planificación de las políticas y los programas de prevención que se lleven a cabo en la CAE. El quinto apartado del tercer capítulo recoge las principales limitaciones de las que adolece el estudio. Finalmente, el último y cuarto capítulo extrae las conclusiones generales en lo referente a las desigualdades socioeconómicas que se observan en el consumo de drogas en la CAE y propone algunas líneas de investigación adicionales que cabría desarrollar en el futuro.

1.2. Principales conclusiones del estudio

1.2.1. Las características socioeconómicas individuales que influyen en el consumo de drogas

- 1) La principal conclusión que se obtiene de la literatura analizada es que la asociación entre características socioeconómicas individuales o personales y consumo de drogas varía en función del colectivo estudiado (es decir, de si se analiza el consumo por parte de adolescentes y jóvenes, o de personas adultas; y/o de hombres y mujeres), de la sustancia analizada y del tipo de variable utilizada para medir el estatus socioeconómico de la persona.
 - a) Por lo que se refiere a la medida de estatus socioeconómico utilizada, la variable de nivel educativo y situación laboral muestran una asociación clara con el consumo, mientras que tal asociación resulta más matizada si el estatus se mide a través del nivel de renta o del tipo de ocupación de la persona.
 - i. La mayoría de los estudios que analizan la relación entre nivel educativo y consumo de sustancias encuentran una asociación significativa entre ambas variables: en general, los estudios tienden a mostrar que el bajo nivel educativo constituye un factor de riesgo para el consumo (tanto en adolescentes como en personas adultas) y hay unanimidad a la hora de relacionarlo con una mayor prevalencia de conductas de riesgo y de daños derivados del consumo.
 - ii. También parece existir suficiente evidencia científica para relacionar la situación laboral y el consumo de drogas. En el caso de las personas adolescentes, el hecho de tener padres desempleados parece estar asociado a un mayor riesgo en

- cuanto al consumo de tabaco y cannabis. En personas adultas, el desempleo se relaciona con una mayor probabilidad de consumo de tabaco y con patrones de consumo de alcohol de mayor riesgo.
- iii. En cuanto al nivel de ingresos, un elevado nivel de renta parece ejercer un efecto protector en la población adulta (reduce el riesgo de consumos excesivos de alcohol e incrementa las probabilidades de abandono de tabaco), al tiempo que las dificultades económicas se asocian con mayor probabilidad de determinadas conductas de riesgo (concretamente, fumar durante el embarazo). En el caso de los adolescentes, no hay consenso sobre el efecto del nivel de renta familiar en el consumo, aunque sí se observa una asociación entre mayor disponibilidad económica de los propios adolescentes (dinero de bolsillo del que disponen) y consumos más elevados.
 - iv. En cuanto al tipo de ocupación, entre las personas adultas, un bajo nivel ocupacional se relaciona con mayor riesgo de ser consumidor habitual de tabaco y una menor probabilidad de abandonar el consumo. También se ha asociado a una mayor mortalidad por consumo de alcohol y otras drogas. En adolescentes, parece que el bajo estatus ocupacional de los padres se relaciona con un mayor riesgo de iniciarse en el consumo de tabaco y de cannabis pero, sin embargo, no existen evidencias suficientes respecto al consumo de alcohol.
- b) Por lo que se refiere a las diferentes sustancias, los estudios sobre la población adulta se han centrado muy mayoritariamente en el consumo de tabaco y alcohol, dado que son las sustancias que generan más mortalidad y morbilidad y, por lo tanto, un mayor coste a la sociedad. Son además las sustancias respecto a las que existe una mayor disponibilidad de datos estadísticos y registros administrativos.

En general, se puede decir que existe consenso sobre la relación entre estatus socioeconómico y consumo de tabaco, mientras que los resultados son menos consistentes con respecto al alcohol. En el caso de los adolescentes, se confirma la relación entre estatus socioeconómico bajo y consumo de tabaco, pero hay un menor acuerdo respecto a la relación con el alcohol (la variable más influyente en este caso sería el nivel educativo). Los estudios llevados a cabo sobre el consumo de cannabis, por otra parte, indicarían un efecto protector del estatus ocupacional parental (con una mayor experimentación pero menor riesgo de consumo habitual por parte de hijos e hijas de personas con un nivel ocupacional elevado) y una relación algo menos clara con respecto al nivel de estudios de los progenitores en el sentido de si ejerce un efecto protector o de riesgo. Por último, algún estudio que ha analizado la influencia del nivel

educativo propio indicaría un mayor riesgo para los adolescentes con bajo nivel educativo, concretamente con determinados indicadores de fracaso escolar (repetir curso y abandonar prematuramente el sistema escolar).

- c) Finalmente, respecto a los diversos colectivos o grupos sociodemográficos, una primera conclusión de importancia se refiere a la dificultad para establecer el estatus en la población adolescente. Si bien, en la mayoría de los casos, se utiliza como proxy el nivel educativo u ocupacional de los padres, la mayoría de las investigaciones analizadas señalan que este hecho constituye una limitación importante, ya que existen dudas sobre su capacidad para describir de modo adecuado la influencia de las desigualdades en el consumo de estos grupos etarios.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, puede decirse que un elevado nivel educativo parental ejerce un efecto protector frente al consumo de tabaco y un bajo estatus ocupacional de los padres incrementa el riesgo de consumo de cannabis. La relación de estas variables con el consumo de alcohol no queda clara y tampoco pueden extraerse conclusiones definitivas sobre el nivel de renta familiar y el consumo de drogas en la adolescencia.

- 2) Los resultados obtenidos para la CAE a partir de las bases de datos de Euskadi y Drogas y de la Encuesta de Salud de la CAPV indican que un elevado estatus socioeconómico, medido a partir de la categoría ocupacional de la persona encuestada o de la persona principal de su unidad familiar, ejerce un efecto protector para los hombres frente al consumo de todas las sustancias salvo del alcohol; en ese caso, el consumo de cantidades consideradas de alto riesgo para la salud a largo plazo podría estar positivamente relacionada con un nivel socioeconómico alto. En el caso de las mujeres, los datos apuntan a que un nivel socioeconómico alto podría incrementar el riesgo de consumo, aunque las asociaciones no resultan estadísticamente significativas.

1.2.2. Las características socioeconómicas contextuales y el consumo de drogas

- 3) Tanto la revisión de la literatura como el estudio empírico realizado en la CAE confirman la existencia de una importante variabilidad territorial en el consumo de drogas. Se trata de una conclusión de notable importancia, dado que, de no existir dicha variabilidad, no tendría sentido el análisis posterior sobre la asociación entre características del contexto y consumo. En el caso de la CAE, el entorno de residencia (en este caso, la sección censal de

residencia) explicaría entre un 7% y un 40% de la variabilidad total en el consumo, dependiendo de la sustancia, siendo la influencia del contexto mayor en el caso de las drogas ilegales que en el caso del consumo de tabaco y alcohol. Este resultado indica que la sección censal de residencia constituye un ámbito geográfico significativo para la intervención preventiva en materia de adicciones, especialmente en la prevención del consumo de sustancias ilegales.

- 4) Sin embargo, y esta sería la segunda conclusión, la base científica para afirmar la existencia de una relación entre características socioeconómicas del entorno y consumo de sustancias resulta algo más débil.
 - a) Una reciente revisión sistemática realizada por Karriker-Jaffe et al. (2013) apunta a la existencia de asociaciones significativas en aproximadamente una tercera parte de los casos analizados y siempre en relación con la población adulta. Por otra parte, la asociación encontrada no siempre indica un mayor consumo en barrios desfavorecidos: esta asociación puede afirmarse primordialmente respecto al consumo excesivo de alcohol y al uso de drogas ilegales distintas al cannabis; y la relación es inversa si se considera el consumo entre adolescentes, es decir, consumen más los adolescentes pertenecientes a barrios con una mejor posición socioeconómica.
 - b) Los estudios multinivel individuales incluidos en la presente revisión (y que no formaban parte de la realizada por Karriker-Jaffe) sí apuntan a la existencia de asociaciones significativas entre las características socioeconómicas del entorno y el consumo de sustancias y, en general, dicha asociación apunta a que el bajo nivel socioeconómico (mayor desigualdad, menores rentas, mayor proporción de población con bajo nivel educativo) supone un riesgo para el consumo.
 - c) En el mismo sentido, el análisis realizado en la CAE muestra una asociación significativa entre mayor privación socioeconómica del entorno y consumo únicamente en el caso del tabaco. En el caso del alcohol, sólo una de las dos bases de datos analizadas –la de la Encuesta de Salud– arroja un resultado significativo, y ésta además señala a una relación inversa, es decir, indica que el riesgo de consumos frecuentes y excesivos de alcohol es mayor para las personas que viven en secciones censales socioeconómicamente menos desfavorecidos.

- 5) Finalmente, cabe señalar que en la literatura internacional, además del grado de privación socioeconómica, se han analizado múltiples características del contexto que podrían asociarse con el consumo. Éstas pueden clasificarse en siete grandes grupos: tipo de medio (rural/urbano), condiciones materiales del entorno, disponibilidad de sustancias; cohesión social en el entorno; normativa y políticas en materia de adicciones; marketing; y cultura o normas sociales. Dada la variedad de variables utilizadas para medir la influencia del entorno en cada uno de estos contextos y el reducido número de estudios que aportan información sobre algunos de ellos, resulta difícil extraer conclusiones claras. En los ámbitos referidos al tipo de entorno (rural o urbano), al efecto de la mayor disponibilidad de sustancias o puntos de venta de las mismas y a la influencia de la cohesión social –ámbitos en los que sí hay un número suficiente de estudios– sólo la primera se relaciona claramente con el consumo, e indica que el riesgo es mayor en los entornos urbanos. En los otros dos ámbitos hay un número similar de estudios que apuntan hacia una correlación positiva y de estudios que no obtienen resultados significativos.

1.2.3. Implicaciones para las políticas de prevención en la CAE

- 6) La investigación llevada a cabo pone de manifiesto que, en la CAE, el hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico alto actúa como factor de protección del consumo para los hombres y que, por el contrario, podría constituir un factor de riesgo para las mujeres. Los programas de prevención desarrollados deberían utilizar esta información a la hora de desarrollar materiales y programas preventivos y a la hora de evaluarlos, procurando que las intervenciones desarrolladas no acentúen las desigualdades existentes. Al mismo tiempo, los programas de otros ámbitos que mejoren el estatus ocupacional de la población también deberían tener en cuenta su posible impacto en el consumo de sustancias, especialmente cuando se dirigen a la población femenina.
- 7) Los resultados obtenidos indican que existe una variabilidad importante entre las secciones censales de la CAE en lo que al consumo de sustancias se refiere. Estos resultados sugieren que la sección censal puede ser un ámbito significativo para las políticas de prevención en esta materia. Convendría, por otra parte, extender el análisis a otras delimitaciones territoriales, para averiguar cuál es el ámbito geográfico más idóneo para la intervención (sección, distrito, barrio, municipio, comarca u otros).
- 8) Los datos analizados solo permiten establecer una asociación clara entre la privación del entorno y el consumo en el caso del tabaco y, aun en este caso, el poder explicativo de los índices utilizados es limitado, en la medida en la que sólo explican una pequeña parte de

las diferencias que se observan a nivel censal. Esto significa que, con los datos de los que se dispone, no habría base empírica para justificar que se priorice la intervención preventiva en aquellas secciones más desfavorecidas.

- 9) Estos resultados deberían ser confirmados a partir de nuevas investigaciones que, ya sea mediante una metodología multinivel similar a la utilizada en este estudio, o mediante un diseño ecológico, incorporaran datos más recientes sobre la situación socioeconómica de las secciones censales. En este sentido, y a la vista de que el Censo de Población y Viviendas de 2011 ofrece una información muy limitada a nivel de sección censal, podría ser necesario renunciar al análisis de áreas pequeñas, de cara a poder ofrecer una imagen más actual de la situación socioeconómica en nuestro territorio.
- 10) Finalmente, la revisión de la literatura realizada apunta a la existencia de otros factores contextuales que podrían contribuir a explicar las diferencias territoriales en el consumo. Esto abre camino a nuevas vías de investigación. Podrían ser especialmente prometedores estudios que trataran de analizar la influencia que ejercen, sobre el consumo, variables agregadas o de tipo macroeconómico como las tasas de pobreza o desigualdad, el desempleo, los ciclos económicos o la percepción social sobre la disponibilidad y la peligrosidad de las diferentes sustancias.

BIBLIOGRAFÍA

Arbex, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva, selectiva e indicada*. Madrid: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales-ADES.

Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio de Interior.

Clayton, R.R. (1992). "Transitions in drug use: Risk and protective factors". En: M. Glantz y R. Pickens (Eds.). *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 15-51.

Faden, R. y Shebaya, S. (2010). "Public Health Ethics". En: Zalta, E.N. (Ed.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (<http://plato.stanford.edu/archives/sum2010/entries/publichealth-ethics>).

Hawkins, J.D et al. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention". *Psychological Bulletin*, vol. 112, nº 1, pp. 64-105.

Marmot, M. (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report*. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud.

Moncada, S. (1997). "Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas". En: Plan nacional sobre Drogas (ed.). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/evidence/bod>).

Petterson, P.L. et al. (1992). "Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions: Design challenges and recommendations". *Evaluation Review*, vol. 16, pp. 579-603.

Scheier, L.M. (ed.) (2010). *Handbook of drug use etiology: theory, methods, and empirical findings*. Washington: American Psychological Association.

Whiteford, H.A. et al. (2013). "Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010". *The Lancet*, vol. 382, nº 9.904, pp. 1.575 – 1.586.

PARTE I

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. INTRODUCCIÓN: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1.1. Objetivos

Esta revisión de la literatura persigue averiguar tres cuestiones principales:

- Si el estatus socioeconómico –nivel de renta, educativo y ocupacional– está relacionado con el consumo de drogas a escala individual.
- Si el estatus socioeconómico que cabe atribuir al vecindario o lugar de residencia –es decir, sus niveles medios de renta, educación y ocupación– influyen en el consumo de drogas de quienes residen en ellos.
- Si aquellas características del vecindario o lugar de residencia no estrictamente referidas a la privación socioeconómica –como el tipo de hábitat residencial (urbano/rural), la percepción sobre el barrio y sus habitantes, o la concentración de establecimientos de venta de alcohol y tabaco– se asocia con el consumo de drogas.

1.2. Metodología

A fin de elaborar la presente revisión, se llevó a cabo en primer lugar una búsqueda bibliográfica utilizando para ello distintos recursos documentales. Se empezó revisando la base de datos especializada del Centro de Documentación sobre Drogodependencias del Gobierno Vasco⁷. De

⁷ Este recurso está gestionado por el SIIS Centro de Documentación y Estudios (<<http://www.siiis.net>>).

forma complementaria, se utilizaron otras nueve bases de datos bibliográficas y repositorios de reconocido prestigio en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud: Medline-PubMed, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA), ETOH-Alcohol Science Database, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Health Inequalities, King's Fund, Dialnet, Recolecta y Digital.CSIC. Además, se utilizaron de forma complementaria los buscadores de Google y Google Académico, ambos mediante la interfaz de búsqueda avanzada.

Para la búsqueda se tuvieron en cuenta los criterios que se señalan a continuación:

- Tratar sobre cualquier tipo de droga, ya fueran legales o ilegales.
- Analizar el consumo en sentido amplio (consumo/abstinencia, inicio/abandono) o alguna pauta de consumo determinada (habitual/experimental, dependencia/abuso, conductas de riesgo).
- Relacionar el consumo de drogas con las desigualdades sociales, en general, y las desigualdades socioeconómicas (nivel de ingresos, nivel educativo y nivel ocupacional), en particular.
- Ser preferentemente cuantitativos.

Se localizaron en primera instancia 270 documentos, que fueron posteriormente cribados atendiendo a tres tipos de criterios:

- Metodológicos:
 - Se priorizaron las investigaciones con muestreos amplios y las referidas a la población general, rechazándose las relativas a grupos étnico-sociales minoritarios.
 - Se prestó una atención especial a las revisiones sistemáticas.
 - Dentro de los estudios contextuales, se dio preferencia a aquellos que presentaban una metodología multinivel frente a los ecológicos.
- Geográficos: se priorizaron los estudios desarrollados en el País Vasco, el Estado Español y en Europa, por este orden.
- Temporales: se dio preferencia a los estudios publicados en los últimos diez años.

Tras esta selección, el número de documentos se redujo a 74, a los que en la fase de análisis se añadieron otros 6, extraídos de la literatura previamente examinada, lo que eleva el número

total de estudios examinados a 80. La inmensa mayoría (87,5%) son artículos, todos publicados en revistas científicas evaluadas por pares; hay también cuatro capítulos de libro, tres informes, un libro y una comunicación en un congreso. La mayor parte de estudios están publicados en inglés (95%).

El procedimiento de análisis consistió en resumir cada una de las investigaciones y clasificarlas en una base de datos⁸, de acuerdo con las variables más significativas examinadas en ellas, para después extraer las conclusiones oportunas.

La metodología seguida en esta revisión bibliográfica presenta algunas limitaciones que deben señalarse:

- A la hora de identificar documentación relevante, se ha confiado en las bases y recursos documentales ya señalados más arriba, cuyo contenido principal son artículos científicos evaluados por pares y editados en formato electrónico. Estudios no publicados o no indexados en estas fuentes –en particular, informes institucionales o tesis doctorales– han podido, en consecuencia, quedar fuera de la selección.
- La búsqueda se ha ceñido a los siguientes idiomas: inglés, castellano y francés. La documentación disponible en otros idiomas no ha sido incluida en la revisión.
- La principal limitación se refiere al carácter no sistemático de la revisión llevada a cabo. Un estudio de ese tipo, que implica seleccionar únicamente aquellos documentos con una elevada calidad metodológica, habría dado lugar a un informe mucho más sintético y limitado, en el que habría sido imposible abordar muchas de las cuestiones aquí tratadas.

Igualmente, esta revisión se encuentra limitada por la propia naturaleza de la bibliografía utilizada:

- La mayor parte de los documentos identificados se refieren a drogas legales (83,75%), y en particular, al tabaco (58,75%). En cambio, las drogas ilegales están poco representadas (20%).

⁸ Mediante el programa Piggydb (<<http://piggydb.net>>).

- Los estudios seleccionados específicamente centrados en el Estado español son escasos (5% del total).
- Sólo se han localizado seis revisiones sistemáticas: una sobre la influencia del nivel de estudios en el uso de tabaco (Schaap y Kunst, 2009), otra sobre los efectos del estatus socioeconómico en el consumo de drogas a escala contextual (Karriker-Jaffe, 2011), dos sobre la influencia de la posición social durante la infancia en el consumo adulto (la de Daniel et al., 2009, que aborda todas las drogas; y la de Wiles et al., 2007, sobre el alcohol) y dos sobre las desigualdades sociales en el consumo femenino de tabaco (Huan et al., 2011; y Kandel et al., 2009).
- Algunos documentos utilizan indicadores sintéticos para reflejar el estatus socioeconómico, y en consecuencia, sus resultados son difícilmente comparables con los de los estudios que toman las variables por separado.
- Sólo un puñado de investigaciones comparan explícitamente el efecto de distintas variables de estatus socioeconómico en el consumo de drogas (entre ellos, Haustein, 2006; Schaap y Kunst, 2009; Lindström, 2008; Fergusson et al., 2007; Huckle et al., 2010; y Casswell et al., 2003).

2. LA PERSPECTIVA INDIVIDUAL

El grueso de la literatura que analiza el impacto de las desigualdades sociales en el consumo de drogas ha adoptado una perspectiva individual. El interés se ha centrado en indagar si los marcadores individuales que indican la posición de una persona en la escala socioeconómica tienen relación con el uso de sustancias psicoactivas y/o con los patrones de consumo de estas sustancias. Si bien este tipo de análisis individuales se han centrado en muy diversas características individuales, los indicadores más utilizados en estas investigaciones han sido los habituales en los estudios sobre desigualdades en salud (Lynch y Kaplan, 2000, cit. en Lindström, 2008):

- El nivel de ingresos, conceptualizado como nivel de renta, de bienestar material, de pobreza o de dificultades financieras;
- El nivel educativo, entendido como la formación más alta alcanzada.

- La situación laboral, que puede referirse al tipo de trabajo desempeñado (por ejemplo, empleo cualificado frente a no cualificado), al estatus productivo (empleado/desempleado, activo/inactivo), o a ambas cuestiones a la vez.

Es habitual que en un mismo estudio se utilicen varios indicadores en el análisis. En estos casos, pueden ejercer una influencia en un mismo sentido y de un grado similar sobre el consumo de drogas (Lynch, Kaplan y Salonen, 1997; cit. en Haustein, 2006), o estar muy correlacionados entre sí (Lindström, 2000, cit. en Lindström, 2008); pero también pueden actuar de modo conjunto, y presentar magnitudes diferentes o incluso sentidos opuestos. Algunas investigaciones combinan varios indicadores –a menudo el nivel de estudios y el estatus ocupacional– en un único índice sintético, que recibe denominaciones como ‘estatus socioeconómico’ (Gauffin et al., 2013) o ‘desventaja socioeconómica’ (Fergusson et al., 2007)⁹. Estos documentos, sin embargo, no se examinarán en el presente apartado, a fin de poder determinar con la mayor precisión posible el nexo que pueda existir entre cada uno de los factores socioeconómicos y el consumo de drogas.

Es preciso también hacer notar que estos indicadores pueden referirse tanto a la persona consumidora como a la familia donde fue criada¹⁰. Esta adscripción a la categoría socioeconómica familiar se utiliza sobre todo en dos tipos de estudios:

- Aquellos que tienen como objeto de análisis a niños/as o adolescentes.
- Aquellos que, desde una óptica longitudinal, persiguen indagar en la influencia que el contexto familiar de crianza ha podido tener en el posterior uso de drogas.

La diversidad de indicadores utilizados en los estudios sobre desigualdades sociales y consumo de drogas aporta, sin duda, una información muy precisa y detallada sobre este fenómeno, pero al mismo tiempo dificulta la labor de sintetizar los datos existentes y generar conocimiento útil para el diseño e implementación de políticas en este ámbito.

En los apartados siguientes, se examinará la literatura consultada con el objetivo de averiguar en qué medida las variables mencionadas tienen o no relación con el consumo de drogas y/o con los diversos patrones de consumo. Como se verá, las investigaciones consultadas raramen-

⁹ En los estudios multinivel, es posible encontrar también índices sintéticos que combinan indicadores de perspectiva individual con otros de tipo contextual. Así, Hiscock et al. (2011), en una investigación sobre los programas de abandono del tabaco, utilizan un índice que incluye la propiedad y el tipo de la vivienda, la capacidad de pagar de los medicamentos recetados y estatus ocupacional con la residencia en un barrio degradado.

¹⁰ O, para ser más exactos, de la(s) persona(s) adulta(s) que encabeza(n) la familia. En ocasiones, se distingue entre indicadores paternos y maternos, en particular cuando se analiza estudios y ocupaciones.

te permiten despejar la incógnita de modo tajante, pues todavía no se dispone de la evidencia científica necesaria para inclinar la balanza en un sentido u otro. Las respuestas, además, tampoco pueden generalizarse, ya que el fenómeno de las drogodependencias es demasiado complejo para que una variable socioeconómica incida de la misma manera en el conjunto de la población, y con respecto a todas las sustancias y pautas de consumo. En coherencia con esta realidad, las propias investigaciones tienden a limitar su objeto de análisis a grupos y sustancias concretas.

2.1. Nivel de ingresos y consumo de drogas

Teniendo en cuenta esas precauciones, la mayor parte de los estudios examinados sí tienden a sostener que el nivel de ingresos individual y/o familiar guarda cierta relación con el consumo de drogas, al incidir sobre la probabilidad de iniciarse en el consumo, de mantener determinados consumos a lo largo del tiempo, de implicarse con mayor o menos facilidad en prácticas de riesgo o de abandonar las trayectorias de consumo ya iniciadas.

Efectivamente, la mayor parte de los estudios revisados muestran evidencias que permiten considerar el nivel de renta como un factor que ejerce determinada influencia sobre el consumo de drogas en sus distintas facetas, si bien en conjunción con otras variables o modulado por ellas. En la edad adulta, varias investigaciones coinciden en señalar que las personas con mayores ingresos tienden a beber con mayor frecuencia pero en menores cantidades, lo que, en principio, puede interpretarse como una pauta protectora directamente derivada de un mayor nivel de renta (o, con mayor probabilidad, de los elementos que subyacen a una mayor disposición de renta). Igualmente, parece haber cierto consenso en señalar las mayores dificultades que las personas con bajos ingresos encuentran para abandonar el tabaco.

2.1.1. La relación entre el nivel de ingresos familiar y los consumos adolescentes

Respecto al inicio del consumo y el consumo adolescente, merece la pena destacar el análisis elaborado por Blow et al. (2005) en el Reino Unido a partir de una submuestra de casi 6.000 individuos participantes en la *British Youth Panel*, por tratarse de una encuesta longitudinal y representativa a escala estatal. Los resultados de este estudio confirman la existencia de una relación inversa entre los ingresos familiares y el consumo de tabaco en adolescentes de entre de 11 y 18 años, relacionando una menor renta familiar con un mayor consumo adolescente; el mismo estudio señala, sin embargo, que el nivel educativo parental y, sobre todo, el consumo

parental ejercen una influencia más determinante que la renta sobre el consumo adolescente. Tras realizar un seguimiento a lo largo de varios años, se comprueba además que el aumento de los ingresos no implica un descenso de la probabilidad de consumo filial, sino que más bien parece darse el comportamiento opuesto.

Dos estudios de cohorte basados en la *Avon Longitudinal Study of Parents and Children* (ALSPAC), que en su primera encuesta recabó datos de 14.541 habitantes de ese condado inglés, defienden asimismo que los ingresos del hogar inciden en el consumo de drogas entre adolescentes. Según Melotti et al. (2011), habría una correlación directa, no inversa, entre la renta familiar y el uso tanto de alcohol (consumo reciente o intensivo) como de tabaco (consumo experimental o en los últimos seis meses). En un sentido similar, para Melotti et al. (2013), el nivel de renta familiar se asociaría positivamente con un mayor riesgo de consumo elevado y de consumo intensivo de alcohol entre las chicas, mientras que entre los chicos la asociación sería inversa y más débil.

La *Health Behavior in School-aged Children Survey* (HBSC)¹¹, una encuesta escolar periódica auspiciada por la OMS y realizada en más de treinta países, reconoce también la influencia de la renta familiar en el consumo adolescente, aunque con ciertos matices. Currie et al. (2008, cit. en Hiscock et al., 2012), en un artículo sobre la encuesta de 2005-2006, señalan que en casi la mitad de los países analizados el hecho de vivir en una familia menos pudiente se asocia de modo negativo y estadísticamente significativo con el consumo semanal de tabaco entre las chicas, mientras que entre los chicos tal efecto sólo se manifiesta en un grupo reducido de países. En cambio, Richter et al. (2007), en su interpretación de los datos sobre consumo de alcohol en la encuesta de 2001-2002, concluyen que el bienestar material del hogar y la ocupación parental apenas influyen en el consumo de alcohol (frecuencia y borracheras) de los/as hijos/as al inicio de la adolescencia (11, 13 y 15 años), en particular en lo que concierne a las chicas. Para los varones, en cambio, detecta que los chicos de familias con niveles de bienestar material bajo o medio tienen menor riesgo de consumir regularmente alcohol o de emborracharse con frecuencia, si bien tal nexo sólo presenta significatividad estadística en menos de la mitad de los países analizados.

Con todo, en la literatura revisada también hay estudios que niegan la correlación entre ingresos familiares y consumo adolescente. En este sentido, la encuesta escolar realizada en Dinamarca a chicas y chicos de entre 13 y 15 años (Stock et al., 2011), no encuentra una relación clara entre ambas variables.

¹¹ Véase <<http://www.hbsc.org>>.

Al margen de la situación económica familiar, el consumo adolescente sí parece guardar cierta relación con el dinero personal de que disponen chicas y chicos. En ese sentido, los resultados de una encuesta escolar realizada en Taiwán con adolescentes de entre 13 y 15 años (Chen et al., 2013) señalan que quienes administran más dinero mensual tienen un riesgo entre dos y cinco veces mayor de empezar a fumar y de convertirse en fumadores habituales. Otro estudio escolar, desarrollado en Escocia con alumnado de 11, 13 y 15 años (West et al., 2007), corrobora el efecto de ese indicador socioeconómico, si bien detecta diferencias aún más importantes en función del estatus ocupacional familiar: en los hogares donde éste era mayor, la cantidad de dinero en manos del chico o chica estaba fuertemente relacionada con el consumo de tabaco, pero esto no sucede en las familias con menor estatus ocupacional. Además, se daba la circunstancia de que las chicas y chicos de estas últimas familias eran –paradójicamente– quienes tenían más dinero de bolsillo y quienes destinaban una mayor proporción de su renta personal a la compra de tabaco¹².

2.1.2. Ingresos económicos y consumo de drogas en la edad adulta

Por lo que se refiere al consumo en la edad adulta, el bienestar económico aparece a menudo como un factor de protección frente al consumo de drogas. Así, un estudio llevado a cabo en Italia con una muestra de unas cien mil personas mayores de 14 años revela una elevada correlación positiva entre la renta del hogar y el consumo de tabaco, ya sea actual o a lo largo de la vida (razón de posibilidades¹³ de 0,897 y 0,812, respectivamente). En este mismo sentido, Patrick et al. (2012), en un estudio longitudinal realizado en los EE.UU., a partir de una muestra de 1.203 personas, señalan que las situadas en el cuartil de ingresos más elevados y con mayor nivel educativo parental contaban con mucha menor probabilidad de haber consumido marihuana recientemente. Sin embargo, esta misma investigación también indica que las mujeres de familias de renta media tenían mucha mayor probabilidad de consumo actual de marihuana o alcohol. Los resultados de una encuesta representativa en diez provincias de Canadá (Kairouz y Nadeau, 2007) también ofrecen un diagnóstico ambivalente sobre la capacidad protectora del bienestar económico, en especial cuando los resultados se analizan desde el punto de vista del género: quienes más bebían eran los hombres con mayor nivel económico; y quienes más fumaban, mujeres con bajos ingresos.

¹² El artículo sugiere que ello se debería a que los/as adolescentes de clases bajas probablemente utilizan más vías informales (padres/madres, hermanos/as, amistades) para conseguir tabaco, de modo que obtienen cigarrillos gratis o a bajo precio con relativa facilidad.

¹³ La razón de posibilidades o riesgo relativo (*odds ratio* en inglés) es un indicador estadístico que expresa la probabilidad de que el fenómeno estudiado, comparado con otro contrario, sea o no producto del azar. En este caso, las cifras muestran que hay una correlación nítida entre el nivel educativo y el consumo de esas sustancias.

2.1.3. Influencia de la situación económica sobre los patrones de uso: frecuencia, intensidad, consumos de riesgo y abandono del consumo

Varios de los estudios examinados ponen de relieve la asociación del nivel de ingresos no tanto con el uso de drogas en general, sino con la frecuencia del consumo y la cantidad consumida en particular. Por ejemplo, Casswell et al. (2003) afirman que la renta era la variable socioeconómica que más nítidamente explicaba la frecuencia de consumo juvenil de alcohol en Nueva Zelanda (bebían más a menudo quienes tenían mayor renta), pero que dicha variable no se asociaba a la cantidad consumida. Tomando como base tres encuestas representativas a escala nacional llevadas a cabo en ese mismo país, Huckle et al. (2010) observan que el sentido de la correlación entre ingresos y consumo de alcohol era inverso en el caso de la cantidad, pero directo en el caso de la frecuencia, de forma que las personas de mayor renta bebían menos en cada ocasión, pero con mayor frecuencia que quienes disponían de menores ingresos. Keyes y Hasin (2008) obtienen conclusiones similares a partir de una encuesta representativa a escala nacional realizada en los EE.UU.: las personas con mayores ingresos tenían más probabilidades de beber al menos una vez a la semana, pero consumían menos cantidad en cada episodio. El estudio constata asimismo una correlación inversa entre el nivel de renta y la probabilidad de padecer una adicción a otra sustancia, y una correlación directa entre aquella variable y la probabilidad de haber recibido un diagnóstico de consumo excesivo de alcohol (según el DSM-IV) el último año. Sin embargo, no hallan ningún nexo con el desarrollo de un consumo excesivo de alcohol una vez diagnosticado, ni con la gravedad de dicho consumo.

Por último, según un estudio longitudinal desarrollado con adolescentes y jóvenes estadounidenses (Mossakowski, 2008), el bajo nivel de ingresos representa un riesgo acumulativo, ya que vivir más de dos años en la pobreza o en desempleo involuntario entre los 14 y los 22 años aumenta la probabilidad de consumir alcohol de forma excesiva entre los 27 y los 35 años.

En cuanto a la incidencia de la renta en el abandono del consumo, los resultados de un estudio prospectivo realizado sobre una submuestra representativa de la población australiana (Siahpush y Carlin, 2006) apuntan a que las personas fumadoras con mayores dificultades financieras (incapacidad de hacer frente a gastos básicos o posibles emergencias) tienen menos probabilidades de dejar el tabaco (en concreto, un 13% menos por cada unidad en que se incrementen esas dificultades); lo mismo sucede con las personas con menores ingresos, si bien en este caso la relación no es lineal. Además, este mismo estudio señala que las personas exfumadoras con mayores dificultades financieras tienen un 18% más de probabilidades de recaer en el hábito por cada unidad adicional de dificultades financieras, sin que exista una relación seme-

jante con el nivel de ingresos. Siahpush et al. (2006), por su parte, detectan que las personas con menores recursos económicos tienen mayor dependencia tabáquica, menor autoeficacia y menor intención de dejar de fumar, si bien este fenómeno se presenta únicamente en tres de los cuatro países examinados.

Analizando el abandono del tabaco en Estonia, Leinsalu et al. (2007, cit. en Schaap y Kunst, 2009) observan que las probabilidades de dejar de fumar son considerablemente menores entre las personas con rentas más bajas (razón de posibilidades de 0,45 para los hombres y de 0,64 para las mujeres). Por su parte, en un estudio clínico realizado con población afroamericana en los EE.UU., Kendzor et al. (2012) hallan que las personas con rentas superiores a 30.000 dólares anuales tienen más probabilidades de permanecer abstinentes a las 26 semanas. Finalmente, los resultados de un estudio longitudinal desarrollado en Canadá (Young-Hoon, 2012) apuntan a que las personas que incrementan sus ingresos por encima del umbral de la pobreza aumentan en un 28% la probabilidad de abandonar el tabaco, comparadas con las que permanecen en la pobreza, pero que no sucede lo mismo cuando el incremento de renta no supera ese nivel¹⁴.

Por otro lado, se han localizado varias investigaciones de interés sobre conductas de riesgo en el ámbito de las drogodependencias y su eventual nexa con el nivel de renta. Phung et al. (2003) consideran que la escasez de recursos financieros, junto con el bajo nivel educativo y el desempleo representan factores de riesgo del consumo de tabaco durante el embarazo en Australia, aunque con una correlación débil si se compara con el bajo nivel educativo y los bajos ingresos medidos a escala comunitaria. Sobre el policonsumo como factor de riesgo añadido, Kairouz y Nadeau (2007) detectan una mayor probabilidad de consumo simultáneo de tabaco y alcohol entre la población canadiense con menores ingresos, mientras que Keyes y Hasin (2008) consideran que las y los estadounidenses con mayor renta tienen menos probabilidades de ser diagnosticadas de patología dual.

2.1.4. Otras cuestiones: mortalidad y tabaquismo pasivo

La literatura en torno a la relación entre renta y consumo de drogas ha examinado con cierto detalle cuestiones como las analizadas en las páginas precedentes (inicio en el consumo, tasas de prevalencia, continuidad en el consumo, patrones de uso, etc.), pero también ha prestado

¹⁴ En este sentido, Fry y Pashardes (1988, cit. en Hausteine, 2006), en un informe sobre prevalencia del consumo de tabaco basado en el gasto de los hogares británicos, muestran que, cuando las familias con menor renta ven aumentados sus ingresos, aumentan también sus probabilidades de fumar.

una cierta atención a cuestiones más específicas, como por ejemplo, la mortalidad causada por las drogas o la exposición al humo de tabaco.

Así, en relación con la mortalidad causada por las drogas, un estudio finlandés (Mäkelä, 1999, cit. en Schmidt et al., 2010), indica que los ingresos personales y familiares, así como la propiedad de la vivienda –además de otros marcadores individuales de estatus socioeconómico– están correlacionados de forma estadísticamente significativa con la mortalidad causada por el consumo de alcohol y muestran un gradiente negativo respecto a ésta.

Finalmente, sobre el humo de tabaco ambiental, cabe señalar el estudio de Bolte y Fromme (2009), que sostienen que la exposición de las niñas y niños de 5 a 7 años residentes en el estado alemán de Baviera a ese producto cancerígeno está claramente condicionada por el estatus socioeconómico familiar. Así, este artículo pone de manifiesto que los hijos e hijas de familias en situación de pobreza relativa tenían un mayor riesgo de respirar humo de tabaco en sus casas y en coches, y un menor riesgo de hacerlo en establecimientos de hostelería. Además, en sus domicilios era menos probable que las personas adultas fumaran exclusivamente en la terraza o balcón, o se abstuvieran de hacerlo delante de los pequeños.

2.2. El nivel de estudios

Así como la asociación entre el nivel de renta y el consumo de drogas sólo puede afirmarse con cautela y muchos matices, la literatura revisada parece proporcionar suficientes evidencias científicas para defender la existencia de una correlación bastante clara entre el nivel de estudios y el consumo de drogas. El aporte más significativo en esta línea es el de Schaap y Kunst (2009), quienes revisan de forma sistemática 70 investigaciones sobre desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco publicadas desde 1990; estos autores llegan a la conclusión de que nivel educativo es un factor explicativo “clave”, aunque otros componentes del estatus socioeconómicos ejerzan también una influencia independiente al respecto:

“Todos los indicadores socioeconómicos mostraban asociaciones independientes y estadísticamente significativas con la conducta fumadora (aunque no en todas las poblaciones). [...] Los riesgos relativos medios (calculados para todos los artículos utilizando riesgos relativos) de la probabilidad de fumar de las personas con menor estatus socioeconómico comparada con la de las personas con mayor estatus socioeconómico para estudios, ingresos y clase ocupacional eran de 2,14, 2,09 y 2,26, respectivamente. En una serie de estudios basados en análisis multivariante, sin embargo, la educación a

menudo parecía tener una mayor influencia independiente que la clase ocupacional y los ingresos” (ibídem: 104-105).

En efecto, la literatura revisada permite afirmar la existencia de una asociación patente entre el nivel educativo y el consumo de drogas, y son pocos los estudios que concluyen en sentido contrario. La mayor parte de las investigaciones muestran una correlación entre el bajo nivel educativo y la mayor probabilidad de uso de drogas a lo largo de todo el ciclo del consumo, y hay unanimidad a la hora de relacionarlo con una mayor prevalencia de conductas de riesgo y daños derivados de su consumo.

2.2.1. Nivel educativo familiar y consumo adolescente

Todos los estudios consultados que examinan la influencia del nivel de estudios en las pautas adolescentes de consumo de drogas coinciden en señalar que tales conductas están ampliamente condicionadas por el nivel educativo de la familia de origen (es decir, de la madre, del padre o el más alto de ambos), así como por el propio en algunos casos. Por ejemplo, en una encuesta longitudinal, realizada en el Reino Unido, Blow et al. (2005) observan una asociación inversa entre el nivel educativo familiar y el consumo adolescente de tabaco; en este caso, la asociación sería más fuerte que la existente con el nivel de ingresos, pero menos que la detectada con el consumo parental de esa misma sustancia. Sin embargo, el nivel educativo familiar no siempre actúa como factor de protección: un alto nivel de estudios parental se asocia con tasas más altas de consumo intensivo de alcohol, de marihuana y de cocaína en una encuesta escolar longitudinal realizada a alumnado de secundaria en los EE.UU. y representativa a escala nacional (Humensky, 2010).

Un alto nivel educativo de la madre protege frente al inicio temprano del consumo (a los 11 años o antes) en la lectura que Melotti et al. (2013) llevan a cabo de otro estudio longitudinal, esta vez desarrollado en el condado inglés de Avon. Basándose en la misma fuente estadística, Melotti et al. (2011) destacan que un alto nivel de estudios de la madre se traduce en un menor riesgo de consumo de alcohol y tabaco entre las hijas e hijos de 13 años. En esta misma línea, Kandel et al. (2009) señalan que el bajo nivel educativo materno incrementa el riesgo del consumo de tabaco de los/as hijos/as, así como de que éstos/as muestren comportamientos antisociales o sufran ansiedad o depresión. Por lo que se refiere al nivel de estudios paterno, Gil-Lacruz y Gil-Lacruz (2013) afirman que las hijas e hijos de padres con estudios secundarios tienen más probabilidades de beber, aunque la capacidad predictiva de este factor es inferior a la del consumo paterno.

En cuanto al nivel educativo propio, Legleye et al. (2011) analizan una encuesta representativa de la población francesa de 17 años y concluyen que repetir curso y abandonar prematuramente el sistema educativo predicen el uso diario de tabaco (riesgo relativo ajustado de 2,0 y 2,37, respectivamente) y de cannabis (riesgo relativo ajustado de 4,58 y 2,07, respectivamente).

2.2.2. Nivel educativo y consumo en la edad adulta

En la literatura examinada para este informe, hay numerosas pruebas de la influencia del nivel educativo en el consumo de drogas durante la etapa adulta, sobre todo en lo concerniente al tabaco. Además de la revisión de Schaap y Kunst (2009), ya mencionada, Wagenknecht et al. (1990, cit. en Haustein, 2006) consideran que el nivel de estudios guarda una correlación inversa con el consumo de tabaco de la muestra analizada, y que además el distinto nivel educativo explica en gran medida las diferencias de consumo existentes entre grupos ocupacionales. El análisis de Huisman et al. (2012) sobre una encuesta en la región neerlandesa de Eindhoven también pone de relieve que el nivel educativo está relacionado de forma gradual, sólida e inversa con el consumo diario de tabaco, si bien ese nexo se atenúa considerablemente cuando en el modelo explicativo se introducen otras variables. En Italia (Semyorov et al., 2012), el alto nivel de estudios –junto con los ingresos elevados– se revela como factor de protección frente al consumo experimental y actual. En Francia (Peretti-Watel et al., 2009), el bajo nivel educativo está correlacionado con el consumo actual. En Finlandia, por su parte, un estudio longitudinal (Kivimaki et al., 2003, cit. en Haustein, 2006) indica que el consumo de tabaco se concentra entre las personas con menor nivel educativo, en especial, entre las mujeres. Y en Estonia, los datos de Leinsalu et al. (2007, cit. en Schaap y Kunst, 2009) confirman el nivel de estudios como la variable socioeconómica más estrechamente relacionada con la probabilidad de haber utilizado esa sustancia a diario a lo largo de la vida.

El consumo de alcohol también aparece asociado al nivel educativo en un análisis comparativo de encuestas realizadas en quince países –la mayoría, con muestras a escala estatal– (Bloomfield et al., 2006). En concreto, el consumo abusivo es más probable entre los hombres con menor nivel educativo en la mayoría de países, pero en los Países Bajos, Francia, Suiza y Austria son las mujeres con bajo nivel formativo quienes presentan mayor riesgo. En cuanto al consumo intensivo, entre las mujeres apenas hay diferencias significativas, mientras que entre los hombres se observa una correlación negativa y gradual en varios países en función del nivel de estudios alcanzado.

El nivel educativo medido en determinado momento puede asimismo influir posteriormente en el consumo de drogas, según confirman dos investigaciones longitudinales que analizan esta cuestión. Jefferis et al. (2003), en un estudio prospectivo llevado a cabo en el Reino Unido, muestran que las personas encuestadas con menor nivel educativo a los 23 años tenían mayor probabilidad de fumar a los 41 años, y que esta tendencia era más fuerte entre los hombres que entre las mujeres. Además, observan que, en el caso de los varones, el nivel de consumo de tabaco durante la adolescencia modifica el efecto del nivel educativo: aquellos hombres con mayor nivel educativo que a los 16 años fumaban en menor cantidad tenían menor probabilidad de seguir fumando a los 41; pero aquellos que a los 16 años fumaban en mayor cantidad tenían una probabilidad similar de continuar fumando a los 41, fuera cual fuese su nivel de estudios. Patrick et al. (2012), por su parte, examinan una encuesta longitudinal estadounidense y llegan a la conclusión de que las personas procedentes de familias con mayor nivel educativo tenían menor probabilidad de fumar, mayor probabilidad de consumir alcohol de modo excesivo, y menor probabilidad de consumir marihuana en ese momento o de haberlo hecho recientemente.

2.2.3. Nivel educativo y pautas de consumo: frecuencia, intensidad, abandono y consumos de riesgo

Algunas de las investigaciones consultadas para este informe bibliográfico tratan de dilucidar la relación entre el nivel de estudios y la frecuencia y cantidad del consumo. De acuerdo con Casswell et al. (2003), los jóvenes varones neozelandeses de 18 años con mayor nivel educativo bebían significativamente con menor frecuencia (riesgo relativo de -0,44) que sus coetáneos con menos estudios, si bien esa correlación no se daba entre las mujeres, ni en edades posteriores. Además, las personas con mayor nivel educativo bebían en menor cantidad, al margen de su sexo y edad. Según Huckle et al. (2010), habría una correlación directa entre el nivel de estudios, por un lado, y la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, por otro.

La correlación entre el nivel educativo y el abandono del consumo ha sido ampliamente investigada en el caso del tabaco. Un estudio desarrollado en Canadá entre personas mayores de 14 años (Corsi et al., 2013) pone de manifiesto que las personas de mayor nivel educativo cuentan con mayores probabilidades de dejar esa sustancia, especialmente si son mujeres. Otra investigación canadiense (Young-Hoon, 2012), en cambio, no encuentra una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios y el abandono del hábito de fumar. Y un estudio realizado en Australia (Siahpush y Carlin, 2006), por su parte, considera que hay pocas evidencias que vinculen el nivel de estudios con el abandono y con la recaída

Sin embargo, las investigaciones llevadas a cabo en nuestro contexto más cercano revelan una estrecha correlación entre ambas variables. Así, el examen longitudinal de las Encuestas Nacionales de Salud españolas de entre 1987 y 1997 realizado por Fernandez et al. (2001) muestra una creciente brecha de género en el consumo de tabaco, que se relaciona con pautas de abandono del tabaco determinadas por el nivel de estudios: entre los hombres, las tasas de abandono han aumentado de forma generalizada, pero especialmente entre los de mayor nivel educativo; entre las mujeres, en cambio, ese incremento sólo ha tenido lugar entre las de mayor nivel educativo. Los resultados de las Encuestas de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca realizadas entre 1986 y 2007 apuntan en la misma dirección. Como explican Bacigalupe et al. (2010 y 2011), el consumo masculino ha caído en todas las categorías de nivel educativo, sobre todo en la más alta; el consumo femenino, por el contrario, se ha reducido principalmente entre las mujeres con mayor nivel educativo, con un ligero descenso entre las que sólo tienen estudios primarios o inferiores a partir de 1997. En consecuencia, ha aumentado el índice relativo de desigualdad.

En lo que concierne a las diferencias educativas en el abandono de otras sustancias, cabe señalar el estudio de Miech y Chilcoat (2007) sobre el descenso de la prevalencia de consumo de cocaína y marihuana en los EE.UU. durante la década de 1990. Según sus autores, ese fenómeno se debería principalmente a que las personas con mayor nivel educativo dejaron de consumir tales sustancias (es decir, cesaron en mayor medida su uso, una vez iniciado, o se incorporaron a él en menor medida), una tendencia que se vería reforzada por el hecho de que las personas que se incorporaron a ese hábito tuvieran, en su mayor parte, un menor nivel de estudios.

La literatura revisada ofrece también evidencias de que el nivel de estudios guarda relación con las conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas o con las consecuencias de éste. Empezando por el uso de tabaco, el bajo nivel educativo aparece como factor de riesgo de consumo durante el embarazo en investigaciones realizadas en Australia (Phung et al., 2003) y los EE.UU. (Kandel et al., 2009). En esta última, además, el consumo durante la gestación aumenta de forma independiente el riesgo de que la descendencia fume, y presente comportamientos antisociales o problemas de ansiedad o depresión. Por lo que se refiere al humo ambiental, merecen atención los resultados de un estudio alemán (Bolte y Fromme, 2009), que señalan que el bajo nivel educativo parental aumenta de forma muy considerable la probabilidad de que las y los niños de 5 a 7 años estén expuestos al humo de tabaco tanto en su domicilio como en coches (entre las personas de menores ingresos, el riesgo relativo ajustado es de 3,94 y 5,00, respectivamente), pero no así en establecimientos de hostelería –donde el riesgo aparece asociado al desempleo y la pobreza relativa–. Además, las familias con bajo nivel de estudios parental donde se fuma se preocupan menos de hacerlo exclusivamente en el balcón o la terraza, o

de evitar hacerlo en el interior de casa en presencia de niños/as (entre las personas de menores ingresos, el riesgo relativo ajustado es de 0,48 y 0,46, respectivamente).

En cuanto al alcohol, el bajo nivel educativo es señalado por un estudio finlandés (Mäkelä, 1999, cit. en Schmidt et al., 2010) como un factor que aumenta el riesgo de mortalidad asociada al consumo de esa sustancia, y una investigación neozelandesa (Huckle et al., 2010) señala que los hombres sin formación experimentan mayores consecuencias negativas derivadas de dicho consumo. Igualmente, el riesgo de problemas ligados al consumo de bebidas alcohólicas es más probable entre fineses, checos y húngaros con bajo nivel educativo, según el estudio internacional comentado anteriormente (Bloomfield et al., 2006).

El alcohol, junto con otras drogas, es objeto de análisis en un estudio sobre hombres que conducen bajo los efectos de estupefacientes realizado también en Finlandia. Según Karjalainen et al. (2011), el bajo nivel educativo es, de nuevo, un factor estrechamente asociado a esa conducta de riesgo. Sin embargo, entre los menores de 45 años, el nivel educativo intermedio está asociado a la conducción bajo los efectos de las benzodiazepinas y otras drogas, y de los cannabinoides y otras drogas distintas a las anfetaminas –policonsumo este que puede considerarse como un riesgo añadido–.

2.3. El estatus ocupacional

Las investigaciones sobre desigualdades en salud a menudo incluyen, entre las variables analizadas, la posición que el individuo –y, por extensión, la unidad familiar que encabeza o en la que se integra– tiene en el mercado de trabajo. Esta variable –a la que genéricamente se podría denominar estatus ocupacional– suele objetivarse frecuentemente mediante dos indicadores: la ocupación en sí (tipo de trabajo desempeñado según responsabilidades/funciones y nivel formativo requerido) y la posición respecto a la actividad productiva (empleado/desempleado, activo/inactivo). Aunque ambos factores no son excluyentes entre sí¹⁵, a efectos analíticos se tratará, en la medida de lo posible, de distinguir la influencia de uno y otro en el consumo de drogas.

A tenor de la literatura consultada, cabe señalar que existen suficientes evidencias que vinculan el estatus ocupacional con el consumo de drogas en general; esta afirmación debe en cualquier caso matizarse para las distintas etapas del ciclo de consumo, y existen discrepancias entre los

¹⁵ Por ejemplo, es relativamente frecuente que el escalón más bajo de las escalas ocupacionales se corresponda con el desempleo.

estudios analizados en relación con el sentido y la magnitud de tal relación. El nexo parece menos claro en lo que se refiere a la clase ocupacional y el inicio del consumo de drogas, un aspecto sobre el que los resultados obtenidos han sido contrapuestos y que seguramente se clarificaría con estudios adicionales. Por lo que respecta al consumo adulto, en cambio, la práctica totalidad de los estudios coinciden en asociarlo con el estatus ocupacional. Merece la pena destacar que la abrumadora mayoría de las investigaciones consultadas que han abordado la cuestión señalan al desempleo como un factor de riesgo frente al consumo de drogas. En torno al abandono y las conductas de riesgo, se observa también un amplio consenso, pues salvo excepciones, se atribuye a las personas con un bajo nivel de ocupación o en desempleo menores probabilidades de dejar el hábito de consumo y mayores consecuencias negativas asociadas a éste.

2.3.1. Estatus ocupacional familiar y consumo adolescente

La literatura examinada para este informe contiene evidencias enfrentadas en torno al influjo de la ocupación parental en el inicio del consumo de drogas por parte de la población adolescente. Así, los resultados de la *Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC)*, una encuesta longitudinal realizada en el Reino Unido, ponen de manifiesto que la ocupación paterna no está asociada con el inicio precoz (antes de los 12 años) del consumo de alcohol (Melotti et al., 2013), y que sólo lo está, de forma débil y positiva, con el consumo experimental de tabaco a los 13 años (Melotti et al., 2011). Otro estudio longitudinal, el *Health Behaviour in School aged Children*, llevado a cabo en 29 países de Europa y Norteamérica (Richter et al., 2007), concluye que la ocupación parental apenas incide en la ingesta de alcohol (frecuencia y borracheras) durante el inicio de la adolescencia (11, 13 y 15 años), si bien desvela una ligera correlación positiva entre la categoría ocupacional baja o media y el riesgo de emborracharse con frecuencia. El artículo sugiere que el consumo de alcohol adolescente podría estar más relacionado con otros factores y que quizá la influencia del estatus socioeconómico familiar en el consumo de alcohol puede aparecer más allá de la adolescencia.

Algunas investigaciones proporcionan, sin embargo, datos más consistentes a favor del nexo entre ocupación parental y consumo de menores de edad. En Francia, Legleye et al. (2011) sostienen que el riesgo de consumo experimental de tabaco se distribuye de forma equitativa entre las distintas ocupaciones, pero observan que las y los adolescentes de las clases sociales más bajas (salvo la dedicada a actividades agropecuarias) tienen más probabilidades de pasar a un consumo diario (riesgo relativo de 1,90 para los/as hijos/as de trabajadores/as manuales). Por lo que se refiere al cannabis, son las categorías ocupacionales más altas las que presentan mayor riesgo de consumo experimental, pero de nuevo las más bajas tienden en mayor proporción a

involucrarse en el consumo diario. El estudio de West et al. (2007) sobre escolares adolescentes residentes en Escocia apunta, en cambio, a que existe una estrecha relación inversa entre la clase ocupacional parental y el consumo de tabaco a los 11 años, pero que disminuye a los 13 y 15 años. Además, el dinero administrado de forma directa por la población adolescente del estudio –que, curiosamente, es mayor entre las chicas y chicos de las clases ocupacionales más bajas encuestados– atenúa el efecto de la ocupación parental a los 13 y 15 años. Tras percatarse de que las clases más altas son las que mayor parte de su dinero dedican a tabaco, el estudio plantea que tal vez se deba a que obtienen cigarrillos en mayor medida a través de vías informales (familiares y amistades).

Se han encontrado dos estudios que exploran el eventual vínculo entre el estatus ocupacional parental y el inicio del consumo de drogas. El de Legleye et al. (2011), mencionado anteriormente, concluye que las hijas e hijos de personas desempleadas o sin actividad laboral están entre los que mayores probabilidades tienen de consumir cada día tabaco y cannabis (riesgos relativos de 1,83 y 19,8, respectivamente). Además, el análisis de las Encuestas Escolares españolas sobre Drogas realizado por Gil-Lacruz y Gil-Lacruz (2013) concluye que el empleo materno es un factor de riesgo, pues aumenta la probabilidad de beber a los 17 años.

2.3.2. Estatus ocupacional y consumo de drogas entre personas adultas

En lo que respecta a las personas adultas, hay un amplio consenso en relacionar el estatus ocupacional con el consumo de drogas. La revisión sistemática de Schaap y Kunst (2009) presenta el bajo nivel ocupacional como el indicador socioeconómico más determinante del uso de tabaco entre personas adultas (riesgo relativo de 2,26), si bien en los análisis multivariantes cede ese puesto al nivel educativo. Como se ha comentado más arriba, Wagenknecht et al. (1990, cit. en Hausteijn, 2006) defienden que la clase ocupacional se asocia negativamente con el consumo de tabaco, pero que las desigualdades al respecto se explican en gran medida por diferencias en el nivel educativo.

El binomio empleo/desempleo también se ha relacionado con el uso de drogas en población adulta. Peretti-Watel et al. (2009), por ejemplo, detectan una creciente brecha socioeconómica en torno al consumo de tabaco en Francia, con descensos del 36% entre los/as directores/as ejecutivos y trabajadores/as especializados/as, y un 22% entre trabajadores/as manuales, pero no entre las personas en desempleo. Patrick et al. (2012), en su análisis longitudinal con jóvenes estadounidenses, encuentran que el alumnado de centros escolares tiene menor probabilidad

de fumar que las y los jóvenes que sólo trabajan. Por su parte, la revisión de Haustein (2006) identifica cinco estudios sobre este tema:

- Leino-Arjas *et al.* (1999) detectan un mayor riesgo de consumo excesivo de tabaco y alcohol, así como un mayor consumo de drogas psicotrópicas, en hombres en desempleo en el sector de la construcción en Finlandia.
- En una investigación longitudinal, realizada en Suecia, Reine *et al.* (2004) concluyen que el desempleo persistente conduce a un mayor consumo de cigarrillos.
- Whooley *et al.* (2002) señalan que en los EE.UU. las personas en desempleo fuman más que las que tienen empleo.
- Otras investigaciones (Novo, Hammarstrom y Janlert, 2000; Janlert, 1997) sostienen que las personas jóvenes que se quedan sin trabajo aumentan su consumo de cigarrillos.

Sin embargo, no toda la literatura examinada defiende la existencia de una correlación reseñable entre empleo/desempleo y uso de drogas en personas adultas. En Italia, el estudio de Semyorov *et al.* (2012) sobre desigualdades socioeconómicas y consumo de tabaco reconoce el desempleo como un factor de riesgo, pero de muy escasa influencia. Y en Canadá, Young-Hoon (2012) no observan diferencias entre personas empleadas y desempleadas en relación con el hábito tabáquico, pero consideran que las personas ‘al margen de la fuerza laboral’ (por motivos de salud) tienen menos probabilidades de fumar que las empleadas.

La posición ocupacional también se ha analizado desde una perspectiva intergeneracional. Una investigación británica (Lacey *et al.*, 2011) concluye, en este sentido, que la ocupación paterna incide de modo notorio en el consumo de tabaco de las hijas e hijos a los 42 años, con el que guarda una correlación positiva, aunque en menor medida que algunas variables psicoeducativas. Un estudio realizado en el sur de Suecia (Lindström *et al.*, 2013), por su parte, identifica una mayor probabilidad de consumir entre personas prejubiladas (que cuentan con el mayor riesgo relativo: 3,32 para los hombres y 2,34 para las mujeres) y aquellas adscritas a las categorías ocupacionales más bajas (incluidas las desempleadas).

Además, en la literatura examinada se han identificado dos estudios sobre el influjo que la ocupación parental en la primera etapa de la vida podría ejercer en el consumo adulto. Una encuesta longitudinal danesa (Andersen *et al.*, 2008) muestra un nexo débil y estadísticamente no significativo entre la ocupación parental de los varones a los 15 años y su consumo excesivo de alcohol a los 19 años. Por su parte, el seguimiento de una cohorte en Gran Bretaña (Jefferis *et al.*, 2003) pone de manifiesto que la ocupación paterna durante la adolescencia puede repercu-

tir en el consumo adulto: en concreto, la probabilidad de fumar a los 23 y 33 años es mayor si a los 16 el padre se adscribía a una categoría ocupacional baja.

2.3.3. Estatus ocupacional y pautas de consumo

Como ocurría en el caso del nivel de ingresos y el nivel educativo, existen evidencias claras que asocian el estatus ocupacional con la frecuencia y cantidad del consumo. Así, por ejemplo, Huckle et al. (2010) observan en Nueva Zelanda que las personas en desempleo beben en mayor cantidad, y que las personas con alto nivel ocupacional lo hacen con mayor frecuencia. A ese respecto, un estudio longitudinal realizado en ese mismo país con datos de consumo a los 18, 21 y 26 años (Casswell et al., 2003) halla diferencias únicamente entre las mujeres: las que tenían un bajo nivel ocupacional bebían con mayor frecuencia y en mayor cantidad que sus coetáneas de alto nivel ocupacional; además, las mujeres en desempleo eran las que más cantidad bebían a los 18 y 21 años, y las que menos a los 26. Otro estudio longitudinal realizado entre adolescentes y jóvenes en los EE.UU. (Mossakowski, 2008) muestra que la duración del desempleo está positivamente correlacionada con el abuso de alcohol y la frecuencia de esta pauta de consumo; observa también un efecto acumulativo, según el cual la probabilidad de consumo abusivo y su frecuencia se incrementan cuando el desempleo se prolonga más de dos años (consecutivos o no).

En lo que se refiere al abandono del consumo, la literatura analizada confirma, en general, que las personas de las clases ocupacionales más bajas o en desempleo tienen menos probabilidades de dejar el uso de drogas. Las investigaciones de Bacigalupe et al. (2010 y 2011) sobre el consumo de tabaco en las Encuestas de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca son muy ilustrativas al respecto: el abandono es más frecuente entre las categorías ocupacionales más altas, en especial entre las mujeres, lo que ha derivado en un creciente índice relativo de desigualdad. Por su parte, los resultados del *English Smoking Toolkit* (Kotz y West, 2009, cit. en Hiscock et al., 2012) no muestran diferencias en la prevalencia de los intentos de abandono del tabaco según posición social, pero sí un gradiente social en el éxito de los intentos realizados: entre quienes intentaron dejar esa sustancia el año pasado, lo consiguieron el 20,4% de las personas de las categorías ocupacionales más altas, frente al 11,4% de las de la categoría inferior. Según Fagan et al. (2007, cit. en Hiscock et al., 2012), las y los trabajadores manuales estadounidenses en desempleo tienen menos probabilidades de dejar el tabaco que sus homónimos no manuales, y a una conclusión similar llegan Kendzor et al., 2012, en un estudio clínico desarrollado en los EE.UU., respecto a las personas afroamericanas en desempleo frente a las empleadas. En sentido contrario a estas investigaciones, el estudio de Siahpush y Carlin, 2006 sobre el consumo de

tabaco en Australia concluye señalando la falta de evidencias que vinculen la ocupación con el abandono y la recaída.

El estatus ocupacional se ha asociado igualmente a una mayor incidencia de las conductas de riesgo en el consumo de drogas, así como a una mayor prevalencia de los daños que éste ocasiona. En lo que concierne a la categoría ocupacional, el trabajo de Fidler *et al.* (2008, cit. en Hiscock *et al.*, 2012) sobre el *English Smoking Toolkit* revela que las personas fumadoras de las categorías ocupacionales más bajas (incluidas las personas en desempleo) poseen concentraciones de cotinina superiores a las de las personas con una categoría ocupacional más elevada, incluso cuando los datos se ajustan para el consumo diario de cigarrillos¹⁶. Según Huckle *et al.* (2010), las personas con ocupaciones poco remuneradas residentes en Nueva Zelanda tienen mayores probabilidades de sufrir consecuencias negativas por el consumo de alcohol. La mortalidad también se ha relacionado con la clase ocupacional: en el estudio de Mäkelä (1999, cit. en Schmidt *et al.*, 2010), esta variable muestra un gradiente negativo respecto a la mortalidad por consumo de alcohol –lo mismo que otras variables socioeconómicas individuales– y la investigación de Najman *et al.* (2008) en Australia pone de relieve que los trabajadores manuales presentan una mortalidad por consumo de drogas muy superior a los trabajadores no manuales. Respecto a la conducción bajo los efectos de las drogas, un estudio finlandés (Phung *et al.*, 2003) evidencia que, entre los hombres menores de 45 años, el estatus ocupacional elevado está asociado a la conducción bajo los efectos de las anfetaminas y otras drogas.

El estudio de Bolte y Fromme (2009) sobre la exposición de niños/as al humo de tabaco ambiental en Baviera (Alemania) clasifica el desempleo entre los factores de riesgo, dado que los/as hijos/as de progenitores fumadores y en paro tienen mayor probabilidad de estar expuestos/as al humo de tabaco ambiental en casa y en el coche, y sus progenitores, mayor probabilidad de no seguir la norma de fumar exclusivamente en el balcón o la terraza, ni la de no fumar en el interior de la vivienda en presencia de los/as niños/as. En la investigación de Phung *et al.* (2003), el desempleo se revela también como un factor de riesgo de consumo de tabaco durante el embarazo, pero de forma débil. Por lo que se refiere a la conducción bajo los efectos de las drogas, Karjalainen *et al.* (2011) señalan que en Finlandia el desempleo o el cobro de pensiones por discapacidad están fuerte o muy fuertemente correlacionados con la probabilidad de que un hombre conduzca después de haber tomado estupefacientes (en concreto, benzodiazepinas solas, benzodiazepinas y alcohol, anfetaminas y otras drogas, y cannabinoides y otras drogas

¹⁶ Este fenómeno se ha relacionado con diferencias en la forma de fumar (lo que en inglés se ha denominado *smoking topography*): “hoy día está ampliamente admitido que las personas fumadoras modifican su modo de fumar para regular la cantidad de nicotina que circula en su cuerpo y adaptarlo al nivel que necesitan (Strasser *et al.*, 2007). Esta conducta compensatoria se consigue variando el número de caladas, el volumen de cada una de ellas y el intervalo entre ellas, lo mismo que cubriendo el filtro del cigarrillo para reducir la ventilación de la corriente lateral de aire” (Hiscock *et al.*, 2012: 109).

distintas a las anfetaminas). Finalmente, los resultados de Huckle et al. (2010) ponen de manifiesto que estar en desempleo o ser estudiante aumenta la probabilidad de experimentar consecuencias negativas por el consumo de alcohol.

3. LA PERSPECTIVA CONTEXTUAL

El epígrafe anterior ha puesto de manifiesto cómo la posición socioeconómica de un individuo y de su familia de origen pueden incidir en su consumo de drogas. Sin embargo, el comportamiento de las personas está condicionado igualmente por el contexto más amplio en el que se desenvuelven, ya sea el distrito escolar donde estudian, o el barrio o la entidad territorial donde residen. Por consiguiente, factores como las condiciones materiales del entorno, su grado de cohesión social o los niveles medios de renta, educación u ocupación también se han analizado en relación con el consumo de drogas.

Después de examinar el influjo de los factores individuales en esa conducta, en este apartado se hará lo propio con los factores del entorno o contextuales. En concreto, se estudiará la relación entre dicho consumo y:

- Las características del vecindario o lugar de residencia no estrictamente relativas a la privación socioeconómica, como el tipo de hábitat residencial (urbano/rural), la percepción sobre el barrio y sus habitantes, y la concentración de determinados tipos de establecimientos, como los de venta de alcohol y tabaco.
- Los marcadores socioeconómicos del contexto de residencia, es decir, su situación de ventaja o desventaja social en función de indicadores relacionados con la realidad socioeconómica.
- Los indicadores relativos a la desigualdad de una sociedad o realidad territorial determinada, así como el impacto de los ciclos macroeconómicos en las pautas de consumo de drogas.

Habitualmente, la investigación sobre desigualdades en salud ha abordado la escala contextual mediante dos modelos teóricos básicos (Diez Roux, 2003). El modelo ecológico, que toma los grupos como unidades de análisis, resulta apropiado para explicar las variaciones entre éstos. El modelo multinivel, en cambio, centra su atención tanto en los grupos como en los individuos, lo cual permite:

- “Examinar la variabilidad de resultados entre barrios y dentro de cada barrio, así como el grado en que la variabilidad entre barrios depende de variables individuales y de barrio” (ibídem: 54).
- “Estimar la asociación de las características del barrio con los resultados a escala individual, tras ajustar por variables de confusión de escala individual” (*loc. cit.*), normalmente indicadores socioeconómicos individuales.

En este apartado, se procurará distinguir ambos tipos de estudios y se dará preferencia a los multinivel, pues se consideran más adecuados para responder a las cuestiones planteadas en el presente informe y, coinciden, además, con la metodología utilizada en la segunda parte de este informe. La selección documental incluye también estudios realizados desde una perspectiva individual si contienen alguna variable contextual con resultados relevantes, por ejemplo, diferencias en la prevalencia de consumo por hábitat de residencia.

3.1. Las características del territorio de residencia: la importancia del barrio

Más allá de los indicadores clásicos de desigualdad que operan a escala contextual –nivel de renta, nivel educativo y estatus ocupacional de la población residente, que se examinarán en el epígrafe siguiente–, las investigaciones contextuales sobre consumo de drogas han hallado múltiples variables asociadas a la configuración del entorno de residencia, esto es, el barrio o el vecindario en el que las personas han crecido y/o residen. Algunas de las características socioeconómicas del entorno son fáciles de objetivar, como el carácter rural o urbano de un territorio determinado o la distribución espacial de los establecimientos de venta de alcohol y tabaco; otras, en cambio, tienden a definirse en términos subjetivos, como las relacionadas con las condiciones materiales del entorno o los niveles de cohesión social.

La Tabla 1 sintetiza las principales características del vecindario o la comunidad de referencia¹⁷ que aparecen en la literatura consultada, bien sea para asociarlas con el uso de sustancias adictivas, bien para descartar dicha relación. Dichos factores aparecen agrupados en lo que no pretende ser sino una clasificación tentativa.

¹⁷ A veces se utilizan escalas diferentes al barrio, como el condado (Steen, 2010) o el distrito escolar (Mistry et al., 2011). En nuestro entorno, y en el análisis realizado en la segunda parte de este informe, se ha recurrido también frecuentemente al análisis de las secciones censales, debido a la disposición de datos estadísticos derivados del Censo de Población y Viviendas relativo a este tipo de unidades territoriales.

Tabla 1. Variables del entorno examinadas en la literatura consultada en relación con el uso de drogas, según categorías y resultados obtenidos

Categoría	Variables (y estudios donde aparecen)		
	Correlación positiva	Correlación negativa	Ausencia de correlación
Entorno de referencia (barrio o condado de residencia, distrito escolar)	medio urbano (Bolte y Fromme, 2009; Harrop y Palmer, 2002 [cit. en Shaw et al., 2007]), medio urbano o semiurbano (Karjalainen et al., 2011), medio urbano (Mistry et al., 2011)	medio rural (Stock et al., 2011)	medio urbano (Forsyth y Barnard, 1999 [cit. en Shaw et al., 2007]), medio rural (ibídem)
Condiciones materiales del entorno	edificios abandonados (Steen, 2010), 'desorden en el barrio' (Kuipers et al., 2012)		
Disponibilidad	densidad de establecimientos de venta de tabaco (Mistry et al., 2011), densidad de establecimientos de venta de alcohol (Gruenewald et al., 1993; Gruenewald y Treno, 2000 [cits. en Schmidt et al., 2010]), percepción de la facilidad de acceso a una sustancia (Steen, 2010), fácil acceso a tabaco barato en el mercado ilegal (Stead et al., 2001; Shohaimi et al., 2003 [cits. en Kunst, 2007])		densidad de establecimientos de venta de alcohol (Snedker y Herting, 2008; McKinney et al., 2012), distancia al establecimiento de venta de alcohol más cercano (Snedker y Herting, 2008)
Cohesión social	cohesión social (Kuipers et al., 2012, Lin et al., 2012), vecinos con quienes poder hablar (Steen, 2010), apoyo social (Williams y Latkin, 2007)		existencia de clubes juveniles (Steen, 2010), redes sociales (Huisman et al., 2012), cohesión social (Huisman et al., 2012)
Normativa y políticas	insuficientes programas de apoyo (Stead et al., 2001; Shohaimi et al., 2003 [cits. en Kunst, 2007])		
Marketing	exposición a la publicidad (Jernigan, 1997, cit. en Schmidt et al., 2010)		
Cultura	cultura fumadora (Stead et al., 2001; Shohaimi et al., 2003 [cits. en Kunst, 2007])		

La información recogida en la tabla permite comprobar tanto la diversidad de efectos detectados como la falta de patrones universales. En este sentido, una misma variable puede correlacionarse positivamente con el uso de determinada droga o variable de consumo en cierto grupo sociodemográfico; actuar en sentido contrario respecto a otra sustancia, pauta de consumo o grupo; y no presentar ninguna significación estadística en un contexto diferente.

3.1.1. Inicio del consumo

Son varias las características del entorno de referencia que se han asociado al inicio del consumo de drogas. En cuando al alcohol, el elevado número de incumplimientos de la normativa sobre la venta de esta sustancia en un determinado barrio se relaciona positivamente con el consumo adolescente en Seattle (EE.UU.); por el contrario, la densidad de establecimientos de venta de alcohol no está ligada con dicho consumo, a diferencia de lo que sucede entre la población adulta (Snedker y Herting, 2008). En Dinamarca, vivir en zonas rurales aparece como un factor de riesgo de iniciación temprana del consumo de alcohol (Stock et al., 2011), pero el entorno de residencia no se asocia con el consumo de esta sustancia ni de ninguna otra en el estudio de Forsyth y Barnard realizado en Escocia (1999, cit. en Shaw et al., 2007).

El consumo experimental de tabaco, por su parte, se relaciona de modo positivo, aunque con mínima significación estadística, con la densidad de establecimientos de venta de tabaco en el distrito escolar en California (EE.UU.) [Mistry et al., 2011]. Y en lo que respecta al cannabis, otro factor contextual, la ‘desorganización social/criminalidad’, explica una parte, aunque bastante pequeña, de la variabilidad de consumo reciente de cannabis en una muestra de adolescentes representativa a escala federal en los EE.UU. (Wright et al., 2007).

Cabe reseñar aquí también el estudio de Steen (2010) sobre el influjo de variables contextuales en el consumo adolescente de alcohol, tabaco y marihuana entre escolares de Florida (EE.UU.). A escala de condado, sus resultados apuntan a que la percepción sobre la facilidad de acceso a las sustancias está correlacionada de forma positiva con el consumo de drogas y explica el 55% de la varianza en el uso del alcohol, el 62% en el uso del tabaco y el 80% en el uso de la marihuana. La presencia de edificios abandonados sólo se asocia con un mayor riesgo de consumo de alcohol y tabaco; la existencia de ‘vecinos con quienes poder hablar’, con el menor riesgo de consumo de alcohol; y por último, el hecho de disponer de clubes juveniles no guarda correlación con ningún tipo de consumo.

3.1.2. Consumo adulto y abandono

La literatura consultada incluye algunas evidencias sobre la relación entre los factores contextuales y el consumo de tabaco. En Francia, la probabilidad de fumar es mayor entre quienes habitan en viviendas pequeñas en entornos ruidosos y estresantes (Peretti-Watel et al., 2009). En Nueva Zelanda, los datos apuntan en otro sentido, pues la cantidad de cigarrillos consumidos se incrementa en un 18% en los barrios con mayor cohesión social (Lin et al., 2012). Por último,

en los Países Bajos ni las redes sociales ni la cohesión social parecen asociadas al uso del tabaco (Huisman et al., 2012).

En lo que concierne al alcohol, Kuipers et al. (2012) sostienen que vivir en un barrio neerlandés poco cuidado o percibido como desagradable o peligroso se asocia a una elevada probabilidad de consumo abusivo por parte de las mujeres (riesgo relativo de 3,72 de tomar al menos 27 bebidas alcohólicas por semana), pero no de los hombres. El consumo abusivo de éstos, en cambio, es un poco más probable, según este mismo estudio, en barrios con una cohesión social moderada (riesgo relativo de 1,29 de tomar al menos 21 bebidas alcohólicas por semana). Por otro lado, la investigación llevada a cabo por McKinney et al. (2012) en los EE.UU. no observa ningún nexo entre la densidad de establecimientos de venta de alcohol del barrio, y el consumo intensivo.

En cuanto al abandono del consumo, Kunst (2007: 89) señala, citando los estudios de Stead et al. (2001) y Shohaimi et al. (2003) que “las oportunidades de dejar fumar son más bajas en áreas con una cultura fumadora, fácil acceso a tabaco barato del mercado ilegal e insuficientes programas de apoyo” para dejar el hábito.

3.1.3. Conductas de riesgo y problemas derivados del consumo

Por lo que respecta a las conductas de riesgo, vivir en el medio urbano se ha asociado con un mayor riesgo de exposición al humo ambiental del tabaco entre los/as niños/as de 5 a 7 años en Baviera (Alemania) [Bolte y Fromme, 2009]. Y en Finlandia, el hábitat urbano o semiurbano aparece correlacionado positivamente con la conducción bajo los efectos de varias drogas, en especial ilegales –lo cual se explicaría, al menos en parte, por la mayor facilidad de acceso a estas sustancias en zonas urbanas– (Karjalainen et al., 2011).

En lo concerniente a los problemas derivados del consumo de drogas, el único estudio que analiza la influencia que ejercen sobre ellos las características del entorno de residencia (McKinney et al., 2012) concluye que la densidad de establecimientos de venta de alcohol en el barrio no guarda relación con los problemas relacionados con el consumo de alcohol en los EE.UU.

3.2. Los niveles generales de desigualdad y pobreza

En el epígrafe precedente se ha querido mostrar cómo las condiciones materiales del entorno, el grado de cohesión social y las normas y prácticas socioculturales del barrio o entorno de residencia influyen en el consumo de drogas de sus habitantes. Pero además de estos factores, las variables socioeconómicas clásicas examinadas con anterioridad a escala individual inciden también a escala comunitaria en la utilización de sustancias adictivas, en la medida en que puede atribuirse a un entorno territorial concreto un nivel de renta, educativo u ocupacional. Desde esta perspectiva, las investigaciones revisadas tratan de averiguar en qué medida y de qué forma los niveles de igualdad/desigualdad y riqueza/pobreza de determinado barrio o comunidad – incluso del conjunto de un país– están relacionados con el consumo de drogas.

Como se ha señalado previamente, se prestará una atención especial a los estudios multinivel. El documento de mayor interés en tal sentido es la revisión sistemática de Karriker-Jaffe (2011), que destaca tanto por el volumen de investigaciones analizadas (41 en total, entre estudios individuales, ecológicos y multinivel) como por las conclusiones extraídas¹⁸. El examen de los estudios multinivel realizado por esta autora confirma, en primer lugar, que el consumo de drogas se concentra en determinadas zonas geográficas:

“Casi todos los efectos aleatorios [detectados] (93,3%) en grupos de manzanas o calles determinadas eran significativos, y aproximadamente la mitad lo eran cuando se medían por código postal o distrito escolar (50%) o agregaciones más amplias (56,4%)” (ibídem: 86).

Además, la autora encuentra una relación significativa entre el estatus socioeconómico del área analizada y el consumo de drogas en aproximadamente un tercio de los efectos (32%), si bien esto sucede sólo en cierto tipo de estudios, en particular, investigaciones con población adulta (frente a las centradas en población adolescente)¹⁹.

En tercer lugar, los resultados de esta revisión proporcionan evidencias de que los barrios o comunidades menos favorecidos tienen mayor probabilidad de consumir drogas: en concreto, apuntan en este sentido un 18% de los efectos identificados para el alcohol y un 19,4% de los señalados para otras drogas sustancia (frente a un 13,5% y un 6,5%, respectivamente, de efectos que reflejan un mayor riesgo para los barrios o comunidades más acomodados). En aquellos

¹⁸ Hay que señalar, no obstante, dos limitaciones del artículo: que únicamente considera estudios publicados en inglés y que todos los efectos examinados se ponderan por igual, sin tomar en cuenta su magnitud.

¹⁹ También en los estudios bivariados (frente a los multivariados) y en los análisis multivariados que no incluían variables mediadoras (frente a los que sí las incluían).

estudios en los que se analizaba el consumo de alguna sustancia adictiva, el 5% de los efectos analizados apuntaban a un mayor riesgo de consumo por parte de personas que vivían en barrios desfavorecidos y un 20% apuntaban en sentido contrario²⁰.

Por último, el examen de una submuestra de doce estudios multivariantes sobre población adulta ajustados por características sociodemográficas individuales lleva a la autora a plantear tres conclusiones adicionales:

- a) “que los efectos del estatus socioeconómico a escala comunitaria sobre una sustancia pueden ser indirectos” (ibídem: 88);
- b) que la hipótesis de que la desventaja social favorece el consumo de drogas “se aplica primordialmente al abuso de alcohol y al uso de drogas ilegales distintas de la marihuana” (*loc. cit.*); y
- c) “que los barrios en mejor posición socioeconómica pueden estar asociados a un mayor consumo de drogas en adolescentes” (ibídem: 89).

Karriker-Jaffe sostiene, por tanto, que hay evidencias sólidas de que el uso de drogas se concentra en determinados barrios. No obstante, existen indicios más reducidos e inconsistentes de que residir en un barrio desfavorecido supone un mayor riesgo de consumir esas sustancias que hacerlo en uno acomodado.

A diferencia de esta revisión sistemática, la mayoría de investigaciones analizadas en este informe tienden a asociar la desigualdad y la pobreza, medidas a escala contextual, con el uso de sustancias adictivas, empezando por la revisión del *Advisory Council on the Misuse of Drugs* británico (*Advisory Council on the Misuse of Drugs, 1998*), que considera que tal asociación es evidente en lo que se refiere al consumo problemático.

Los estudios que a continuación se describen confirman ampliamente la relación entre el nivel socioeconómico del entorno y el uso de sustancias adictivas. Los efectos son tan diversos como las variables utilizadas para definir la desigualdad, los subgrupos analizados y los países en los que se desarrollan los estudios, pero debe subrayarse que solamente una de las investigaciones consultadas rechaza en sus conclusiones la existencia de ningún efecto. En la mayoría de los casos, además, los resultados apuntan a que la mayor tasa de pobreza o desigualdad se corresponde con un mayor riesgo de consumo de drogas.

²⁰ El resto arrojan resultados estadísticamente no significativos.

3.2.1. Pobreza, desigualdad y consumo adolescente

Por lo que se refiere al inicio del consumo, el uso de tabaco entre adolescentes se ha relacionado con la desigualdad de renta (medida con el índice de Gini) en California (EU.UU.). Mistry et al. (2011) observan que, a escala de condado, esa variable está asociada positivamente con el consumo habitual, pero sólo entre los chicos. El consumo experimental, en cambio, no aparece relacionado con la desigualdad de rentas ni la tasa de pobreza a escala de condado, pero sí y de forma positiva (aunque con mínima significación estadística) con el nivel educativo parental medio del distrito escolar. El estudio de Chen et al. (2013), por su parte, examinan cómo influye la cantidad de dinero mensual administrada directamente por los/as adolescentes de Taiwán en su consumo de tabaco. En esta investigación el riesgo no aparece asociado al distrito escolar, sino al aula: así, estudiar en una de las aulas con menor dinero medio disponible por adolescente supone un 30% menos de probabilidades de iniciarse en el consumo de tabaco.

En cuanto al consumo adolescente de alcohol, Snedker y Herting (2008) muestran, en otro estudio multinivel desarrollado en Seattle (EE.UU.), que esa conducta guarda una relación estadísticamente significativa con el bajo nivel socioeconómico del barrio (tasas elevadas de pobreza, desempleo, hogares encabezados por mujeres o personas receptoras de prestaciones sociales).

Entre los estudios realizados a escala nacional sobre consumo adolescente, uno de los más conocidos es la *Health Behaviour in School aged Children* (HBSC), una encuesta escolar cuyos datos se han explotado en distintas publicaciones²¹. Elgar et al. (2005) analizan los referidos al consumo del alcohol entre adolescentes de 11, 13 y 15 años, y ponen de manifiesto que en los países con alta desigualdad (según el índice de Gini) los y las adolescentes tienen más probabilidades de consumir alcohol que en los de baja desigualdad, aunque la correlación es muy pequeña, porque también lo son las diferencias de riesgo entre los distintos grupos de países examinados. En cuanto al número de borracheras, los/as adolescentes de 11 años de países con alta desigualdad registran una probabilidad de consumo más alta –aunque, de nuevo, la correlación es poco significativa–, mientras que los/as de 15 años que viven en países de desigualdad intermedia tienen menor riesgo de haberse emborrachado en numerosas ocasiones que sus homólogos de países con baja desigualdad. Este estudio destaca dos conclusiones: a) que en contra de lo previsto, la desigualdad de ingresos sólo influye en el consumo y las borracheras de los/as adolescentes más jóvenes; b) que se observa un gradiente social en el consumo de alcohol, pero no en el número de borracheras.

²¹ Las dos que se comentan seguidamente se refieren a la edición de 2001-2002 de la encuesta.

Por su parte, Ter Bogt et al. (2006) examinan esa misma encuesta, pero centrándose en el nexo entre el uso adolescente de cannabis y los niveles de gasto familiar. Sus conclusiones apuntan a que en los países con mayor nivel de gasto familiar, los/as adolescentes de 15 años tienen mayores probabilidades de utilizar esa sustancia y de hacerlo con mayor frecuencia. Además, los chicos presentan un mayor riesgo de consumo y de consumo frecuente, pero las diferencias entre sexos son, en general, menores en los países con mayor nivel de gasto familiar.

3.2.2. Pobreza, desigualdad, consumo y abandono en la edad adulta

La literatura examinada sobre consumo de drogas en la etapa adulta también muestra un vínculo entre este fenómeno y las desigualdades socioeconómicas que puedan existir en un entorno determinado. Estudios multinivel han relacionado positivamente el uso del tabaco con la privación en el Reino Unido (Duncan, Jones y Moon, 1999), el nivel de desempleo del barrio en Suecia (Öhlander et al., 2006), el producto interior bruto del área de residencia en Francia (Chaix, Gilbert y Chauvin, 2004) y la desigualdad de ingresos a escala estatal en los EE.UU. (Kaplan et al., 1996)” (Lindström, 2008: 84²²). Además, en otro estudio multinivel realizado con funcionarias municipales de Helsinki, Karvonen et al. (2008) encuentran una correlación positiva entre el consumo diario de tabaco y el estatus socioeconómico del barrio (nivel de desempleo y nivel educativo) en aquellas áreas cuya tasa de desempleo corresponde al segundo cuartil más elevado.

En lo concerniente al alcohol, el estudio de Karriker-Jaffe et al. (2013), realizado en los EE.UU., observa efectos a escala de estado y, sobre todo, de barrio. En el primer caso, la desigualdad de rentas (medida con el índice de Gini) aparece relacionada de forma positiva y moderada con el alcoholismo, pero no con otras pautas de consumo. A escala de barrio, el bajo nivel socioeconómico (alta proporción de personas adultas sin estudios secundarios, hombres en desempleo o inactivos, de personas por debajo del umbral de la pobreza, de familias con ingresos por debajo del 50% de la media, y de familias sin acceso a coche) se asocia negativamente con los consumos moderado y elevado, y positivamente con los problemas derivados del consumo, de lo cual deduce que la población más favorecida consume alcohol de un modo más saludable.

Dos investigaciones más llevadas a cabo en los EE.UU. confirman la importancia que el nivel socioeconómico del entorno ejerce en el consumo adulto de alcohol. Entre la población joven (18-30 años), Cerdá et al. (2010) hallan que la pobreza del barrio de residencia está asociada con

²² Se han corregido las referencias bibliográficas de los tres primeros estudios citados, que Lindström (2008) atribuye de forma incorrecta.

una mayor probabilidad de consumo intensivo y de consumo semanal de alcohol, y que dicha relación persiste a lo largo del tiempo. Y en un estudio sobre parejas convivientes que beben, McKinney et al. (2012) señalan que la pobreza del barrio aparece correlacionada de forma positiva y estadísticamente significativa con el consumo intensivo y los problemas derivados del consumo, aunque sólo entre los hombres. Por otro lado, cabe indicar que el consumo de alcohol también se ha relacionado con la riqueza estatal y la renta familiar en países pobres o que han experimentado un rápido crecimiento económico en las últimas décadas (para más detalles, véase la revisión de Schmidt et al., 2010: 14-15).

Finalmente, en cuanto al consumo de drogas ilegales, Parker et al. (cit. en Advisory Council on the Misuse of Drugs, 1998) explican cómo la variación geográfica de las tasas de consumo de heroína en el distrito metropolitano de Wirral (Reino Unido) durante la década de 1980 estaba relacionada de forma positiva y estadísticamente significativa con indicadores de privación, como las tasas de desempleo (riesgo relativo de 0,72), de empleo no cualificado (riesgo relativo de 0,39) o de hogares sin acceso a coche (riesgo relativo de 0,58).

En lo que respecta al abandono del consumo, un ensayo clínico para evaluar la eficacia de un programa de deshabituación tabáquica entre personas afroamericanas de los EE.UU. (Kendzor et al., 2012) observa que la tasa de desempleo del barrio está asociada a la abstinencia de forma negativa y estadísticamente significativa, lo que no sucede con el nivel de ingresos, el de educación ni el de pobreza. Un estudio sobre consumo de tabaco en zonas urbanas deprimidas de los Países Bajos (Kuipers et al., 2013), en cambio, no encuentra un nexo significativo entre residir en tales áreas y la probabilidad de dejar de fumar.

3.2.3. Pobreza, desigualdad, consumo de riesgo y consecuencias del consumo

La literatura consultada ofrece numerosas evidencias de correlación a escala colectiva entre el estatus socioeconómico, por un lado, y las conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas y a las consecuencias de éste, por otro. Así, Phung et al. (2003) defienden que la probabilidad de fumar durante el embarazo se concentra en determinados barrios del distrito sanitario cercano a Sídney (Australia) que analizan en su estudio, y que los bajos niveles comunitarios de renta y estudios explican la mayor parte (85,7%) de la varianza detectada; esto supone, además, que el entorno tiene mayor influencia que las variables individuales. En cuanto al alcohol, ya se han mencionado las investigaciones multinivel estadounidenses que muestran una correlación positiva entre la pobreza o desventaja relativa del barrio y los problemas derivados del consumo de dicha sustancia (McKinney et al., 2012; Karriker-Jaffe et al., 2013).

Los altos niveles de desempleo y pobreza –al igual que con su empeoramiento a lo largo del tiempo– se han correlacionado también de forma positiva con el uso de la vía inyectada en un estudio multinivel en áreas metropolitanas estadounidenses (Roberts et al., 2010, cit. en Lackdar y Bastianic, 2011). Además, en Montreal (Canadá) se ha comprobado que la elevada tasa de pobreza relativa y el bajo nivel educativo del barrio de Ville-Marie guardan una relación directa con el mayor riesgo de consumo inyectado; sin embargo, no sucede lo mismo en otros barrios menos céntricos, donde esa práctica está presente en similares proporciones, pero los servicios son mejores y la normativa sobre consumo, más restringida (Genereux et al., 2010).

Finalmente, en lo que respecta a las consecuencias del consumo, cabe citar dos estudios. Galea et al. (2003) ponen de manifiesto que el riesgo relativo de muerte accidental por sobredosis en un barrio neoyorquino situado en el decil de mayor desigualdad de renta es entre un 16,3% y un 18,8% más elevado que en un barrio situado en el decil de menor desigualdad, independientemente de variables individuales. Por su parte, el estudio desarrollado por Gruer en el Gran Glasgow entre 1991 y 1996 (cit. en Advisory Council on the Misuse of Drugs, 1998) concluye que la tasa de admisión hospitalaria de casos urgentes relacionados con el consumo de drogas era 30 veces superior en las zonas más deprimidas.

3.3. Los ciclos macroeconómicos

Salvo en lo referido al alcohol, debido probablemente a la facilidad que existe para analizar la elasticidad de la demanda de alcohol en función de la variabilidad de su precio de venta al público, escasean las investigaciones sobre si los ciclos macroeconómicos afectan al consumo de drogas (Pacula, 2011). En cualquier caso, clarificar esa eventual influencia y conocer mejor los mecanismos por los que las variables macroeconómicas inciden en el comportamiento de las personas que consumen sustancias adictivas puede permitir adelantarse a las tendencias de consumo (es decir, predecir posibles cambios de tendencia) y diseñar unas políticas de prevención y tratamiento más eficaces y eficientes. El hecho de que todavía nos encontremos inmersos en una grave crisis económica añade al asunto mayor interés si cabe.

En la literatura seleccionada, predominan los artículos teóricos y las revisiones de estudios, pero también hay alguna investigación empírica de corte longitudinal. El efecto de los ciclos macroeconómicos sobre la demanda de droga (prevalencia y frecuencia de consumo, cantidad consumida) es el que acapara la mayor parte de los análisis, pero también hay estudios en torno a

los efectos sobre la oferta (disponibilidad y precio de la droga en el mercado) y las conductas de riesgo asociadas a las drogodependencias.

En un estudio teórico-documental, Bretteville-Jensen (2011) identifica tres factores clave en la incidencia de la crisis actual sobre la demanda de anfetaminas, cocaína y heroína. En primer lugar, considera probable una caída de precios, lo que supondría un incremento de la demanda. En segundo lugar, cree previsible que las personas que consumen drogas vean recortados sus ingresos (legales e ilegales) y, por tanto, su capacidad de adquirir esas sustancias. Por último, sostiene que el efecto de la recesión dependerá también de su alcance y duración. Suponiendo que estos tres factores no se vean contrarrestados por otros, la autora cree probable “que una recesión económica de la magnitud de la actual pueda incrementar el uso de drogas” (ibídem: 358).

En cuanto al consumo de alcohol, la revisión documental llevada a cabo por Pacula (2011) plantea la necesidad de distinguir entre el consumo abusivo y el consumo moderado. Así, la autora sostiene que las personas con un consumo abusivo de alcohol obedecen primordialmente a un mecanismo de tipo económico, según el cual tienden a recortar el gasto en situaciones de escasez financiera; es decir, que su comportamiento sería procíclico. En cambio, las personas con un consumo moderado responden a un mecanismo de tipo psicológico, de acuerdo con el cual tienden a aumentar su consumo para compensar el incremento del estrés provocado por la coyuntura adversa; por lo tanto, su comportamiento sería contracíclico²³.

Un estudio longitudinal sobre la prevalencia y frecuencia de consumo de alcohol y cannabis en Australia entre 1991 y 2007 (Chalmers y Ritter, 2011) recurre a dos variables para analizar las consecuencias de la crisis: la tasa de desempleo y los ingresos per cápita. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que, ante una recesión económica con altas tasas de desempleo, las personas de mayor edad (25-49 años) tienen más probabilidades de reducir su consumo semanal de alcohol; las más jóvenes (14-24 años), en cambio, tienden a recortar su consumo semanal y diario únicamente si el alza del desempleo viene acompañada de una caída de los ingresos. En el caso del cannabis, se observa que si la recesión económica se caracteriza por una subida del paro, las personas de mayor edad (35-49 años) utilizan esa sustancia con menor frecuencia, las de edades intermedias (25-34 años) bajan ligeramente su frecuencia de consumo y las más jóvenes (14-24 años) consumen, en cambio, con mayor frecuencia. Si la crisis implica también una mengua de los ingresos per cápita, las autoras del artículo defienden que aumenta la prevalencia del consumo en este último grupo etario.

²³ El mecanismo psicológico explicaría también el consumo de alcohol en países en desarrollo, donde la autora no distingue entre consumo moderado y abusivo.

Por otro lado, varias investigaciones alertan sobre los efectos de la crisis en las conductas de riesgo, y en concreto, en el uso de la vía inyectada. La base biológica de este fenómeno reside en que la vía inyectada maximiza la biodisponibilidad de determinadas sustancias en el cuerpo humano; por este motivo, resulta más coste-efectiva y puede convertirse en la opción preferente en épocas de precios elevados (Bretteville-Jensen, 2011) o de escasez de ingresos (Lackdar y Bastianic, 2011). En Noruega, Bretteville-Jensen y Skretting (2010, cit. en Bretteville-Jensen, 2011), por ejemplo, detecta un aumento de la heroína fumada coincidente con un descenso de los precios, el cual favorece que las personas usuarias utilicen una vía de menor biodisponibilidad. En cambio, en Francia (Lackdar y Bastianic, 2011) y en áreas metropolitanas de los EE.UU. (Roberts *et al.*, 2010, cit. en Lackdar y Bastianic, 2011), la recesión económica se vincula a un incremento de esa modalidad de consumo.

Por último, hay que tener en cuenta que una recesión persistente puede desembocar en recortes en las políticas contra el tráfico de estupefacientes, así como en las relativas a la prevención del consumo y el tratamiento de las drogodependencias, todo lo cual puede tener un efecto adverso en el número de personas consumidoras (Bretteville-Jensen, 2011). En el Estado español, sin ir más más lejos, el Plan Nacional sobre Drogas de 2013 vio reducido su presupuesto en un 19,7% respecto a 2012, y en 2014 se mantiene en la cifra del año anterior (Europa Press, 3-10-2013). Atendiendo a las quejas que ello ha suscitado y tras consultar con una veintena de personas expertas, la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas ha encargado un informe que aboga por aumentar el gasto público en atención a las toxicomanías y que será debatido el 25 de marzo de 2014 (Europa Press, 18-3-2014).

Como se ha visto en estas páginas, el análisis de la influencia de los ciclos macroeconómicos en el uso de drogas continúa siendo en buena medida un terreno poco explorado, en parte debido a la dificultad de estudiar un 'producto' tan peculiar como las sustancias adictivas. Si bien la selección documental revisada aquí refleja sólo una pequeña parte del conocimiento generado en esta área, permite extraer al menos dos conclusiones de interés. La primera es que un contexto de crisis puede favorecer el consumo de determinadas sustancias entre ciertos grupos socio-demográficos y, por tanto, no puede suponerse que un recorte de los ingresos de las personas usuarias se traduzca sistemáticamente en un descenso de la demanda de drogas. El segundo asunto que merece la pena destacar es que los efectos de una recesión económica en el consumo de drogas pueden ser también indirectos, no sólo porque la crisis puede propiciar ciertas prácticas de consumo de mayor riesgo, sino también porque un eventual debilitamiento de políticas de drogodependencias puede facilitar el acceso a la droga y menguar las opciones de deshabituación y rehabilitación de quienes deseen abandonar el consumo.

4. OTROS ELEMENTOS

4.1. La perspectiva longitudinal: el impacto a largo plazo de las variables analizadas sobre los consumos de drogas

En este apartado, se ahondará en la influencia del estatus socioeconómico sobre el consumo de drogas cuando esta relación se analiza desde la perspectiva longitudinal. Partiendo de las investigaciones que utilizan esa metodología, se tratará de examinar dos cuestiones: en primer lugar, si las condiciones socioeconómicas durante la infancia y la adolescencia inciden en el consumo durante la edad adulta; y en segundo, si los cambios en dichas condiciones a lo largo del tiempo tienen algún efecto en el consumo de drogas.

Sobre el primer asunto, el estudio de mayor interés es la revisión sistemática llevada a cabo por un equipo británico y publicado en dos artículos. Respecto al alcohol (Wiles et al., 2007), el análisis de diecinueve investigaciones (ocho con población general y seis con población escolar) arroja “escasas evidencias sólidas que confirmen la asunción de que la desventaja durante la infancia está asociada con el posterior consumo/abuso de alcohol” (ibídem: 1.546). En cuanto a las drogas ilegales (Daniel et al., 2009), se evalúan once estudios (dos con población general y nueve con población escolar) y se llega a dos conclusiones: a) que hay ciertas evidencias que relacionan de forma positiva el estatus socioeconómico durante la infancia con el consumo de cannabis; y b) que las pocas investigaciones que detectan un efecto similar con la heroína o la cocaína presentan asociaciones débiles y de escasa magnitud.

Del resto de estudios longitudinales examinados, la inmensa mayoría asocian el nivel socioeconómico de los primeros años de la vida con el consumo adulto, aunque no hay acuerdo sobre el sentido de esa relación. Cabe subrayar el interés del estudio sueco de Lindström et al. (2013), que se pregunta si existe un periodo crítico en el que las personas serían especialmente sensibles a los factores socioeconómicos asociados a un mayor de consumo de tabaco. Los resultados obtenidos les llevan a rechazar tal hipótesis, pero también a confirmar el hecho de que los factores de riesgo se acumulan a lo largo del ciclo vital.

En este sentido, hay que recordar que al riesgo derivado de la privación durante la infancia se le solapan los asociados al consumo parental (Blow et al., 2005; Fergusson et al., 2007; Haustein, 2006), el consumo durante el embarazo (Phung et al., 2003; Hiscock et al., 2012; Huan et al., 2011; Kandel et al., 2009) y a la exposición a humo ambiental (Bolte y Fromme, 2009; Haustein et

al., 2004, cit. en Schmidt et al., 2010; David et al., 2010, cit. en Hiscock et al., 2012), tres circunstancias que, como ya se ha visto, se dan con mayor probabilidad en hogares desfavorecidos.

La perspectiva longitudinal, cuando se aplica al ciclo de vida, también pone de manifiesto que el cambio de estatus socioeconómico afecta al consumo de sustancias adictivas. En el caso de las drogas inyectadas, Roberts et al. (2010, cit. en Lackdar y Bastianic, 2011) señalan que el empeoramiento de los altos niveles de desempleo y pobreza en áreas metropolitanas estadounidenses aumenta el riesgo de consumo por vía inyectada. Los efectos en el consumo de tabaco están igualmente documentados, aunque los resultados no coinciden en el sentido de la influencia. Por un lado, quedarse en paro se asocia con el aumento del consumo de tabaco (Novo, Hammarstrom y Janlert, 2000; y Janlert, 1997 [cits. en Haustein, 2006]) y lo mismo cabe decir sobre el desempleo persistente (Reine et al., 2004, cit. en Haustein, 2006). Fry y Pashardes (1988, cit. en Haustein, 2006) muestran además que el incremento de los ingresos en los hogares de menor renta eleva sus probabilidades de fumar. Y un estudio realizado en Canadá (Young-Hoon, 2012) afirma que el incremento de ingresos por encima del umbral de la pobreza aumenta en un 28% la probabilidad de abandonar el tabaco, aunque eso no sucede si el aumento no cumple esa condición. Por otro lado, Lindström et al. (2013) sostienen que la alteración del nivel de renta está correlacionada positivamente con el riesgo de consumo en una muestra sueca, y la investigación de Blow et al. (2005) entre adolescentes británicos/as revela que el aumento de los ingresos del hogar se traduce en un aumento de la probabilidad de que los/as hijos/as fumen.

4.2. El impacto de las diferencias socioeconómicas sobre los consumos de drogas en función de las características sociodemográficas

El análisis de la desigualdad en el consumo de drogas se ha realizado tomando como eje el ciclo del consumo, que empieza con la adquisición del hábito, sigue con el consumo habitual y termina (en muchos casos) con el abandono del consumo. Al abordar los contactos iniciales con las sustancias adictivas y el establecimiento del hábito de consumo, se ha mostrado, por tanto, las distintas maneras en que las diferencias socioeconómicas y la privación repercuten en el uso de drogas en niños/as y adolescentes. En este epígrafe, se realizarán algunas observaciones adicionales en torno a estos grupos etarios y se profundizará un poco más en el tema de estudio desde la perspectiva de otro grupo sociodemográfico: el de las mujeres.

Examinar el estatus socioeconómico de los/as niños/as y, en mayor medida, los/as adolescentes plantea un dilema respecto a los indicadores más apropiados para ello (Hiscock et al., 2012). Como se ha apuntado más arriba, se ha considerado que estos grupos poblacionales, por su corta edad y falta de autonomía, difícilmente podrían clasificarse mediante indicadores referi-

dos a su propia individualidad, motivo por el que habitualmente se les asigna los mismos indicadores socioeconómicos de sus progenitores. Sin embargo, éstos no dejan de ser variables sustitutivas (*proxy*), y existen dudas sobre su capacidad para describir de modo adecuado la influencia de las desigualdades en el consumo de estos grupos etarios²⁴. Por ello, algunos de los estudios revisados en este informe proponen alternativas que permitan captar mejor la realidad de estos menores:

- La *Health Behaviour in School aged Children* (HBSC) ha desarrollado una metodología pensada especialmente para recabar (y más tarde analizar) información sobre el bienestar material de las familias a partir de entrevistas con los propios niños, niñas y adolescentes: la denominada Family Affluence Scale (FAS) [Richter et al., 2007; Elgar et al., 2005; Ter Bogt et al., 2006].
- En vez de fijarse en cómo influye la renta familiar en el consumo adolescente de drogas, se puede tomar como variable dependiente el dinero que manejan las y los adolescentes (Chen et al., 2013; West et al., 2007).

Otra fórmula de paliar esas dificultades de clasificación socioeconómica sin renunciar a las variables sustitutivas consiste en elegir indicadores ajustados a las distintas etapas del ciclo de vida. Así lo sugieren Schaap y Kunst (2009: 107) en relación con el tabaco cuando afirman:

“La elección de indicadores de estatus socioeconómico se toma mejor desde una perspectiva explícita de ciclo de vida. [...] El nivel educativo, que se forma durante la adolescencia y el inicio de la edad adulta, puede ser altamente predictivo de las medidas de consumo de tabaco centradas en la misma etapa vital, como la probabilidad de convertirse en fumador habitual. La relevancia de los ingresos y la clase ocupacional puede incrementarse durante la etapa laboral”.

Más allá de estas consideraciones metodológicas, cabe preguntarse si, a partir de la literatura analizada, se puede decir que el estatus socioeconómico de las y los adolescentes está asociado con el consumo de sustancias adictivas. La mayor parte de las investigaciones consultadas tienden a responder afirmativamente, pero hay disparidad de opiniones respecto a la intensidad y el sentido de tal relación.

A escala individual, el influjo del nivel educativo parece contar con evidencias más sólidas que el de otras variables: la revisión sistemática de Schaap y Kunst (2009) se refiere a esta variable

²⁴ Y, por ende, otros fenómenos sociales.

como “clave” en el consumo de tabaco, y todos los documentos revisados que lo evalúan reconocen su efecto en el consumo. En cuanto al alcohol, sin embargo, no queda claro si provenir de una familia con alto nivel educativo aumenta o disminuye la probabilidad de consumo de drogas, y lo mismo cabe decir sobre crecer en un hogar con altos ingresos.

Por lo que se refiere a la ocupación, los/as adolescentes de familias con alto nivel ocupacional tienen más riesgo de consumo experimental de cannabis, mientras que los/as procedentes de familias con bajo nivel ocupacional tienen más probabilidades de implicarse en el consumo habitual de esa sustancia (Legleye et al., 2011). La relación entre esa variable y los consumos adolescentes de tabaco y alcohol, en cambio, arroja resultados contrapuestos. Finalmente, el desempleo parental está asociado a un mayor riesgo de fumar tabaco o cannabis durante la adolescencia (ibídem).

Por lo que se refiere a la ocupación, Phung et al. (2003) concluyen que los/as adolescentes de familias con alto nivel ocupacional tienen más riesgo de consumo experimental de cannabis, mientras que los/as procedentes de familias con bajo nivel ocupacional tienen más probabilidades de implicarse en el consumo habitual de esa sustancia.

El nivel socioeconómico también se asocia al consumo de drogas a escala contextual. Los efectos confirmados desde esta perspectiva son de distinto signo y de intensidad más bien reducida, pero parece haber cierto consenso en atribuir un mayor riesgo de consumo a las y los adolescentes de los países con mayor desigualdad de rentas.

Por lo que respecta las mujeres, a lo expuesto anteriormente cabe añadir dos revisiones sistemáticas específicamente centradas en este colectivo. La llevada a cabo por Huan et al., 2011 examina nueve investigaciones sobre la relación entre el estatus socioeducativo y el consumo femenino de tabaco en EE.UU.: cinco (56%) relacionan esa conducta con el nivel de estudios; y seis (67%), con la renta doméstica. De acuerdo con la documentación analizada, las mujeres con menor nivel educativo tienen más probabilidades de fumar, de hacerlo durante la gestación y de no poder abandonar el tabaco. Por su parte, tener una renta doméstica elevada se asocia a resultados aparentemente contradictorios, como una mayor dependencia respecto al tabaco, una menor probabilidad de fumar y a mayores probabilidades de abandono.

La segunda revisión corre a cargo de Kandel et al. (2009), quienes señalan que el menor nivel educativo de las mujeres aumenta la probabilidad de consumo actual y diario de tabaco, consumo de grandes cantidades de cigarrillos, dependencia a la nicotina, inicio temprano del consumo, altos niveles de cotinina en relación con el número de cigarrillos consumidos y de consu-

mo durante el embarazo. De hecho, el gradiente educativo es especialmente fuerte durante la gestación. El nivel educativo materno y el consumo durante el embarazo, según esta misma fuente, aumentan de forma independiente el riesgo de que la descendencia fume y presente comportamientos antisociales, o problemas de ansiedad o depresión.

En lo que se refiere a fumar durante el embarazo, merece la pena reseñar, por último, el estudio realizado por Shipton et al. (2009) en Escocia, que sostiene que la proporción de mujeres que no declaran su consumo en ese periodo es casi el doble en las zonas más desfavorecidas que en las más favorecidas. En consecuencia, este artículo alerta sobre la posibilidad de que se esté subestimando la prevalencia real del consumo de tabaco durante la gestación, en especial en las áreas más deprimidas.

Así pues, cuando se interpreta con un enfoque de género la literatura revisada para este informe, se comprueba que el efecto del estatus socioeconómico sobre el consumo de drogas está claramente moderado por la variable sexo. En efecto, los resultados de muchas de las investigaciones examinadas difieren entre mujeres y hombres, motivo por el que cualquier estudio realizado en este ámbito debería atender esta variable. En general, las diferencias se manifiestan en que la correlación se confirma únicamente en uno de los sexos, o bien en que varía la intensidad del efecto entre hombres y mujeres. El descenso del consumo de tabaco producido recientemente en la CAPV, por ejemplo, ha sido mucho más limitado entre las mujeres con menor nivel educativo que entre los hombres en la misma situación (Bacigalupe et al., 2010 y 2011). Pero en algunos casos, es el sentido de la asociación el que cambia, y así, un elevado nivel familiar de renta puede suponer, al mismo tiempo, un factor de protección frente los consumos elevado e intensivo de alcohol para los chicos, pero un factor de riesgo para las chicas (Melotti et al., 2013).

5. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN Y LAS POLÍTICAS SOBRE ADICCIONES

Con esta revisión documental se ha pretendido sintetizar el conocimiento disponible sobre el papel que las desigualdades socioeconómicas juegan en el consumo de drogas, al objeto de mejorar, en lo posible, las políticas públicas que se realizan en la CAPV para la prevención y el tratamiento de las adicciones. En esa línea, y como conclusión de esta revisión, se presentan algunas ideas y recomendaciones extraídas tanto de la propia literatura examinada –bastante

parca en sugerencias de aplicación práctica– como en reflexiones a partir de la lectura de esos documentos.

La cuestión de las desigualdades socioeconómicas en el uso de sustancias adictivas se presenta como un terreno relativamente poco explorado y bastante prometedor. Por eso, la mayor parte de los estudios analizados reclaman la necesidad de seguir investigando en la materia. La elaboración y publicación de nuevos estudios permitiría, sin duda, ampliar las evidencias científicas disponible sobre los temas ya abordados, cubrir nuevas áreas todavía poco conocidas e introducir nuevos enfoques metodológicos que contribuyan a superar los obstáculos detectados. La variabilidad geográfica de los resultados obtenidos en este ámbito y la escasez de trabajos realizados en nuestro entorno más cercano son motivos adicionales para impulsar este tipo de investigaciones en la CAE.

De cara a la selección de indicadores en dichos estudios, la literatura analizada ofrece algunas pautas que deberían tenerse en cuenta. En primer lugar, convendría optar por una perspectiva de ciclo de vida (Schaap y Kunst, 2009), con variables adaptadas a los colectivos y fenómenos que se pretenda estudiar. Asimismo, los datos sobre consumo deberían ser suficientemente ricos, e incluir información sobre cantidades, frecuencias, pautas de riesgo asociadas (consumo intensivo de alcohol, consumo inyectado), años de consumo (a fin de poder calcular efectos acumulativos) y transiciones. Por último, habría que evitar aquellos indicadores que pudieran tener ya de partida un determinado sesgo socioeconómico²⁵.

En cuanto a las intervenciones, resulta fundamental integrar el enfoque de las desigualdades socioeconómicas en materia de drogodependencias dentro de las políticas generales de promoción de la salud, y hacerlo transversalmente, de forma que los criterios socioeconómicos se tomen en cuenta a lo largo de todo el proceso de intervención (diagnóstico, diseño, implementación y evaluación). Lo mismo cabe decir de la actuación desde los sistemas de servicios sociales, empleo o educación. Como es lógico, la participación de los sistemas señalados debería ser coordinada para que las intervenciones ganen en coherencia y eficacia potencial.

Aplicar el enfoque de las desigualdades en el ámbito de las drogodependencias abre la puerta a las intervenciones selectivas, pues una vez identificada una correlación entre consumo de drogas y determinada característica socioeconómica en una zona geográfica concreta, se pueden tomar medidas orientadas a prevenir o modificar la conducta indeseada. Desde este planteamiento, que es compatible con las estrategias dirigidas al conjunto de la ciudadanía, la propia

²⁵ Por ejemplo, el DSM IV utiliza la conducción bajo los efectos del alcohol como uno de los indicadores de consumo abusivo de esa sustancia, sin percatarse de que la población con mayores ingresos dispone de coche en mayor proporción que el resto (Keyes y Hasin, 2008).

reducción de las desigualdades sociales en el consumo de sustancias adictivas puede convertirse en un objetivo más de las políticas sobre drogodependencias.

De la misma forma que el diseño de los indicadores debería evitar los sesgos socioeconómicos, cualquier intervención debería también anticiparse a los posibles efectos contrarios a la equidad, ya sea para sortearlos, ya para compensarlos. Por ejemplo, en el ámbito preventivo habría que tener en cuenta que el aumento de las tasas del tabaco podría perjudicar la economía de los grupos poblacionales con menor renta (Kunst, 2007), y en el ámbito del tratamiento, que las personas con menores ingresos pueden abandonar las terapias o fármacos prescritos si les resultan demasiado caros (Siahpush y Carlin, 2006; Siahpush et al., 2006).

6. BIBLIOGRAFÍA

Advisory Council on the Misuse of Drugs (1998). *Drug misuse and the environment*. Londres, HMSO.

Andersen, a. et al. (2008). Large-scale alcohol use and socioeconomic position of origin: longitudinal study from ages 15 to 19 years. *Scandinavian journal of public health*, vol. 36, nº 3, 326-329 pp.

Bacigalupe, A. et al. (2010). "La importancia de la clase social y el género en consumo de tabaco durante los últimos 20 años en Euskadi". En: *X Congreso Español de Sociología. Sociología y sociedad en España. Hace treinta Años; dentro de treinta años*. (Pamplona, 1, 2 y 3 de julio 2010). Madrid, Federación Española de Sociología.

Bacigalupe, A. et al. (2011). *Evolución de la prevalencia y las desigualdades sociales del consumo de tabaco en la C.A. de Euskadi: 1986-2007*. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco.

Ben, C. y Bastianic, T. (2011). "Economic constraint and modes of consumption of addictive goods". *International Journal of Drug Policy*, vol. 22, nº 5, pp. 360-365.

Bloomfield, K. et al. (2006). "Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-National Study'". *Alcohol & Alcoholism*, vol. 41, nº Supl. 1, pp. i26-i36.

Blow, L. et al. (2005). *Parental income and children's smoking behaviour: evidence from the British household panel survey*. Londres, Institute for Fiscal Studies.

Bolte, G. y Fromme, H. (2009). *Socioeconomic determinants of children's environmental tobacco smoke exposure and family's home smoking policy*. *European Journal of Public Health*, vol. 19, nº 1, pp. 52-58.

Bretteville-Jensen, A.L. (2011). "Illegal drug use and the economic recession. What can we learn from the existing research?". *International Journal of Drug Policy*, vol. 22, nº 5, pp. 353-359.

Casswell, S. et al. (2003). "Socioeconomic status and drinking patterns in young adults". *Addiction*, vol. 98, nº 5, pp. 601-610.

Cerdá, M. et al. (2010). "The relationship between neighborhood poverty and alcohol use: estimation by marginal structural models". *Epidemiology*, vol. 21, nº 4, pp. 482-489.

Chalmers, J. y Ritter, A. (2011). "The business cycle and drug use in Australia: evidence from repeated cross-sections of individual level data". *International Journal of Drug Policy*, vol. 22, nº 5, pp. 341-352.

Chen, C.Y. et al. (2013). "Disposable income with tobacco smoking among young adolescents: a multilevel analysis". *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, nº 6, pp. 724-730.

Corsi, D.J. et al. (2013). "Socioeconomic and geographic patterning of smoking behaviour in Canada: a cross-sectional multilevel analysis". *Plos One*, vol. 8, nº 2, pp. 1-11.

Daniel, J.Z. et al. (2009). "Is socioeconomic status in early life associated with drug use? A systematic review of the evidence". *Drug and Alcohol Review*, vol. 28, nº 2, pp. 142-15.

Diez Roux, A. V., "The examination of neighborhood effects on health: conceptual and methodological issues related to the presence of multiple levels of organization", en Kawachi, I. y L.F. Berkman (eds), *Neighbourhoods and Health*. Nueva York, Oxford University Press, 2003, págs. 45-64.

Elgar, F.J. et al. (2005). "Income inequality and alcohol use: a multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescents in 34 countries". *European Journal of Public Health*, vol. 15, nº

3, pp. 245-250.

Europa Press (2013). "Sanidad mantiene el presupuesto destinado para el Plan Nacional sobre Drogas, con 14,8 millones de euros". 3 de octubre de 2013. <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-sanidad-mantiene-presupuesto-destinado-plan-nacional-drogas-148-millones-euros-20131003165629.html>

Europa Press (2014). "Un informe parlamentario aboga por aumentar el gasto público destinado a prevenir el consumo de drogas". 18 de marzo de 2014. <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-informe-parlamentario-aboga-aumentar-gasto-publico-destinado-prevenir-consumo-drogas-20140318150604.html>

Fergusson, D.M. et al. (2007). "Childhood social disadvantage and smoking in adulthood: results of a 25-year longitudinal study". *Addiction*, vol. 102, n° 3, pp. 475-482.

Fernández, E. et al. (2001). "Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997". *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, n° 10, 729-730 pp.

Galea, S. et al. (2003). "Income distribution and risk of fatal drug overdose in new york city neighborhoods". *Drug and alcohol dependence*, vol. 70, n° 2, pp. 139-148.

Galea, S. et al. (2004). "The social epidemiology of substance use". *Epidemiologic Reviews*, vol. 26, n° 1, pp. 36-52.

Gauffin, K. et al. (2013). "Childhood socio-economic status, school failure and drug abuse: a Swedish national cohort study". *Addiction*, vol. 108, n° 8, pp. 1441-1444.

Genereux, M. et al. (2010). "Association between neighbourhood socioeconomic characteristics and high-risk injection behaviour amongst injection drug users living in inner and other city areas in Montreal, Canada". *International Journal of Drug Policy*, vol. 21, n° 1, pp. 49-55.

Gil-Lacruz, A.I. y Gil-Lacruz, M. (2013). "Household social characteristics of the demand for alcoholic beverages among Spanish students". *Substance Use and Misuse*, vol. 48, n° 4, pp. 332-342.

Hiscock, R. et al. (2010). "Social inequalities in quitting smoking: what factors mediate the

relationship between socioeconomic position and smoking cessation". *Journal of Public Health*, vol. 33, n° 1, pp. 39-47.

Hiscock, R. et al. (2012). "Socioeconomic status and smoking: a review". *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1248, n° 1, pp. 107-123.

Huang, Y. et al. (2011). "Socioeconomic status and women's smoking behavior: a literature review". *Global Journal of Health Science*, vol. 3, n° 1, pp. 98-103.

Huckle, T. et al. (2010). "Socio-economic status predicts drinking patterns but not alcohol-related consequences independently". *Addiction*, vol. 105, n° 7, pp. 1192-1204.

Huisman, M. et al. (2005). "Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries". *Tobacco Control*, vol. 14, n° 2, pp. 106-113.

Huisman, M. et al. (2012). "Explaining socio-economic inequalities in daily smoking: a social-ecological approach". *European Journal of Public Health*, vol. 22, n° 2, pp. 238-243.

Humensky, y Jennifer L. (2010). "Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood?". *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, vol. 5, n° 19, pp. 2-10.

Jefferis, B. et al. (2003). "Cigarette consumption and socio-economic circumstances in adolescence as predictors of adult smoking". *Addiction*, vol. 98, n° 12, pp. 1765-1772.

Kairouz, S. y Nadeau, L. (2007). "Tabac et alcool: le tout est-il plus grand que la somme de ses parties?". *Drogues, Santé et Société*, vol. 6, n° 1, pp. 179-210.

Kandel, D.B. et al. (2009). "Educational attainment and smoking among women: risk factors and consequences for offspring". *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 104, n° supl.1, pp. s24-s33.

Karjalainen, K. et al. (2011). "Socio-economic determinants of drugged driving. A register based study". *Addiction*, vol. 106, n° 8, pp. 1448-145.

Karriker-jaffe, K.J. (2011). "Areas of disadvantage: a systematic review of effects of area-level socioeconomic status on substance use outcomes". *Drug and Alcohol Review*, vol. 30, n° 1, pp. 84-95.

Karvonen, S. et al. (2008). "Smoking in context. A multilevel approach to smoking among females in Helsinki". *BMC Public Health*, nº 8, pp. 1-9.

Kendzor, D.E. et al. (2012). "Individual and area-level unemployment influence smoking cessation among African Americans participating in a randomized clinical trial". *Social Science and Medicine*, vol. 74, nº 9, pp. 1394-1401.

Keyes, K.M. y Hasin, D.S. (2008). "Socio economic status and problem alcohol use: the positive relationship between income and the DSM Iv alcohol abuse diagnosis". *Addiction*, vol. 103, nº 7, pp. 1120-1130.

Knut-Olaf, H. (2006). "Smoking and poverty". *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, vol. 13, nº 3, pp. 312-318.

Kovacs, F.M. et al. (2008). "La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2003". *Revista Española de Salud Pública*, vol. 82, nº 6, pp. 677-68.

Kuipers, M.A.G. et al. (2012). "The association between neighborhood disorder, social cohesion and hazardous alcohol use: A national multilevel study". *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 126, nº 1-2, pp. 27-34.

Kuipers, M.A.G. et al. (2013). "Smoking initiation, continuation and prevalence in deprived urban areas compared to non-deprived urban areas in The Netherlands". *Social Science and Medicine*, vol. 87, pp. 132-137.

Kunst, A.E. (2007). "Socio-economic inequalities and tobacco". En: *Why people smoke. Multiple motives approach to tobacco dependence*. Bruselas, European Network for Smoking Prevention, pp. 85-94.

Lacey, R.E. et al. (2011). "Childhood socio-economic position and adult smoking: are childhood psychosocial factors important? Evidence from a British birth cohort". *European Journal of Public Health*, vol. 21, nº 6, pp. 725-731.

Legleye, S. et al. (2011). "Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study". *Addiction*, vol. 106, nº 8, pp. 1520-

1531.

Levy, A. (2008). A theory of entrenched socioeconomic deprivation and addiction to strong mind-altering substances. *The Journal of Socio-Economics*, vol. 37, n° 5, pp. 1756-1767.

Liccardo, R. (2011). "Substance use and recessions: what can be learned from economic analyses of alcohol?". *International Journal of Drug Policy*, vol. 22, n° 5, pp. 326-334.

Lin, E.Y. et al. (2012). "Neighbourhood matters: Perceptions of neighbourhood cohesiveness and associations with alcohol, cannabis and tobacco use". *Drug and Alcohol Review*, vol. 31, n° 4, pp. 402-412.

Linström, M. (2008). "Social capital, social class and tobacco smoking". *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, vol. 8, n° 1, pp. 81-89.

Lindström, M. et al. (2013). "A life-course perspective on economic stress and tobacco smoking: a population-based study". *Addiction*, vol. 108, n° 7, pp. 1305-1316.

McKinney, C.M. et al. (2012). "Alcohol availability and neighborhood poverty and their relationship to binge drinking and related problems among drinkers in committed relationships". *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 27, n° 13, pp. 2703-2727.

Melotti, R. et al. (2011). "Adolescent alcohol and tobacco use and early socioeconomic position: the ALSPAC Birth Cohort". *Pediatrics*, vol. 127, n° 4, pp. e948-e955.

Melotti, R. et al. (2013). "Early life socio-economic position and later alcohol use: birth cohort study". *Addiction*, vol. 108, n° 3, pp. 516-525.

Miech, R. y Chilcoat, H. (2007). "The formation of a socioeconomic disparity: a case study of cocaine and marijuana use in the 1990s". *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 32, n° Supl.6, pp. S171-S176.

Mistry, R. et al. (2011). "Adolescent smoking risk increases with wider income gaps between rich and poor". *Health & Place*, vol. 17, n° 1, pp. 222-229.

Mossakowski, K.N. (2008). "Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking?". *Social Science and Medicine*, vol. 67, n° 6, pp. 947-955.

Najman, J.M. et al. (2008). "Increasing socio-economic inequalities in drug-induced deaths in Australia: 1981-2002". *Drug and Alcohol Review*, vol. 27, nº 6, pp. 613-618.

Ogilvie, D. y Petticrew, M. (2004). "Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study". *Tobacco Control*, vol. 13, nº 2, pp. 129-131.

Patrick, M.E. et al. (2012). "Socioeconomic status and substance use among young adults: a comparison across constructs and drugs". *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 73, nº 5, pp. 772-782.

Peretti-Watel, P. et al. (2009). "Poverty as a smoking trap". *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, nº 3, pp. 230-236.

Phung, H.N. et al. (2003). "Ecological and individual predictors of maternal smoking behaviour. Looking beyond individual socioeconomic predictors at the community setting". *Addictive Behaviors*, vol. 28, nº 7, pp. 1333-1342.

Redonnet, B. et al. (2012). "Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: The socioeconomic context". *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 121, nº 3, pp. 231-239.

Richter, M. et al. (2007). "The impact of socio-economic status on adolescent drinking behaviour". En: *Youth drinking cultures. European experiences*. Hampshire, Ashgate, pp. 81-99.

Schaap, M.M. y Kunst, A.E. (2009). "Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific studies". *Public Health*, vol. 123, nº 2, pp. 103-109.

Schmidt, L.A. et al. (2010). "Alcohol: equity and social determinants". En: *Equality, social determinants and public health programmes*. Ginebra, World Health Organization, 11-29 pp.

Semyonov, L. et al. (2012). "Socioeconomic differences in tobacco smoking in Italy: is there an interaction between variables?". *The Scientific World Journal*, pp. 1- 7.

Shaw, A. et al. (2007). *Drugs and poverty: a literature review*. Glasgow, Scottish Drugs Forum.

Shipton, D. et al. (2009). "Reliability of self reported smoking status by pregnant women for estimating smoking prevalence: a retrospective, cross sectional study". *British Medical Journal*, n° 339, pp. 1-8.

Siahpush, M. y Carlin, J.B. (2006). "Financial stress, smoking cessation and relapse: results from a prospective study of an Australian national sample". *Addiction*, vol. 101, n° 1, pp. 121-127.

Siahpush, M. et al. (2006). "Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey". *Tobacco Control*, vol. 15, n° Suppl. 3, pp. iii71-iii75.

Snedker, K.A. y Herting, J.R. (2008). "The spatial context of adolescent alcohol use. Assessing the role of neighborhood alcohol availability and disadvantage". En: *Geography and drug addiction*. Nueva York, Springer, pp. 43-63.

Steen, J.A. (2010). "A multilevel study of the role of environment in adolescent substance use". *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, vol. 19, n° 5, pp. 359-371.

Stock, C. et al. (2011). "Effects of school district factors on alcohol consumption: results of a multi-level analysis among Danish adolescents". *European Journal of Public Health*, vol. 21, n° 4, pp. 449-455.

Ter Bogt, T. et al. (2006). "Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries". *Addiction*, vol. 101, n° 2, pp. 241-251.

Varios autores (2013). La Fratie comme ressource. *Politiques Sociales et Familiales*, n° 111, pp. 5-53.

West, P. et al. (2007). "Smoking in Scottish youths. Personal income, parental social class and the cost of smoking". *Tobacco Control*, vol. 16, n° 5, pp. 329-335.

Wiles, N.J. et al. (2007). "Socio economic status in childhood and later alcohol use: a systematic review". *Addiction*, vol. 102, n° 10, pp. 1546-1563.

Williams, C.T. y Latkin, C.A. (2007). "Neighborhood socioeconomic status, personal network attributes, and use of heroin and cocaine". *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 32, n°

Supl.6, pp. S203-S210.

Wright, D.A. et al. (2007). "Understanding the relative influence of neighborhood, family, and youth on adolescent drug use". *Substance Use and Misuse*, vol. 42, n° 14, pp. 2159-2171.

Young-Hoon, K.N. (2012). "A longitudinal study on the impact of income change and poverty on smoking cessation". *Canadian Journal of Public Health*, vol. 103, n° 3, pp. 189-194.

PARTE II. ANÁLISIS EMPÍRICO

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS, CONSUMO DE DROGAS Y TERRITORIO: UN ANÁLISIS MULTINIVEL

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

1.1. Introducción

Numerosas investigaciones señalan que el estatus socioeconómico de un individuo puede determinar sus hábitos de salud y, más concretamente, su relación con las drogas (Bacigalupe de la Hera, Esnaola y Martín, 2011; Hisccock et al., 2012; Daniel, et al., 2009; Shaw, a., et al., 2007; Kunst, 2007; Levy, 2008). Al mismo tiempo, diversos estudios han analizado el impacto que podrían tener las características sociodemográficas del territorio en el que uno reside en los hábitos de salud y en los consumos de drogas (una reciente revisión sistemática puede encontrarse en Karriker-Jaffe, 2011). La hipótesis que subyace a ambos enfoques es que, al igual que con otros problemas de salud pública, parte de la variabilidad que se observa en el consumo de drogas puede deberse a factores individuales y parte a factores contextuales, es decir los referidos a las características del territorio (Duncan, Jones y Moon, 1999; Phung et al., 2003; Galea, Rudenstine y Vlahov, 2005; Galea et al., 2003; Diez Roux 2001).

Desde el punto de vista de las políticas públicas en el ámbito de las adicciones, el estudio de la relación entre las circunstancias socioeconómicas del entorno y el consumo de drogas puede resultar de interés, puesto que, de confirmarse dicha relación, permitiría identificar zonas del territorio en las que centrar los esfuerzos de prevención, tratamiento y reducción de daños, que constituyen los pilares fundamentales de la política de drogodependencias de la CAE. En este sentido, resulta de especial interés el análisis de zonas geográficas pequeñas, inferiores al mu-

nicipio, en la medida en que ofrecen información adicional sobre los barrios en los que convendría actuar en materia de drogodependencias (Esnaola et al., 2009). Dado que resulta difícil disponer de información sobre el consumo de sustancias con ese nivel de desagregación territorial, resulta de interés conocer si determinados indicadores de privación en zonas geográficas pequeñas, como las secciones censales, podrían actuar como *proxy* para predecir la incidencia del consumo de diversas sustancias (Duncan, et al., 1999).

1.2. Objetivos

El objetivo de esta investigación consiste en analizar la influencia de las desigualdades socioeconómicas en el consumo de diversas sustancias. Se aborda la cuestión tanto desde una perspectiva individual como contextual, aunque se pone mayor énfasis en esta última, dado que supone un enfoque más novedoso, insuficientemente desarrollado hasta la fecha en el ámbito de las adicciones en la CAE.

Concretamente, las preguntas a las que pretende responder el estudio son las siguientes:

- ¿Existe una variabilidad significativa entre las secciones censales de la CAE en lo que se refiere al consumo de tabaco, alcohol, cannabis y drogas ilegales?
- ¿Qué influencia ejercen las características individuales, en particular el grupo socioeconómico, en el consumo de estas drogas?; y
- De confirmarse una variabilidad significativa entre secciones censales, ¿existe asociación entre las características socioeconómicas de la sección censal de residencia y el consumo de estas sustancias, que vaya más allá o pueda considerarse independiente de la influencia de las características individuales antes señaladas? Y, si existe tal asociación, ¿en qué sentido se manifiesta?

La respuesta a la primera pregunta permitiría a la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco determinar si es relevante planificar intervenciones de prevención o reducción de daños en el nivel de sección censal o si, por el contrario, se trata de una delimitación geográfica irrelevante de cara a la planificación en esta materia, y resulta preferible optar por un ámbito territorial más amplio (la comarca o el Territorio Histórico, por ejemplo) (Merlo, 2011). Efectivamente, el hecho de que exista un nivel de variabilidad significativo entre las distintas secciones censales, aun cuando no se sepa a qué factores responden, indica la existencia de realida-

des diferenciadas en las diversas secciones, y la necesidad por tanto de adaptar las intervenciones preventivas o los dispositivos de tratamiento a esas realidades.

La respuesta a la segunda pregunta podría servir de orientación a la hora de elaborar los programas de prevención y los materiales utilizados en los mismos (NIDA, 2003; Fegert et al. 2009), en la medida en que se puedan asociar determinadas características sociodemográficas –edad, sexo, estatus socioeconómico... – a factores de riesgo o protección específicos.

Finalmente, la respuesta a la tercera pregunta podría ofrecer pistas para establecer prioridades a la hora de llevar a cabo el despliegue territorial de los programas o a la hora de asignar recursos a los mismos en función de las necesidades existentes, así como para intervenir indirectamente sobre el consumo, reduciendo o eliminando los factores de riesgo contextuales (Merlo, 2003). Desde ese punto de vista, conocer con qué factores se relaciona o en qué sentido se manifiesta la variabilidad geográfica que pueda ser identificada puede ayudar a comprender mejor los elementos que subyacen a los consumos de drogas y, por tanto, a planificar las políticas públicas en materia de adicciones.

2. METODOLOGÍA

Para dar respuesta a las preguntas señaladas, el presente estudio se plantea un modelo multinivel a partir de los datos de dos encuestas: la encuesta Euskadi y Drogas, que constituye la principal (y más dilatada en el tiempo) operación estadística sobre consumo de sustancias en la población vasca de 15 a 74 años, y la Encuesta de Salud del País Vasco, que recoge información detallada sobre el estado de salud y los determinantes de la salud de la población. Aunque inicialmente se planteó completar este análisis con datos de la encuesta Drogas y Escuela, para conocer en qué medida existen relaciones entre los elementos analizados y los consumos de drogas en la población escolar, tal análisis no se pudo llevar a cabo debido a que los responsables de la misma no han facilitado el acceso a los datos por estar realizando, a instancias de la Dirección de Salud Pública y Adicciones, un estudio de similares características a partir de tales datos.

2.1. Modelos multinivel

Los modelos multinivel, modelos jerárquicos o modelos mixtos constituyen un tipo de análisis cada vez más extendido en el ámbito de la salud pública. Este auge responde a al menos dos tipos de motivaciones.

En primer lugar, al creciente interés por la influencia que ejerce el entorno en los individuos y en sus hábitos de vida. Los estudios epidemiológicos desarrollados en los últimos cincuenta años se han centrado principalmente en el estudio de las características de los individuos como determinantes esenciales de la salud, conformando lo que se ha dado en denominar la *epidemiología del riesgo*. Aunque es innegable que este enfoque individual ha llevado a importantes descubrimientos sobre las causas de la enfermedad y sus determinantes, y ha facilitado el desarrollo de políticas e intervenciones (como, por ejemplo, las políticas antitabaco) de indudable impacto sobre la salud pública, también es cierto que la insistencia en los factores de riesgo individuales ha contribuido a destacar las causas biomédicas de la enfermedad, priorizándolas sobre las causas sociales, económicas y políticas, de carácter estructural (Diez Roux, 2008).

Sin embargo, en las últimas décadas esta visión *individualista* ha tendido a ampliarse a partir de la consideración de que “el lugar en el que uno vive puede afectar la salud, independientemente de quien uno es” (Kawachi, Berkman (eds.), 2003) y de que no sólo existen diferencias geográficas en salud, sino que el lugar en el que uno vive puede crear diferencias en salud (“*not only do places differ, but place makes a difference*” (Jones y Duncan, 1995)). Desde esta perspectiva, la salud de las personas dependería no sólo de las características individuales, sino también de la ecología social, es decir, del entorno en el que vivimos y trabajamos. Así pues, las diferencias geográficas en salud no solo obedecerían a una distinta composición de la población (acumulación en determinados lugares de determinadas características individuales), sino también a características propias del lugar (Merlo, 2011). Por otra parte, analizar si existe una correlación en términos de salud o de comportamientos relacionados con la salud entre las personas que viven en un mismo área resulta valioso a la hora de valorar si las intervenciones de salud pública deben dirigirse a los individuos o si resulta más eficaz centrarse en determinadas comunidades o áreas geográficas (Merlo, 2003; Merlo, et al., 2009; Merlo, 2011; Diez Roux, 2001).

En el ámbito de las adicciones, este interés por la influencia del contexto o del entorno ha estado presente desde hace décadas, quizá debido a que, tratándose de un fenómeno esencialmente cultural, ha resultado más evidente que factores ajenos al propio individuo (como el contexto de socialización, la familia o los pares) podían ejercer una influencia significativa sobre el consumo. De esta manera, la literatura sobre adicciones, y en concreto, sobre los factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad hacia las drogas, ha tratado de incorporar este tipo de factores contextuales como variables explicativas del consumo individual. Con todo, al tratar de analizar estas cuestiones, los investigadores se han encontrado con dificultades tanto conceptuales como metodológicas.

En el plano conceptual, con frecuencia, las investigaciones no han sabido distinguir adecuadamente entre los dos niveles –individual y contextual– de análisis, incurriendo en diversos tipos de falacias (Diez Roux, 2008). En el contexto de las adicciones, por ejemplo, puede darse la situación en la que, a partir de investigaciones que relacionan el bajo nivel de renta de un individuo con el riesgo de ser consumidor habitual de tabaco, una administración decide poner en marcha un programa de prevención dirigido a las áreas de su territorio con menor renta per cápita. Sin embargo, las asociaciones que se observan a nivel individual no siempre se mantienen a nivel grupal, por lo que teóricamente existe la posibilidad de que, a pesar de existir una asociación entre bajo nivel de renta y consumo de tabaco a nivel individual, la prevalencia de consumo sea menor (no mayor) en las zonas del territorio con menor renta per cápita. La administración que puso en marcha la intervención mencionada habría caído en una falacia atomista, al utilizar datos de nivel individual para realizar una inferencia a nivel grupal. Los modelos multi-nivel evitan este tipo de falacias al incorporar el efecto de variables de nivel grupal en el análisis de resultados a nivel individual (Diez Roux, 1998). De esta manera, utilizando un modelo multi-nivel, la administración a la que se ha aludido podría conocer si, en su territorio, el ingreso per cápita está asociado con un mayor riesgo (individual) de consumo de tabaco y utilizar esta información de manera correcta para planificar la intervención.

En el plano metodológico, el auge de los modelos multinivel responde también a un problema, de carácter más práctico, que tiene que ver con la adecuación de los métodos estadísticos convencionales para analizar los datos de los que normalmente se dispone en las ciencias sociales y de la salud.

Tanto en la investigación social como en el ámbito de la educación o de la sanidad, es frecuente encontrarse con datos anidados o jerarquizados, de manera que los alumnos y alumnas se agrupan en clases y colegios, los enfermos en hospitales y las personas en barrios o ciudades. Es plausible suponer que existen similitudes entre las personas que son tratadas en un mismo hospital o por un mismo médico (mismas técnicas, mismo instrumental, etc.), frente a las que se atienden en hospitales distintos. De la misma manera, se puede suponer que las personas que viven en determinado barrio comparten ciertas características, aunque no sea más que las del entorno que las rodea. Los datos están por lo tanto correlacionados, puesto que existen similitudes entre los individuos que pertenecen a un mismo grupo. Por otra parte, la correlación entre sujetos de la investigación también puede aparecer como artefacto de los diseños de investigación al utilizar muestras multietápicas, estratificadas, longitudinales, etc.

Cuando se emplean las tradicionales técnicas de regresión con este tipo de datos para analizar la influencia de determinado factor en el fenómeno de interés, se obvia la correlación que existe

entre los sujetos de la investigación. Al incumplir la hipótesis de independencia de las observaciones en la que se basan las técnicas de regresión surgen errores de estimación que pueden llegar a invalidar los resultados de la investigación (Andreu, 2011).

El análisis multinivel permite resolver tanto los problemas conceptuales como técnicos que surgen al analizar datos jerarquizados. Además resuelven otros problemas tales como determinar si las variables de grupo “moderan” las relaciones a nivel individual (interacciones entre niveles) y establecer qué porcentaje de la variabilidad observable en la variable dependiente es imputable al individuo y qué porcentaje es imputable al grupo. El análisis multinivel tiene por lo tanto como objetivo modelizar estadísticamente la influencia de variables contextuales sobre las actitudes o los comportamientos medidos a nivel individual (Andreu, 2011). En este sentido, constituye una herramienta idónea para responder a las preguntas que se plantean en este estudio.

Por otra parte, el método de análisis se ajusta bien al diseño de la muestra que, tal y como se indica a continuación, implica la selección de los individuos en dos etapas, con una primera etapa en la que se seleccionan un número de secciones censales en cada Territorio Histórico y una segunda etapa en la que se seleccionan los individuos a entrevistar en cada sección censal.

2.2. Bases de datos

En este estudio, al objeto de analizar la relación entre las características socioeconómicas del lugar de residencia y el uso de sustancias se utilizan dos encuestas diferentes: la Encuesta Euskadi y Drogas y la Encuesta de Salud del País Vasco, ambas realizadas por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

2.2.1. Euskadi y Drogas

En el caso de la encuesta *Euskadi y Drogas*, se han utilizado tres ediciones de la misma, concretamente las correspondientes a 2006, 2008 y 2010²⁶. Esta encuesta recoge datos detallados sobre el uso de distintas sustancias legales e ilegales por parte de la población de 15 a 74 años de la CAE, lo que la convierte en la fuente más idónea para responder a las preguntas inicialmente planteadas en el estudio.

²⁶ Aunque la última edición de Euskadi y Drogas data de 2012, no se ha incorporado al análisis porque su diseño muestral ha sufrido importantes cambios respecto a ediciones anteriores.

Cada una de las oleadas de Euskadi y Drogas dispone de una muestra de unos 2.000 individuos²⁷, representativa de cada uno de los Territorios Históricos de la CAE, estratificada por edad y género. La muestra tiene afijación desproporcional por Territorio (para mantener el error muestral del territorio alavés por debajo del $\pm 4,6\%$) y proporcional por tipo de sección censal. Una vez fijado el número de encuestas a realizar por Territorio Histórico, se calcula el número de secciones censales a incluir, teniendo en cuenta la realización de unas 18 encuestas por sección censal.

La selección de la muestra se lleva a cabo en dos etapas. En la primera etapa, el universo de secciones censales se estratifica por Territorio Histórico y, dentro de cada territorio, por tamaño del municipio al que pertenecen y de si son o no secciones de las capitales²⁸. Dentro de cada estrato, se seleccionan las secciones de forma aleatoria. En la segunda etapa, la selección de la vivienda dentro de una sección censal se realiza de forma aleatoria, mediante el seguimiento de rutas basado en el método del “*random route*”. Por último las personas a entrevistar en cada hogar se eligen en base a cuotas de género y edad, de modo que al finalizar el número de entrevistados en una sección se cumpla un determinado reparto de entrevistas en grupos –de edad y género– de los mismos.

De cara al análisis se han unido las bases correspondientes a los tres años de encuesta en una única base, de cara a incrementar el poder estadístico de la muestra, ya que los análisis multinivel requieren un tamaño muestral considerable (Subramanian, Jones y Duncan, 2003; Raudenbush, 2008, Heck, Thomas y Tabata, 2012). Subramanian y colaboradores, por ejemplo, recomiendan un mínimo de 100 grupos y 10 individuos por grupo para un análisis de componentes de varianza e incrementar el número de individuos por grupo si se desean hacer predicciones para grupos específicos (Subramanian, Jones y Duncan, 2003).

2.2.1.1. Variables de análisis

a) Variables dependientes: consumo de sustancias

Se ha procurado escoger para el análisis aquellas variables de consumo que, estando suficientemente extendidas para ser detectadas a través de encuestas a la población general como *Euskadi y Drogas*, pueden suponer un importante riesgo para la salud. En este sentido, se han

²⁷ En 2006 se entrevistó a 2.004 personas y en 2008 y en 2010 la muestra fue de 2.016 personas cada vez.

²⁸ La variable de estratificación tiene las siguientes categorías: (1) municipios de 10.000 habitantes o menos; (2) municipios de 10.001 a 40.000 habitantes, (3) municipios de 40.001 a 150.000 habitantes; (4) capitales.

obviado las variables relacionadas con el consumo experimental u ocasional (salvo en el caso de las drogas ilegales distintas al cannabis). Las variables objeto de análisis serán las siguientes:

- *Consumo habitual de tabaco*: personas que se declaran consumidoras habituales de tabaco. La variable se ha codificado de la siguiente manera: 1 = Fumador habitual; 0 = Resto.
- *Consumo diario de alcohol*: personas que afirman haber consumido alcohol diariamente en el último año. La variable se ha codificado de la siguiente manera: 1 = Bebedor diario; 0 = Resto
- *Consumo de alcohol de alto riesgo para la salud en virtud de la cantidad consumida*: Se ha elaborado una variable equiparable a la que se utiliza en la Encuesta de Salud, considerando que mantienen un consumo de alcohol de alto riesgo para la salud:
 - Las personas de 15 a 17 años, de ambos géneros, si consumieron alcohol al menos semanalmente en el último año y, o bien consumen alcohol más de 3 días por semana, o bien consumen más de 30 g de alcohol en un solo día.
 - Los hombres de 18 y más años, si consumieron alcohol al menos semanalmente en el último año y, o bien tienen una media de consumo diario a lo largo de una semana mayor de 30 g, o bien consumen más de 40 g en un solo día.
 - Las mujeres de 18 y más años, si consumieron alcohol al menos semanalmente en el último año y, o bien tienen una media de consumo diario a lo largo de una semana mayor de 20 g, o bien consumen más de 30 g en un solo día.

La variable se ha codificado de la siguiente manera: 1 = Bebedor de alto riesgo; 0 = Resto.

- *Consumo semanal de cannabis*: consumo de cannabis en los últimos 30 días con una frecuencia al menos semanal. La variable se ha codificado de la siguiente manera: 1 = Ha consumido cannabis al menos semanalmente en el último mes; 0 = Resto.
- *Consumo experimental de drogas ilegales (distintas al cannabis)*: incluye el consumo de anfetaminas, éxtasis, alucinógenos, estimulantes y opiáceos. 1 = ha consumido drogas ilegales (excluido el cannabis) alguna vez en la vida; 0 = Resto.
- *Consumo reciente de drogas ilegales (distintas al cannabis)*: incluye el consumo de anfetaminas, éxtasis, alucinógenos, estimulantes y opiáceos en el último año. 1 = Ha consumido drogas ilegales (excluido cannabis) en el último año; 0 = Resto.

b) Variables independientes

Las variables independientes que se han tenido en cuenta son las que, en la investigación disponible, más claramente se asocian a las diferentes pautas de consumo (edad y sexo) por una parte, y, por otra, la que recoge el estatus socioeconómico de las personas encuestadas, o de sus familias, a partir de su ocupación laboral:

- Género de la persona encuestada, codificada 1 = Mujer; 0 = hombre.
- Edad de la persona encuestada, codificada como 1 = 15 a 34 años; 0 = 35 a 74 años.
- Grupo socioeconómico: variable que recoge el grupo socioeconómico de la persona encuestada en cuatro grupos: Grupo I, directivos, técnicos superiores y profesionales liberales; grupo II, cuadros y mandos intermedios; Grupo III, trabajadores manuales cualificados; y Grupo IV, trabajadores no cualificados. En el caso de las personas que nunca han trabajado se recoge la ocupación del cabeza de familia y en el caso de las personas jubiladas, su ocupación anterior. De cara al análisis, se han construido dos variables dicotómicas: “SES.Alto”, con las categorías 1 = SES alto (grupos I y II); 0 = Resto; y “SES.Bajo” con las categorías 1 = SES bajo (Grupo IV); 0 = Resto.

c) Variables socioeconómicas del entorno

Para estimar las diferencias territoriales en cuanto a variables socioeconómicas se ha optado por la utilización de dos índices sintéticos, mediante los cuales se pretende captar la realidad socioeconómica de cada territorio, ya utilizados con anterioridad en otros estudios. En concreto, se ha recurrido a los siguientes índices:

- Índice de privación socioeconómica de las secciones censales de la CAPV (en adelante índice de privación MEDEA), construido para analizar las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en el País Vasco (Esnaola, S. et al., 2009; Domínguez-Berjon, M.F. et al., 2008). Se trata de un índice, construido a partir de cinco variables socioeconómicas del Censo de Población y Viviendas de 2001 del INE: proporción de desempleo en la población activa, proporción de instrucción insuficiente en jóvenes de 16 a 29 años, proporción de instrucción insuficiente en la población total, proporción de trabajadores manuales en la población ocupada, y proporción de trabajadores manuales en la población ocupada.

La variable utilizada en el estudio recoge el quintil de privación socioeconómica en el que se encuentra la sección censal. Para el análisis, se han elaborado dos variables dicotómicas:

“priv.alta” con las categorías, 1 = quintil con mayor privación; 0 = Resto y, “priv.baja”, con las categorías 1 = quintil con menor privación; 0 = Resto.

- *Índice Sintético de Vulnerabilidad Urbana - clasificación según criterios socioeconómicos (ISV-SE)*, del Ministerio de Fomento (Ministerio de Fomento, 2012). Incluye los siguientes indicadores: (1) Porcentaje de población en paro, (2) Porcentaje de población juvenil en paro; (3) Porcentaje de ocupados eventuales, (4) Porcentaje de ocupados no cualificados y (5) Porcentaje de población sin estudios.

Los indicadores utilizan datos del Censo de Población y Viviendas de 2001. El índice se construye mediante una clasificación multicriterio que consiste en agrupar las secciones censales en un número C de clases, de manera que, dentro de cada clase, ninguna sección puede considerarse mejor o peor que las demás en relación con los indicadores considerados. El índice de vulnerabilidad (Iv) de la sección censal i viene dado por:

$$Iv_i = (C - k + 1)/C \text{ siendo } Iv_i \in [1/C, 1]$$

Donde C es el número total de clases y k es la clase de la sección censal i . El rango del indicador sintético varía entre 0 y 1, siendo 0 menos vulnerable y 1 más vulnerable²⁹.

d) *Sección censal de residencia*

La sección censal de residencia de las personas encuestadas en Euskadi y Drogas se refería, en cada edición de la encuesta, a la delimitación censal en vigor en el momento de realización del trabajo de campo, mientras que las variables de descripción de la situación socioeconómica del entorno utilizan el seccionado de 2001, al ser índices construidos a partir de datos provenientes del Censo de Población y Viviendas de ese año.

Por este motivo, ha sido necesario trasladar los códigos de sección recogidos en cada base de datos de Euskadi y Drogas al seccionado del año 2001, con el objetivo de unir los datos sobre consumo de drogas con los datos sobre la situación socioeconómica de las secciones censales de la CAE.

Para hacerlo, se ha utilizado el visor de mapas disponible en el portal GeoEuskadi del Gobierno Vasco³⁰. Esta aplicación integra el callejero oficial de la CAPV y ofrece un buscador que permite

²⁹ Para más información sobre la metodología utilizada para la construcción de este índice ver Ministerio de Fomento. *Atlas de la Vulnerabilidad Urbana en España. Metodología, contenidos y créditos*, 2012

³⁰ http://www.geo.euskadi.net/s69-bisorea/es/x72aGeoEuskadiWAR/index.jsp?expandpanel=SearchsNoraPanel_c_v2

localizar direcciones concretas (calle y portal). La aplicación también permite añadir capas personalizadas a los mapas, con lo que ha sido posible cargar en el buscador el mapa de límites censales vigente en 2001³¹. Con esta herramienta, se ha procedido a localizar la dirección de residencia de cada persona encuestada en Euskadi y Drogas, anotando el seccionado que correspondería a su domicilio en el año 2001.

2.2.2. Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013)

La Encuesta de Salud del País Vasco tiene por objetivo conocer el estado de salud y los determinantes de la salud en la población vasca. La edición de 2013 incorpora una serie de preguntas sobre el consumo de tabaco y alcohol por parte de la población de 15 y más años, que serán las utilizadas en el presente estudio.

El diseño de la muestra de la Encuesta de Salud 2013 de la C.A. de Euskadi se ha realizado en dos etapas:

- en la primera etapa se hizo un muestreo aleatorio estratificado de viviendas ocupadas, en los estratos que forman las zonas básicas de salud, que define el Departamento de Salud.
- en la segunda etapa se seleccionó las dos terceras partes de las personas residentes en la vivienda (mayores de 14 años) para recabar sus datos en el cuestionario individual.

La muestra final de personas que han respondido al cuestionario individual en el que se recogen los datos sobre consumo de tabaco y alcohol, consta de 8.036 personas de 15 y más años. Se trata de una muestra representativa de la población residente en viviendas familiares de la CAE, de sus Territorios Históricos y de las comarcas sanitarias³².

2.2.2.1. Variables de análisis

a) Variables dependientes: consumo de sustancias

Las variables dependientes analizadas han sido las siguientes:

³¹ La herramienta de descarga FTP de GeoEuskadi permite descargar los históricos de secciones censales de Eustat en formato shapefile en la dirección:

ftp://ftp.geo.euskadi.net/cartografia/Limites/Unidades_estadisticas/Historico_secciones/.

³² Se pueden consultar los detalles sobre el diseño de la muestra en el documento *Metodología Encuesta de Salud del País Vasco 2013*, disponible en el enlace

https://www.euskadi.net/contenidos/informacion/encuesta_salud_objetivos/es_escav13/adjuntos/Metodolog%C3%ADa%20ESCAV_2013.pdf

- *Consumo habitual de tabaco*: personas que se declaran consumidoras habituales de tabaco. La variable se ha codificado de la siguiente manera: 1 = Fumador habitual; 0 = Resto.
- *Consumo diario de alcohol*: personas que afirman haber consumido alcohol diariamente en el último año. La variable se ha codificado de la siguiente manera: 1 = Bebedor diario; 0 = Resto.
- *Consumo de alcohol de alto riesgo para la salud en virtud de la cantidad consumida*: en la ESCAV 2013 se ha creado una nueva variable de consumo de alcohol, basándose en las recomendaciones del Centro canadiense de lucha contra las toxicomanías. Los puntos de corte se han adaptado a las unidades de bebida estándar usadas en la ESCAV (Gobierno Vasco, 2013). Dicha variable cuenta con tres categorías, en función del riesgo del consumo de alcohol a largo plazo sobre la salud:
 - Personas no bebedoras, ex bebedoras y bebedoras ocasionales.
 - Personas que consumen alcohol de manera habitual (al menos una vez por semana)
 - a. 15-17 años, ambos géneros:
 - i. Consumo de *alto riesgo*: si consumen alcohol más de 3 días por semana, o si consumen más de 30 g de alcohol en un solo día.
 - ii. Consumo de *bajo riesgo*: consumen alcohol sin cumplir las condiciones anteriores.
 - b. 18 y más años: hombres:
 - i. Consumo de *alto riesgo*: media de consumo diario a lo largo de una semana mayor de 30 g o consumo de más de 40 g en un solo día.
 - ii. Consumo de *bajo riesgo*: consumo por debajo de los límites de alto riesgo.
 - c. 18 y más años: mujeres
 - i. Consumo de *alto riesgo*: media de consumo diario a lo largo de una semana mayor de 20 g o consumo de más de 30 g en un solo día.
 - ii. Consumo de *bajo riesgo*: consumo por debajo de los límites de alto riesgo.

A partir de esta variable original, la variable de análisis se ha codificado de la siguiente manera: 1 = Bebedor de alto riesgo; 0 = Resto.

b) *Variables independientes*:

- Género de la persona encuestada, codificada 1 = Mujer; 0 = hombre.
- Edad de la persona encuestada, codificada como 1 = 15 a 34 años; 0 = 35 y más años.

- *Grupo socioeconómico*: el grupo socioeconómico se ha asignado a todas las personas en función de su ocupación laboral remunerada presente o pasada (personas que tuvieron un empleo remunerado en algún momento de su vida). Las personas que nunca hayan tenido una ocupación de este tipo tienen asignado el valor que le corresponda a la persona de la que dependan económicamente (padres, madres etc.) o el de la persona de la unidad familiar con una clase social más alta. La asignación en cada uno de los cinco grupos se realiza a partir de la codificación a tres dígitos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CNO-11). La variable se ha agrupado en 5 categorías:
 - Grupo I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
 - Grupo II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 trabajadores/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
 - Grupo III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
 - Grupo IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas y semicualificadas.
 - Grupo V. Trabajadores/as no cualificados/as.

De cara al análisis, a partir de esta variable original se han construido dos variables dicotómicas: “SES.Alto”, con las categorías 1 = SES alto (grupos I y II); 0 = Resto; y “SES.Bajo” con las categorías 1 = SES bajo (Grupo IV); 0 = Resto.

c) *Variables socioeconómicas del entorno*

Se utilizan las mismas variables de análisis que en el caso de la encuesta Euskadi y Drogas (ver apartado o del documento).

d) *Sección censal de residencia*

Al igual que en la encuesta Euskadi y Drogas, a cada una de las personas encuestadas en la Encuesta de Salud se le ha asignado el código de la sección censal de residencia que le hubiera correspondido en 2001, de cara a poder asignarles las variables socioeconómicas del entorno,

procedentes del censo de 2001. Se han encargado de esta codificación las personas responsables de la encuesta en el Departamento de Salud³³.

2.3. Tipo de análisis

Para cada una de las Encuestas y de las variables dependientes analizadas se han construido tres modelos multinivel, siguiendo la metodología propuesta en Heck, Thomas y Tabata (2012) y en Merlo et al. (2006): se comienza por un modelo vacío en el que sólo se incluye el intercepto tanto en la parte de efectos fijados como en la parte de efectos aleatorios del modelo, se continúa por un segundo modelo en el que se introducen las variables explicativas de nivel individual en la parte de efectos fijados, y se termina con un tercer modelo en el que se suman, a las anteriores, las variables explicativas de nivel de área en la parte de efectos fijados (variables descriptivas de la situación socioeconómica de la sección censal).

Aunque hubiera sido deseable poder analizar la interacción entre el nivel individual y de área, para conocer si el área de residencia modera la relación entre situación socioeconómica individual y consumo de sustancias, no ha sido posible realizar este análisis debido a que no se disponía de un número suficiente de casos en cada sección censal.

Los análisis se han realizado utilizando la versión 20 del software estadístico SPSS y, más concretamente, el procedimiento GENLINUX que incorpora este software. El programa utiliza el método conocido como *active set method (ASM)* con estimación Newton-Raphson. De acuerdo con el tipo de variable dependiente, que es dicotómica, se ha utilizado la función de enlace logística binaria y la aproximación Satterthwaite, que resulta más útil con muestras desproporcionadas. Por otra parte, se ha utilizado el método de covarianzas robustas para estimar los errores estándar de los coeficientes fijados del modelo puesto que resulta más conservadora y está aconsejada cuando no se cumplen los supuestos de normalidad (Heck, Thomas y Tabata, 2012).

2.4. Ponderación para el análisis

En el caso de la encuesta Euskadi y Drogas, el diseño de la muestra implica que tanto las secciones de residencia como los individuos dentro de cada sección tienen distintas probabilidades de

³³ Agradecemos a Santiago Esnaola y a las personas de su equipo la cesión de los datos de la Encuesta de Salud así como el trabajo realizado para la codificación de las secciones correspondientes a los domicilios de las personas encuestadas en la misma y el asesoramiento prestado para la obtención de los códigos correspondientes a la encuesta Euskadi y Drogas.

selección, por lo que resulta necesario ponderar la muestra en cada nivel (Asparouhov, 2004; Heck, Thomas y Tabata, 2012; Chantala, Blanchette y Suchindran, 2011; Carle, 2009).

Para ello, se han calculado los pesos iniciales como el inverso de la probabilidad de inclusión en la muestra, de manera que:

- El peso inicial de cada unidad primaria de encuestación (psu_wt_j) equivale al inverso de la probabilidad de que una sección censal j sea seleccionada de cada estrato³⁴.
- El peso inicial de cada unidad final de encuestación (fsu_wt_{ij}) equivale al inverso de la probabilidad de que una persona i , residente en una sección j , sea seleccionada, dado que la sección j haya sido seleccionada.

Una vez calculados los pesos iniciales, se ha procedido a calibrar estos pesos para su utilización en modelos multinivel, de acuerdo con lo recomendado en la literatura, utilizando para ello el método B propuesto por T. Asparouhov (Asparouhov, 2004), puesto que se trata del método que proporciona resultados menos sesgados en los análisis de varianza-covarianza (Carle, 2009). De acuerdo con este método el peso calibrado ($fsu_wt_{ij}^*$) para la persona i , residente en la sección j , viene dado por:

$$fsu_wt_{ij}^* = fsu_wt_{ij} \left(\frac{\sum_i fsu_wt_{ij}}{\sum_i fsu_wt_{ij}^2} \right)$$

Finalmente, dado que el software SPSS, en su versión 20, no admite más que un solo elevador de análisis en el procedimiento GENLIMIXED, se ha calculado un único peso final, a partir de los componentes de cada nivel ($psu_wt_j \cdot fsu_wt_{ij}^*$), de acuerdo con lo recomendado en la literatura (Heck, Thomas y Tabata, 2012; Chantala, Blanchette y Suchindran, 2011).

En el caso de la Encuesta de Salud, dado que la sección censal de residencia no formaba parte del diseño muestral, no se ha establecido ponderación para el nivel 2 de análisis y se han utilizado los elevadores originales de la Encuesta de Salud para el fichero de personas, que dan cuenta de la distinta probabilidad de selección de los individuos en la muestra. De acuerdo con el documento que detalla la metodología de la encuesta, estos elevadores se han obtenido en dos pasos (Gobierno Vasco, 2013):

³⁴ Los estratos estaban definidos por el Territorio Histórico y el Tamaño del municipio.

En primer lugar, se han calculado los pesos iniciales, obteniendo para cada persona o registro de la encuesta, la probabilidad de la selección dentro del estrato. El peso inicial es el inverso de esta probabilidad.

En segundo lugar, una vez aplicados estos pesos iniciales se ha ajustado la muestra a los valores de la población. Los totales poblacionales se han calibrado por:

- Población por comarca sanitaria, género y grupo de edad decenal
- Familias por comarca sanitaria y tamaño familiar

El objetivo del ajuste ha sido dar un peso a cada persona o vivienda, de manera que una vez ponderada la muestra, las distribuciones en todas las "variables de ajuste" fueran "cercanas" a las distribuciones teóricas.

Por último, señalar que, tal y como se recomienda en la literatura, los modelos se han calculado tanto con estos pesos como sin ponderar, señalando en los resultados aquellos casos en los que la utilización de la ponderación cambia el sentido de la inferencia realizada (Carle, 2009).

3. RESULTADOS

En este apartado se recogen los resultados obtenidos en el análisis multinivel realizado a partir de las bases de datos de Euskadi y Drogas y de la Encuesta de Salud. Debido a que es la primera vez que se utiliza este tipo de modelo en el ámbito de las adicciones en la CAE, así como a las propias limitaciones del estudio, los resultados que se ofrecen tienen carácter preliminar y deberán ser confirmados por futuras investigaciones.

3.1. Características de las muestras

La muestra finalmente obtenida de Euskadi y Drogas contiene 5.494 individuos agrupados en 327 secciones censales (de las 1.698 que existían en la CAE en 2001)³⁵. El número medio de individuos entrevistados por sección es de 19,2, con una desviación típica de 8,1.

La muestra de la Encuesta de Salud cuenta con un total de 8.036 individuos agrupados en 1.046 secciones censales, con una media de 11,62 personas encuestadas por sección y una desviación típica de 5,7.

La distribución de las muestras de acuerdo con las variables dependientes e independientes analizadas es la siguiente:

³⁵ De la muestra total se han excluido las secciones con menos de 10 casos.

Tabla 1. Distribución de las muestras de acuerdo con las variables dependientes e independientes de nivel individual analizadas

	EyD 2006-2010 (%)	ESCAV (%)
n	5.494	8.036
Género = Mujer	50,2	53,7
Edad = joven (15-34 años)	45,7	17,3
SES alto	27,6	19,0
SES bajo	19,3	13,9
Fumador habitual	30,1	19,1
Consumo diario de alcohol	14,4	20,4
Bebedor de alto riesgo	22,8	19,6
Consumo semanal de cannabis último mes	7,3	–
Consumo de alguna droga ilegal (sin cannabis) en el último año	4,6	–

El elevado peso de la población menor de 34 años en la muestra combinada de Euskadi y Drogas obedece a la necesidad, en la encuesta original, de realizar explotaciones específicas sobre el colectivo de jóvenes. En cualquier caso, la sobrerrepresentación de este colectivo en la muestra se ha corregido mediante la ponderación de análisis.

3.2. Consumo de tabaco y características socioeconómicas de la sección censal de residencia

3.2.1. Resultados a partir de la encuesta Euskadi y Drogas

3.2.1.1. ¿Existe variabilidad entre las secciones censales de la CAE en cuanto al consumo habitual de tabaco?

De acuerdo con los resultados obtenidos en el modelo “vacío”, en el que se analiza la variabilidad en la probabilidad de ser fumador habitual entre secciones censales de la CAE, los resultados del test de Wald indican que existe una variabilidad significativa entre las secciones censales en cuanto a la probabilidad de ser fumador habitual, con varianza 0,394 ($z=2,11$, $p < 0,01$), lo que justificaría, en principio, realizar un análisis multinivel.

De cara a entender lo que representa esta varianza entre secciones en relación con la varianza atribuible a las características individuales, se suele utilizar el llamado coeficiente de correlación

intraclase (CCI). En nuestro caso, el CCI tendría un valor de 0,11³⁶, indicando que la parte de la varianza total explicada por la variabilidad entre secciones es del 11%. En principio, por lo tanto, las diferencias entre individuos en la propensión al consumo habitual de tabaco se explicarían fundamentalmente por características individuales, pero la sección censal de residencia también tendría un efecto considerable, dando lugar a un 11% de la variabilidad entre individuos. Estos datos, en cualquier caso, indican que una parte de las diferencias existentes en cuanto a los consumos de tabaco (y, más concretamente, en cuanto a la posibilidad de ser o no fumador habitual en el momento de la encuesta) están relacionadas con la sección censal de residencia, pero no a qué causas responden.

El CCI nos ofrece una medida relativa, que indica la proporción de la variación total atribuible a la variación entre grupos o *clusters*, pero no ofrece en realidad una cuantificación de dicha variación, por lo que no resulta una medida muy útil cuando se desea determinar si el agrupamiento o *clustering* es un factor importante (Larsen y Merlo, 2005). Por otra parte, de acuerdo con algunos autores, cuando se utiliza con variables dependientes dicotómicas, el CCI presenta el inconveniente de no ser directamente comparable con los efectos fijados del modelo, que se interpretan en términos de odds ratios, es decir, no permite comparar directamente el efecto de la sección censal de residencia con el de las variables de nivel individual, como el género o la edad de la persona, cuando, en realidad, ambos tipos de efectos son de naturaleza similar (Goldstein, 2002, Larsen y Merlo, 2005). Por este motivo, estos autores proponen la interpretación de los efectos aleatorios en términos de odds ratios, mediante la utilización de la odds ratio mediana (ORM).

Esta medida cuantifica la variación entre grupos (en nuestro caso, secciones censales) mediante la comparación de dos individuos pertenecientes a dos grupos distintos escogidos al azar, y calculando la odds ratio mediana entre el individuo más propenso y el menos propenso. Se trata de una medida fácil de calcular, puesto que sólo depende de la varianza de grupo (σ^2_A): $ORM = \exp[\sqrt{(2 \times \sigma^2_A)} \times 0,6745]$, donde 0,6745 es el percentil 75 de la distribución normal acumulada con media 0 y varianza 1. La ORM es siempre igual o mayor que 1. Cuando su valor es igual a 1 indica que no hay variación entre grupos (o secciones) y su valor se irá incrementando cuanto mayor sea esta variación. La medida es directamente comparable con las odds ratios de los efectos fijados (Larsen y Merlo, 2005, Merlo et al., 2006).

³⁶ $CCI = \sigma^2_A / (\sigma^2_A + \sigma^2_I)$, donde σ^2_A indica la varianza entre áreas o secciones y σ^2_I la varianza entre individuos dentro de una misma sección o área. En el método de la variable latente convierte la varianza entre individuos de la escala probabilística a la escala logística asumiendo la existencia de un variable latente continua que subyace a la variable dependiente dicotómica. Esta variable latente tiene una distribución logística con una varianza entre individuos igual a $\pi^2/3 = 3,29$. En nuestro caso, aplicando esta fórmula se obtiene $(0,394 / (0,394 + 3,29)) = 0,11$ (Goldstein, 2002).

En el caso del consumo habitual de tabaco en la CAE, y considerando el modelo 1.2c de la tabla 2, en el que se incluyen las tres variables explicativas de nivel individual, la ORM toma un valor de 1,82. Esto indica que, en el caso mediano, la heterogeneidad entre áreas incrementa 1,82 veces el riesgo individual de ser fumador habitual cuando se eligen dos personas de áreas distintas al azar. Dicho de otra manera, en el caso mediano, si una persona se traslada de una sección donde la probabilidad de ser fumador habitual es baja, a otra con una probabilidad más alta, el riesgo de que fuera fumador habitual se incrementaría en un 82%.

Se observa pues, que, si bien la proporción de la variabilidad total en el consumo habitual de tabaco explicada por el lugar de residencia es modesta (11%), tiene cierta importancia, considerando que el impacto de la sección censal de residencia en la probabilidad de ser fumador habitual es mayor que el de las variables de nivel individual, cuyo efecto oscila entre un 23% y un 42% (ver tabla 2).

3.2.1.2. ¿Qué influencia ejercen los factores individuales en el consumo habitual de tabaco?

En el segundo modelo se han incluido tres variables individuales –género, edad y grupo socioeconómico–, que pueden influir en el consumo habitual de tabaco. Todas las variables muestran una asociación significativa con la variable de consumo. Las odds ratios asociadas a cada una de estas variables explicativas pueden consultarse en la tabla 2. De los datos recogidos en dicha tabla se deduce que:

- El hecho de ser mujer reduce el riesgo de ser fumador habitual en un 34,1% (OR 0,659; $t = -5,3$; $p < 0,01$). La probabilidad de que un hombre de entre 35 y 74 años, que pertenece a un grupo socioeconómico medio o bajo, sea fumador habitual es 0,31; mientras que la probabilidad de una mujer de las mismas características, residente en la misma sección es 0,23.
- El hecho de ser joven incrementa el riesgo de ser fumador habitual en un 41,9% (OR= 1,419; $t = 5,034$; $p < 0,01$). En términos de probabilidad, la probabilidad de ser fumador habitual siendo un hombre joven (menor de 35 años) perteneciente a un grupo socioeconómico medio o bajo, es de 0,39 (frente a 0,31 para una persona de las mismas características pero mayor de 35 años).
- El hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico alto (grupos I y II), reduce el riesgo de ser fumador habitual en un 23,1% en los hombres (OR = 0,769; $t = -2,501$; $p < 0,05$), pero no tiene un impacto significativo en las mujeres. La probabilidad de ser fumador habitual para un hombre de entre 35 y 74 años, que pertenece a un grupo socioeconómico alto es 0,26

(frente a una persona de las mismas características pero perteneciente a un grupo medio o bajo, que sería, de nuevo, 0,31).

3.2.1.3. ¿Qué influencia ejercen las características socioeconómicas del área de residencia en el consumo habitual de tabaco?

De las dos variables analizadas sólo el índice de privación MEDEA, mostró una asociación significativa con el consumo habitual de tabaco (ver tabla 2).

Al tratarse de una variable referida a la sección censal de residencia (cuyo valor es, por lo tanto, igual para todos los individuos de un grupo o sección), la odds ratio que se obtiene no tiene una interpretación directa, ya que exigiría comparar a dos individuos residentes en la misma sección³⁷. Para comparar individuos pertenecientes a secciones diferentes (y que, por tanto, tienen un índice de privación distinto), se puede recurrir al odds ratio de intervalo (*interval odds ratio* o IOR), que es una medida de efectos fijados para la cuantificación de las variables de grupo, contextuales o de nivel de área (Larsen y Merlo, 2005).

Consiste en un intervalo que comprende a una elevada proporción –generalmente 80%– de las odds ratios que se obtendrían si se compararan todos los posibles pares de personas con las mismas características individuales, pero pertenecientes a grupos con valores distintos en la variable de interés (en nuestro caso, individuos que viven en áreas con elevados niveles de privación frente a individuos de características similares que viven en áreas con bajos niveles de privación). Aunque el intervalo puede referirse a cualquier porcentaje, suele adoptarse el intervalo que comprende al 80% de las odds ratios en el centro de la distribución (dejando fuera un 10% en cada extremo de la misma). La fórmula para su cálculo es la siguiente:

$$IOR_{inferior} = \exp [\beta + \sqrt{(2 \times \sigma_A^2)} \times (-1,2816)]$$

$$IOR_{superior} = \exp [\beta + \sqrt{(2 \times \sigma_A^2)} \times (1,2816)],$$

donde, β es el coeficiente de regresión para la variable de grupo o de área, σ_A^2 es la varianza de nivel de área, y los valores -1,2816 y +1,2816 son los percentiles 10 y 90 de la distribución normal con media 0 y varianza 1, respectivamente.

³⁷ En el caso de las variables individuales, la interpretación de la odds ratio consiste en comparar el riesgo de ser fumador habitual para dos individuos que se diferencian por un factor (por ejemplo, el género) dentro de un mismo grupo o sección.

Un intervalo IOR amplio indica que hay una gran variabilidad entre áreas, mientras que un intervalo estrecho indica que la variabilidad entre áreas es pequeña. Cuando el intervalo incluye el valor 1 esto indica que la variable de nivel de área estudiada tiene poca importancia en comparación con la variabilidad residual que permanece inexplicada (Larsen y Merlo, 2005).

De acuerdo con los resultados obtenidos en el modelo 1.3a, el hecho de residir en un área perteneciente al quintil de mayor privación incrementa significativamente el riesgo de ser fumador habitual, siendo todas las demás covariables constantes ($\beta=0,231$; EE = 0,099; $t = 2,332$; $p < 0,05$). Es decir, más allá o al margen de las diferencias individuales que puedan existir, y que como hemos visto influyen en el consumo, el nivel de privación socioeconómica de la sección censal de residencia influye también en los consumos de tabaco, de tal forma que el consumo habitual se asocia a las secciones con índices de privación más elevados.

No obstante, la odds ratio de intervalo, –que oscila entre 0,40 y 3,97, e incluye, por lo tanto, el valor 1 dentro del mismo (ver tabla 2)– indica que el efecto de la variable de área analizada (en este caso el índice de privación) no es muy importante en relación con la heterogeneidad residual remanente a nivel de secciones (Merlo et al., 2006). Por otra parte, la amplitud del intervalo confirma el resultado obtenido a partir del coeficiente de correlación intraclase, indicando que existe una variabilidad significativa entre las secciones censales en cuanto a la proporción de fumadores habituales.

Tabla 2. Medidas de asociación entre características individuales y de área y el consumo de habitual de tabaco en la CAE, a partir de modelos logísticos multinivel de los datos de las encuestas Euskadi y Drogas 2006-2010

	Modelo 1.1a Modelo vacío	Modelo 1.2a Variables explicativas de nivel individual	Modelo 1.3a Variables explicativas de nivel de área
Medidas de asociación (OR, IC 95%)			
Variables de nivel individual			
Género (mujer vs. hombre)		0,659 (0,565 a 0,769)	0,695 (0,609 a 0,794)
Edad (15-34 años vs. 35-74 años)		1,419 (1,238 a 1,626)	1,422 (1,241 a 1,631)
Grupo SE (alto vs. medio o bajo)		0,769 (0,627 a 0,945)	0,849 (0,734 a 0,982)
Mujer * SE alto		---	---
Variables de área			
Índice de privación (quintil con mayor privación vs. resto)			1,259 (1,036 a 1,531)
Odds Ratio de Intervalo (IOR-80)			0,40 a 3,97
Medidas de variación o agrupamiento (clustering)			
Varianza entre secciones (EE)	0,394 (0,039)	0,409 (0,040)	0,402 (0,040)
CPV (%)*		4,06	-1,95
ORM	1,82	1,84	1,83
CCI (método de variable latente)	0,11	0,12	0,11
Criterios de información sobre bondad de ajuste			
Akaike corregida	36.829,841	36.636,977	36.637,610

OR, odds ratio; IOR, odds ratio de intervalo; EE, error estándar; CPV, cambio proporcional de la varianza; ORM, odds ratio mediana; CCI, coeficiente de correlación intraclase.

* Indica el cambio porcentual que existe, entre los sucesivos modelos, en la varianza entre secciones.

3.2.2. Resultados a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco

3.2.2.1. ¿Existe variabilidad entre las secciones censales de la CAE en cuanto al consumo habitual de tabaco?

Los datos procedentes de la Encuesta de Salud del País Vasco confirman los resultados obtenidos en el análisis anterior respecto a la variabilidad del consumo habitual de tabaco entre las secciones censales de la CAE (ver tabla 3). En este caso, el test de Wald indica una varianza de 0,312 ($z = 6,611, p < 0,01$), muy similar, por tanto, a la que se obtenía a partir de Euskadi y Drogas (0,394, en el modelo vacío).

El coeficiente de correlación intraclase (CCI), 0,087, también arroja un resultado similar, aunque algo más modesto que el que se obtenía a partir de las bases de datos de Euskadi y Drogas. Esto estaría indicando que aproximadamente un 8,7% de la variabilidad total correspondería a la variabilidad entre secciones (y, por lo tanto, el 91% restante sería debida a factores individuales).

La odds ratio mediana, de 1,70, en el segundo modelo, que incluye las variables explicativas de nivel individual, indica que el hecho de residir en una sección censal con mayor probabilidad de consumo incrementaría en un 70% el riesgo individual de ser fumador habitual. Se trata de una cifra similar a la que se obtenía a partir de los datos de Euskadi y Drogas analizados en el apartado anterior.

3.2.2.2. ¿Qué influencia ejercen los factores individuales en el consumo habitual de tabaco?

Las tres variables de nivel individual analizadas muestran una asociación significativa con el consumo habitual de tabaco (ver tabla 3).

- El hecho de ser mujer reduce en un 35,4% el riesgo de ser fumador habitual, siendo otras variables constantes (OR = 0,646, $t = -6,403, p < 0,01$).
- El hecho de ser joven (menor de 35 años) incrementa el riesgo en un 25,8%, a igualdad de otros factores (OR = 1,258, $t = 2,897, p < 0,01$).
- El hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico alto reduce el riesgo de ser fumador habitual en un 34,6% (OR = 0,654, $t = -3,659, p < 0,01$) para los hombres, pero no tiene un impacto significativo en las mujeres (OR = 1,178; $t = 0,992; p = 0,321$).

Estos resultados son coherentes con los obtenidos en Euskadi y Drogas en cuanto a la dirección de la asociación entre las variables independientes y el consumo habitual de tabaco. En este sentido, el hecho de ser mujer o el hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico alto, siendo hombre, serían factores de protección frente al consumo, mientras que la juventud representaría un factor de riesgo.

No obstante, sí se aprecian ligeras variaciones entre las dos encuestas en cuanto a la magnitud de la asociación observada; así, la influencia de la edad sería algo menor a partir de los datos de la Encuesta de Salud (OR 1,26 frente a 1,42 en Euskadi y Drogas), mientras que el impacto del grupo socioeconómico entre los hombres resultaría algo más fuerte (OR 0,65 frente a 0,77 en Euskadi y Drogas).

3.2.2.3. ¿Qué influencia ejercen las características socioeconómicas del área de residencia en el consumo habitual de tabaco?

El impacto del nivel de privación de la sección censal de residencia, que tiende a incrementar en un 29% el riesgo individual frente al consumo de tabaco, es muy similar al que se ha calculado anteriormente a partir de la encuesta Euskadi y Drogas (26%). Con todo, hay que tener en cuenta que el intervalo de confianza, en su límite inferior incluye prácticamente el valor 1, lo que incrementa la incertidumbre respecto al resultado (ver tabla 3).

Por otra parte, la odds ratio de intervalo (IOR) que, tal y como se ha explicado, ofrece una indicación de la importancia de la variable de privación socioeconómica a la hora de explicar la variabilidad del consumo habitual de tabaco entre secciones censales, indica que ésta no es muy importante en comparación con la variabilidad a nivel de sección censal que permanecería inexplicada. Los resultados concuerdan, en este sentido, con el análisis realizado anteriormente a partir de la encuesta Euskadi y Drogas.

Tabla 3. Medidas de asociación entre características individuales y de área y el consumo de habitual de tabaco en la CAE, a partir de modelos logísticos multinivel de los datos de la Encuesta de Salud del País Vasco

	Modelo 1.1b Modelo vacío	Modelo 1.2b Variables explicativas de nivel individual	Modelo 1.3b Variables explicativas de nivel de área
Medidas de asociación (OR, IC 95%)			
Variables de nivel individual			
Género (mujer vs. hombre)		0,646 (0,565 a 0,738)	0,667 (0,590 a 0,753)
Edad (15-34 años vs. 35-74 años)		1,258 (1,076 a 1,470)	1,259 (1,078 a 1,471)
Grupo SE (alto vs. medio o bajo)		0,654 (0,521 a 0,821)	0,718 (0,607 a 0,849)
Mujer * SE alto		---	---
Variables de área			
Índice de privación (quintil con mayor privación vs. resto)			1,292 (1,089 a 1,534)
Odds Ratio de Intervalo (IOR-80)			0,48 a 3,49
Medidas de variación o agrupamiento (clustering)			
Varianza entre secciones (EE)	0,312 (0,047)	0,311 (0,048)	0,301 80,047)
CPV (%)*		-0,32	-3,21
ORM	1,70	1,70	1,69
CCI (método de variable latente)	0,087	0,086	0,084
Criterios de información sobre bondad de ajuste			
Akaike corregida	38.065,629	38.355,133	38.393,784

OR, odds ratio; IOR, odds ratio de intervalo; EE, error estándar, CPV, cambio proporcional de la varianza; ORM, odds ratio mediana; CCI, coeficiente de correlación intraclase.

* Indica el cambio porcentual que existe, entre los sucesivos modelos, en la varianza entre secciones.

3.2.3. Conclusiones de cara a la planificación de las políticas antitabaco en Euskadi

Los resultados obtenidos en este análisis preliminar indican que existe cierta variabilidad en el consumo habitual de tabaco entre secciones censales de la CAE. Las diferencias entre secciones podrían explicar entre el 8,7% y el 11% de la variabilidad total en el consumo, dependiendo de si se utilizan los datos de la Encuesta de Salud o de Euskadi y Drogas.

Interpretando la varianza entre secciones en términos de odds ratio, de forma que la influencia de la sección de residencia sea directamente comparable con la que ejercen los factores individuales, podemos afirmar que, en el caso mediano, el riesgo individual de ser fumador habitual se incrementaría entre un 70% y un 80% por el hecho de vivir en una sección con una proporción elevada de fumadores habituales. La magnitud de esta asociación es relativamente fuerte si se compara con el impacto de las variables individuales analizadas, en cuyo caso, el efecto más fuerte detectado supondría un incremento del 42% en el riesgo de ser fumador habitual (este efecto se corresponde con el de la variable edad a partir de la encuesta Euskadi y Drogas). Estos resultados indican que la sección censal de residencia puede constituir un ámbito geográfico significativo para la implantación de medidas antitabaco (Merlo, 2011).

Por lo que se refiere a las desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco, tanto el grupo socioeconómico al que pertenece un individuo como el nivel de privación del área de residencia muestran una asociación significativa con el consumo habitual de esta sustancia. En

el caso de las características individuales, el hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico alto tendría un efecto protector frente al consumo, reduciendo entre un 23% y un 35% el riesgo de ser fumador habitual, aunque únicamente entre los hombres. Esto confirma los resultados obtenidos en investigaciones anteriores que sitúan a la CAE en lo que cabría considerar como la *tercera etapa* de la difusión de la epidemia del tabaquismo (Bacigalupe, Esnaola y Martín, 2011).

Por otra parte, el hecho de residir en una sección censal que se encuentre entre el 20% de las secciones con mayor privación de la CAE, de acuerdo con el índice construido por el grupo ME-DEA, incrementaría el riesgo individual de ser fumador habitual en algo más de un 25%. De acuerdo con este último resultado, estaría justificado centrar los esfuerzos de prevención en estas secciones con mayor índice de privación. Con todo, hay que tener presente que este indicador tiene un valor relativamente pequeño a la hora de explicar la variabilidad existente entre secciones (en comparación con la variabilidad residual que permanecería inexplicada), por lo que sería conveniente que futuras investigaciones analizaran si otros indicadores del entorno (socioeconómicos o de otro tipo) pueden explicar mejor la variabilidad que se observa entre las secciones censales de la CAE en lo referente al consumo habitual de tabaco.

3.3. Consumo de alcohol y características socioeconómicas de la sección censal de residencia

En este apartado se analizan dos variables referidas al consumo de alcohol en la CAE; la primera de ellas se refiere al consumo frecuente –diario– de bebidas alcohólicas y la segunda a consumos que se consideran de alto riesgo para la salud en virtud de la cantidad de alcohol consumida³⁸.

3.3.1. Resultados a partir de la encuesta Euskadi y Drogas

3.3.1.1. ¿Existe variabilidad entre las secciones censales de la CAE en cuanto al consumo de alcohol?

De acuerdo con los resultados obtenidos en el modelo “vacío”, en el que solo se tiene en cuenta el agrupamiento de los sujetos en secciones, se observa una variabilidad significativa entre

³⁸ Tal y como se ha indicado en el apartado metodológico la variable se ha construido de acuerdo con la metodología empleada en la Encuesta de Salud a partir de las recomendaciones del Centro Canadiense de Lucha contra las Toxicomanías sobre las cantidades que pueden considerarse de alto riesgo para la salud.

las secciones censales de la CAE, tanto en lo referente al consumo diario de alcohol ($\sigma^2 = 0,641$, $z = 9,433$; $p < 0,01$), como al consumo de alcohol de alto riesgo para la salud debido a la cantidad consumida ($\sigma^2 = 0,701$; $z = 10,259$; $p < 0,01$). Esto indica que la sección censal constituye un ámbito geográfico significativo para el estudio de este fenómeno, así como para la intervención en reducción de daños y de prevención.

No sólo la varianza entre secciones es significativa en términos estadísticos, sino que tiene cierta relevancia en términos epidemiológicos, ya que explica una parte relativamente importante de la varianza total observada. Así, el coeficiente de correlación intraclase (CCI) estaría indicando que aproximadamente un 16,3% de la varianza total en el consumo diario y un 17% de la varianza total en el consumo de alto riesgo para la salud depende de la sección censal de residencia. En la misma línea, la odds ratio mediana (ORM) indica que, en el caso mediano, el riesgo individual de beber a diario se multiplica por 2,5 al vivir en una sección censal con mayor propensión a este tipo de consumos y por 2,3 en el caso de consumos de alto riesgo para la salud (ver tablas 4 y 5).

3.3.1.2. ¿Qué influencia ejercen los factores individuales en el consumo de alcohol?

Por lo que se refiere a la variable relacionada con la frecuencia de consumo, todas las variables de nivel individual analizadas muestran una asociación estadísticamente significativa con el consumo diario de alcohol (ver tabla 4). Así:

- El género femenino constituye un factor de protección, reduciendo el riesgo en un 76,3% (OR = 0,237; $t = -12,792$; $p < 0,01$).
- El hecho de ser joven también reduce el riesgo de forma muy importante, nada menos que en un 90,9% (OR = 0,091; $t = -14,705$; $p < 0,01$).
- El hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico alto reduce el riesgo de ser bebedor diario en un 27,4% (OR=0,726; $t = -2,301$; $p < 0,05$) para los hombres adultos (mayores de 35 años), pero no tiene un efecto significativo entre las mujeres ni entre los jóvenes.

En cuanto a la segunda variable, que mide el riesgo para la salud en función de la cantidad de alcohol consumida, la relación con las variables sociodemográficas es algo diferente (ver tabla 5):

- El hecho de ser mujer reduce el riesgo de ser bebedor de riesgo en un 60% (OR=0,4; $t = -10,86$; $p < 0,01$).

- Al contrario de lo que sucedía con la variable de consumo diario, el hecho de ser joven (menor de 35) incrementa el riesgo en un 75% (OR=1,75; t = 6,73; p<0,01).
- El hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico alto tiende a incrementar el riesgo de consumo excesivo, pero su impacto deja de ser significativo cuando se controla el género.

3.3.1.3. ¿Qué influencia ejercen las características socioeconómicas del área de residencia en el consumo de alcohol?

En este caso, ninguna de las variables contextuales analizadas muestra una asociación significativa con las variables de resultado. Es decir, existen como se ha dicho diferencias significativas entre las secciones censales en relación a los consumos de alcohol analizados, pero no puede sostenerse que tales diferencias se relacionen con la situación socioeconómica de las diversas secciones censales y, en concreto, con los índices de privación utilizados. Esto no significa necesariamente que las características socioeconómicas de la sección censal sean irrelevantes para explicar el consumo frecuente o excesivo de alcohol, pero a partir de los datos de Euskadi y Drogas y con los indicadores de privación socioeconómica considerados, no es posible afirmar que exista dicha asociación.

Tabla 4. Medidas de asociación entre características individuales y de área y el consumo diario de alcohol en la CAE, a partir de modelos logísticos multinivel de los datos Euskadi y Drogas 2006-2010

	Modelo 2.1a Modelo vacío	Modelo 2.2a Variables explicativas de nivel individual	Modelo 2.3a Variables explicativas de nivel de área
Medidas de asociación (OR, IC 95%)			
Variables de nivel individual			
Género (mujer vs. hombre)		0,237 (0,190 a 0,295)	0,236 (0,190 a 0,295)
Edad (15-34 años vs. 35-74 años)		0,091 (0,066 a 0,126)	0,091 (0,066 a 0,126)
Grupo SE (alto vs. medio o bajo)		0,726 (0,553 a 0,954)	0,725 (0,552 a 0,953)
Mujer * SE alto		---	---
Edad 15-34 años * SE alto		---	---
Variables de área			
Índice de privación (quintil con mayor privación vs. resto)			---
Índice Sintético de Vulnerabilidad Urbana-SE			---
Odds Ratio de Intervalo (IOR-80)			---
Medidas de variación o agrupamiento (clustering)			
Varianza entre secciones (EE)	0,641 (0,068)	0,903 (0,093)	0,910 (0,094)
CPV (%)*		40,9	0,77
ORM	2,15	2,47	2,5
CCI (método de variable latente)	0,16	0,21	0,22
Criterios de información sobre bondad de ajuste			
Akaïke corregida	38.194,662	42.646,631	42.657,609

OR, odds ratio; IOR, odds ratio de intervalo; EE, error estándar, CPV, cambio proporcional de la varianza; ORM, odds ratio mediana; CCI, coeficiente de correlación intraclase. * Indica el cambio porcentual que existe, entre los sucesivos modelos, en la varianza entre secciones.

Tabla 5. Medidas de asociación entre características individuales y de área y el consumo de alcohol de alto riesgo (cantidad consumida) en la CAE, a partir de modelos logísticos multinivel de los datos Euskadi y Drogas 2006-2010

	Modelo 2.1b Modelo vacío	Modelo 2.2b Variables explicativas de nivel individual	Modelo 2.3b Variables explicativas de nivel de área
Medidas de asociación (OR, IC 95%)			
Variables de nivel individual			
Género (mujer vs. hombre)		0,376 (0,311 a 0,455)	0,404 (0,344 a 0,475)
Edad (15-34 años vs. 35-74 años)		1,748 (1,482 a 2,061)	1,759 (1,494 a 2,072)
Grupo SE (alto vs. medio o bajo)		---	---
Mujer * SE alto		---	---
Variables de área			
Índice de privación (quintil con mayor privación vs. resto)			---
Índice Sintético de Vulnerabilidad Urbana-SE			---
Odds Ratio de Intervalo (IOR-80)			---
Medidas de variación o agrupamiento (clustering)			
Varianza entre secciones (EE)	0,701 (0,068)	0,770 (0,075)	0,765 (0,075)
CPV (%)*		9,7	-0,52
ORM	2,22	2,31	2,30
CCI (método de variable latente)	0,17	0,19	0,19
Criterios de información sobre bondad de ajuste			
Akaike corregida	37.707,192	37.240,776	37.495,498

OR, odds ratio; IOR, odds ratio de intervalo; EE, error estándar, CPV, cambio proporcional de la varianza; ORM, odds ratio mediana; CCI, coeficiente de correlación intraclase.

* Indica el cambio porcentual que existe, entre los sucesivos modelos, en la varianza entre secciones

3.3.2. Resultados a partir de la Encuesta de Salud

3.3.2.1. ¿Existe variabilidad entre las secciones censales de la CAE en cuanto al consumo de alcohol?

Los resultados obtenidos a partir de la Encuesta de Salud confirman el análisis realizado anteriormente respecto a la variabilidad existente entre las secciones de la CAE en la proporción de personas que mantienen consumos de alcohol frecuentes o excesivos, aunque la magnitud de la variabilidad que se observa es algo menor que en el caso de Euskadi y Drogas.

Por lo que se refiere al consumo frecuente –diario– de alcohol, la varianza entre secciones es de 0,238 ($z=5,105$, $p<0,01$), indicando que la sección censal de residencia es un factor de agrupamiento importante y, por lo tanto, un ámbito geográfico significativo de cara al estudio del fenómeno y a la intervención en prevención, tratamiento o reducción de daños.

La importancia de esta variabilidad en términos epidemiológicos es, no obstante, algo menor que la obtenida a partir de la encuesta Euskadi y Drogas: de acuerdo con el coeficiente de correlación intraclase (CCI), la variabilidad entre secciones representaría en torno a un 6,7% de la varianza total observada en el consumo diario de alcohol (frente al 17% que se obtenía a partir

de Euskadi y Drogas) y la odds ratio mediana indica que, en la mitad de los casos, el riesgo individual de consumir alcohol diariamente se incrementa al menos un 62% como consecuencia de vivir en una sección censal con una elevada probabilidad de este tipo de consumos (frente a un 150% en el caso de Euskadi y Drogas).

Por lo que se refiere al consumo de alto riesgo para la salud en virtud de la cantidad de alcohol consumida, la variabilidad entre las secciones censales de la CAE también resulta significativa, aunque, de nuevo, la magnitud de esta variabilidad es sensiblemente menor que la que se obtenía a partir de datos de Euskadi y Drogas. En este caso, la varianza entre secciones tendría un valor estimado de 0,379 ($z = 7,080, p < 0,01$), dando lugar a un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,10 y una odds ratio mediana (ORM) de 1,80.

A pesar de las diferencias, los resultados obtenidos confirman el análisis realizado a partir de la base de datos de Euskadi y Drogas, en el sentido de que la sección censal de residencia constituye un factor de agrupamiento de cierta importancia en lo que respecta al consumo de alcohol de alto riesgo, de manera que las personas que viven en determinada sección tienen similitudes entre sí y difieren de manera significativa de las personas que viven en otras secciones en relación a esta cuestión. Así, el CCI nos indica que en torno a un 10% de la variabilidad total en el consumo de alcohol de alto riesgo es en realidad debida a la sección de residencia, es decir, que el lugar de residencia puede explicar una parte significativa de la variabilidad que se da entre individuos en relación con este hábito en concreto.

También la odds ratio mediana (ORM) apunta a una variabilidad importante en función del lugar de residencia, puesto que nos indica que, en el caso mediano, el hecho de vivir en una sección con una elevada proporción de bebedores excesivos, incrementa un 82% el riesgo individual que tendría una persona residente en una sección con una baja probabilidad de este tipo de consumos.

3.3.2.2. *¿Qué influencia ejercen los factores individuales en el consumo de alcohol?*

Por lo que se refiere al consumo frecuente de alcohol, la influencia del sexo y la edad es similar a la que se deducía de la encuesta Euskadi y Drogas, pero no se observa la influencia protectora de la clase socioeconómica alta que sí se apreciaba en la anterior encuesta (ver tabla 6):

- El género femenino actúa como factor de protección, reduciendo el riesgo de ser consumidor diario en un 62,8% (OR = 0,372; $t = -14,532; p < 0,01$).

- El hecho de ser joven (menor de 35 años) es el factor que mayor influencia ejerce: reduce el riesgo de consumos diarios en un 94,8% (OR= 0,052; $t = -12,592$; $p < 0,01$).
- En este caso, el efecto de pertenecer a un grupo socioeconómico alto no tiene un efecto significativo. En cambio, en el caso de las mujeres, el hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico bajo actúa como factor de protección reduciendo el riesgo de consumo diario en un 34,7% (OR = 0,653; $t = -2,027$; $p < 0,05$).

En lo que se refiere a la influencia de los factores individuales en el consumo excesivo por la cantidad consumida, también se obtiene una imagen algo distinta de la que ofrecía el análisis anterior a partir de Euskadi y Drogas (ver tabla 7):

- Por una parte, se confirma el efecto protector del género femenino, aunque con una fuerza ligeramente menor: el hecho de ser mujer reduce el riesgo de mantener consumos excesivos de alcohol en 52,1% (OR = 0,479; $t = -9,479$; $p < 0,01$).
- En este caso, no se observan diferencias significativas entre personas jóvenes y adultas, siendo ésta la principal diferencia con los resultados obtenidos a partir de Euskadi y Drogas.
- La asociación entre grupo socioeconómico y consumo excesivo de alcohol, sólo resulta significativa para las mujeres. Para ellas, el hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico alto incrementa el riesgo de consumos excesivos en un 45% (OR = 1,450; $t = 2,429$; $p < 0,05$), mientras que el hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico bajo reduce el riesgo en un 45,6% (OR = 0,544; $t = -2,504$; $p < 0,05$).

3.3.2.3. *¿Qué influencia ejercen las características socioeconómicas del área de residencia en el consumo de alcohol?*

A diferencia de la encuesta Euskadi y Drogas, donde no se apreciaba una asociación significativa entre las variables contextuales y el consumo de alcohol de alto riesgo, los datos de la Encuesta de Salud sí apuntan a la existencia de dicha asociación. En el caso del consumo frecuente de alcohol, tanto el índice de privación MEDEA, como el Índice Sintético de Vulnerabilidad Urbana de acuerdo con criterios socioeconómicos (ISVU-SE) ofrecen resultados significativos. No obstante, en la tabla 6, sólo se recogen los resultados obtenidos con este segundo índice, ya que el

ajuste con los datos parece mejor, de acuerdo con los criterios de información disponibles³⁹. Por otra parte, en el caso del consumo de riesgo por la cantidad de alcohol consumida, sólo el Índice Sintético de Vulnerabilidad Urbana arroja resultados significativos.

Los resultados obtenidos al incluir este índice de vulnerabilidad socioeconómica en los modelos correspondientes (modelos 2.3c y 2.3d, en las tablas 6 y 7), apuntan a que, en principio, una mayor vulnerabilidad socioeconómica de la sección censal de residencia reduce el riesgo individual de que una persona mantenga consumos frecuentes o excesivos de alcohol, independientemente o al margen de las características sociodemográficas de esa persona.

En el caso del consumo diario, las personas que viven en secciones con un índice de vulnerabilidad socioeconómica situado una desviación estándar por encima de la media para el conjunto de la CAE tienen un 47,1% menos de riesgo de ser consumidores diarios. Por otra parte, el residir en una sección que se sitúa dos desviaciones estándar por encima de la media de la CAE en cuanto al índice de vulnerabilidad socioeconómica reduce el riesgo de ser consumidor diario en un 72%⁴⁰.

En el caso del consumo de alto riesgo relacionado con la cantidad de alcohol consumida, las personas que residen en secciones que superan en una desviación estándar el índice de vulnerabilidad del conjunto de la CAE tienen un 53,8% menos de riesgo de mantener este tipo de consumos, mientras que en las secciones situadas dos desviaciones estándar por encima de la media de la CAE, el riesgo individual de consumos de alcohol de alto riesgo se reduciría en un 78,6%.

³⁹ En el modelo que incluía el índice de privación MEDEA el criterio de Akaike corregido fue de 41.456,900, frente a 41.428,072 en el modelo que incluía el Índice Sintético de Vulnerabilidad Urbana según criterios socioeconómicos. Si bien hay que tener en cuenta que la fiabilidad de estos criterios de información para la comparación de modelos categóricos que utilizan métodos de estimación basados en aproximaciones de cuasi-verosimilitud no está asegurada, especialmente en muestras donde el número de individuos por grupo es menor que 20, como en este caso, actualmente no se dispone de criterios más precisos para la comparación de modelos multinivel con variables categóricas (Heck, Thomas, y Tabata, 2012; Vallejo et al., 2013).

⁴⁰ Dado que cada incremento de una desviación estándar respecto a la media tiene una odds ratio de 0,529, la odds ratio resultante en las secciones que se encuentran dos desviaciones estándar por encima de la media sería de 0,28 (0,529 x 0,529).

Tabla 6. Medidas de asociación entre características individuales y de área y el consumo diario de alcohol en la CAE, a partir de modelos logísticos multinivel de los datos de la Encuesta de Salud

	Modelo 2.1c Modelo vacío	Modelo 2.2c Variables explicativas de nivel individual	Modelo 2.3c Variables explicativas de nivel de área
Medidas de asociación (OR, IC 95%)			
Variables de nivel individual			
Género (mujer vs. hombre)		0,372 (0,326 a 0,425)	0,370 (0,324 a 0,423)
Edad (15-34 años vs. 35-74 años)		0,052 (0,033 a 0,082)	0,052 (0,033 a 0,082)
Grupo SE (bajo vs. medio o alto)		---	---
Mujer * SE bajo		0,653 (0,432 a 0,986)	0,658 (0,436 a 0,994)
Variables de área			
Índice Sintético de Vulnerabilidad Urbana-SE			0,529 (0,369 a 0,758)
Medidas de variación o agrupamiento (clustering)			
Varianza entre secciones (EE)	0,238 (0,047)	0,254 (0,051)	0,249 (0,051)
CPV (%)*		6,7	-2,0
ORM	1,59	1,62	1,61
CCI (método de variable latente)	0,067	0,072	0,070
Criterios de información sobre bondad de ajuste			
Akaïke corregida	39.270,851	41.490,448	41.428,072

OR, odds ratio; IOR, odds ratio de intervalo; EE, error estándar, CPV, cambio proporcional de la varianza; ORM, odds ratio mediana; CCI, coeficiente de correlación intraclase.

* Indica el cambio porcentual que existe, entre los sucesivos modelos, en la varianza entre secciones

Tabla 7. Medidas de asociación entre características individuales y de área y el consumo de alcohol de alto riesgo en la CAE, a partir de modelos logísticos multinivel de los datos de la Encuesta de Salud

	Modelo 2.1d Modelo vacío	Modelo 2.2d Variables explicativas de nivel individual	Modelo 2.3d Variables explicativas de nivel de área
Medidas de asociación (OR, IC 95%)			
Variables de nivel individual			
Género (mujer vs. hombre)		0,479 (0,411 a 0,558)	0,476 (0,409 a 0,555)
Edad (15-34 años vs. 35-74 años)		---	---
Grupo SE (alto vs. medio o bajo)		---	---
Grupo SE (bajo vs. medio o alto)		---	---
Mujer * SE alto		1,450 (1,074 a 1,956)	1,455 (1,077 a 1,966)
Mujer * SE bajo		0,544 (0,337 a 0,876)	0,547 (0,339 a 0,883)
Variables de área			
Índice Sintético de Vulnerabilidad Urbana-SE			0,462 (0,319 a 0,669)
Medidas de variación o agrupamiento (clustering)			
Varianza entre secciones (EE)	0,379 (0,054)	0,393 (0,056)	0,380 (0,055)
CPV*		3,7	-3,3
ORM	1,80	1,82	1,80
CCI (método de variable latente)	0,10	0,11	0,10
Criterios de información sobre bondad de ajuste			
Akaïke corregida	38.353,325	39.025,938	39.007,422

OR, odds ratio; IOR, odds ratio de intervalo; EE, error estándar, CPV, cambio proporcional de la varianza; ORM, odds ratio mediana; CCI, coeficiente de correlación intraclase.

* Indica el cambio porcentual que existe, entre los sucesivos modelos, en la varianza entre secciones.

3.3.3. Conclusiones de cara a la planificación de las políticas de prevención del consumo de alcohol de riesgo en Euskadi

En los apartados anteriores se ha analizado el consumo de alcohol que podría considerarse excesivo o de riesgo –tanto por la frecuencia del consumo o por la cantidad ingerida–, a partir de los datos recopilados en Euskadi y Drogas y en la Encuesta de Salud de la CAPV.

En primer lugar, cabe señalar que, tanto en lo referente al consumo diario de alcohol, como al consumo de riesgo por la cantidad de alcohol ingerida, se aprecia una variabilidad significativa entre las secciones censales de la CAE, lo que indica que se trata de un ámbito geográfico relevante para el estudio del tema y para la planificación de las intervenciones relacionadas con los consumos de alcohol. Además, se puede afirmar que la variabilidad debida al lugar de residencia no solo resulta significativa en términos estadísticos, sino también en términos epidemiológicos, dado que explica una parte nada desdeñable de la variación total en este tipo de consumos. Así, en el caso del consumo frecuente de alcohol, la sección censal podría ser responsable de entre un 6,7% y un 16% de las diferencias individuales en lo referente a este hábito, y en el caso del consumo de cantidades excesivas, la parte de las diferencias individuales explicada por el lugar de residencia oscilaría entre un 10% y un 17%. Desde otra perspectiva, se podría decir que residir en una sección censal con una elevada propensión a este tipo de consumos incrementaría entre un 62% y un 150% el riesgo individual de ser bebedor diario y entre un 82% y un 130% el riesgo de consumir cantidades de alcohol consideradas perjudiciales a largo plazo para la salud.

En segundo lugar, respecto a los factores individuales que influyen en el consumo de alcohol de riesgo, se aprecian algunas diferencias función de la variable de consumo analizada, es decir, de si se analiza el consumo frecuente o el consumo de cantidades de alcohol consideradas perjudiciales para la salud.

En cuanto a la frecuencia, se aprecian diferencias por género, edad y, en menor medida, nivel socioeconómico en el consumo diario de alcohol. Se trata de un patrón de consumo más frecuente entre hombres y personas adultas (mayores de 35 años). Respecto al estatus socioeconómico, los resultados difieren entre las dos encuestas analizadas, sin llegar a ser contradictorias: Euskadi y Drogas muestra un efecto protector del grupo socioeconómico alto para los hombres, mientras que la Encuesta de Salud apunta a un efecto protector para las mujeres con un nivel socioeconómico bajo.

Por lo que se refiere a la ingesta de cantidades de alcohol consideradas de riesgo en un periodo de tiempo determinado, los resultados obtenidos de ambas bases de datos confirman el género femenino como factor de protección. El análisis a partir de la encuesta de Euskadi y Drogas apunta además hacia un mayor riesgo entre los jóvenes y jóvenes adultos (menores de 35 años) y la Encuesta de Salud hacia un mayor riesgo para las personas de grupos socioeconómicos elevados, aunque únicamente entre las mujeres. Esta pauta de asociaciones parece indicar que la variable de consumo analizada, si bien puede considerarse de alto riesgo para la salud por la cantidad de alcohol consumida, no refleja patrones de consumo asociados a problemas de alcoholismo o a situaciones de marginalidad, sino que está muy relacionada con consumos re-

creativos de fin de semana, y que se dan sobre todo entre los jóvenes⁴¹. Por otra parte, la extensión del fenómeno –en torno a una quinta parte de los individuos de la muestra de Euskadi y Drogas y de la Encuesta de Salud mantienen este tipo de consumos– indica que la población no es consciente del riesgo que supone para la salud el hecho de consumir grandes cantidades de alcohol, aunque dicho consumo se limite a los fines de semana.

Los resultados obtenidos en lo referente a la relación entre consumo de alcohol y estatus socioeconómico, parecen contradecir las conclusiones de investigaciones anteriores que tienden a mostrar que las personas con un estatus elevado consumen con mayor frecuencia (aunque en cantidades más moderadas), mientras que las personas pertenecientes a clases bajas son más propensas a consumos excesivos o de riesgo (Bloomfield et al., 2006; Huckle et al., 2010). No obstante, las diferencias podrían deberse a la utilización de variables de consumo algo distintas. Con respecto al estudio de Huckle y colaboradores, en el estudio neozelandés, la frecuencia de consumo se medía con una variable continua, mientras que la presente investigación se centra en las personas con un consumo diario –un patrón de consumo muy concreto, por lo tanto–, lo que pude modificar la asociación existente con el grupo socioeconómico. Sin perjuicio de lo anterior, cabe señalar que los resultados obtenidos en el presente estudio, al menos en relación con la asociación existente entre bajo estatus socioeconómico y menor riesgo de consumo diario deben considerarse inesperados.

En el caso de Bloomfield y colaboradores, aunque las variables utilizadas son bastante similares, éstos limitan el riesgo a aquellos casos en los que el consumo medio diario supera una cantidad determinada de alcohol, sin incluir, por lo tanto, a las personas que tienen consumos excesivos en un único día. Esto probablemente influye en las diferencias que se observan en cuanto a la relación con el grupo socioeconómico. Por otra parte, los propios autores llegan a la conclusión de que la asociación entre la variable de estatus y consumo puede variar en función del país, hallando una relación entre consumo excesivo de alcohol y estatus socioeconómico similar al que se obtiene en este estudio en los dos países latinoamericanos analizados (Bloomfield et al., 2006).

Finalmente, en lo referente a la relación entre factores contextuales –concretamente al nivel de privación socioeconómica de la sección censal– y al consumo frecuente y/o excesivo de alcohol,

⁴¹ En parte, este resultado es consecuencia de la definición de consumo de riesgo utilizada, que además de la cantidad media diaria consumida, considera dentro del riesgo a aquellas personas que consumen, en función del género, cantidades superiores a 30 o 40 gramos de etanol en un único día. Esto supone que se consideran dentro del riesgo las personas que realizan consumos abusivos en un único día de la semana (normalmente los días de fin de semana). Dicho de otra manera, la variable utilizada aún en un único indicador el consumo de riesgo debido a un consumo medio diario elevado y lo que normalmente suele considerarse consumo intensivo o “*binge drinking*” que supone ingerir grandes cantidades de alcohol en una única ocasión de consumo y que está especialmente extendido entre los jóvenes.

tanto la encuesta de Euskadi y Drogas como la Encuesta de Salud apuntan a que las personas residentes en secciones censales con un menor nivel de privación son más propensas a consumos que podrían considerarse de riesgo para la salud. Este resultado se corresponde con los resultados de algunas investigaciones que señalan que el bajo nivel socioeconómico se asocia negativamente con los consumos moderado y elevado de alcohol y positivamente con los problemas derivados del consumo (Karriker-Jaffe, Roberts y Bond, 2013).

3.4. Consumo habitual de cannabis y características socioeconómicas de la sección censal de residencia

En este apartado se analiza la relación existente entre las características socioeconómicas individuales, de la sección censal de residencia y el consumo semanal de cannabis, a partir de la base de datos Euskadi y Drogas.

3.4.1. Resultados a partir de Euskadi y Drogas

3.4.1.1. ¿Existe variabilidad entre las secciones censales de la CAE en cuanto al consumo habitual de cannabis?

De acuerdo con los resultados obtenidos, existe una importante variabilidad en la proporción de consumidores de cannabis entre las diferentes secciones censales de la CAE. De acuerdo con el test de Wald, la varianza entre secciones resulta significativa ($\sigma^2 = 1,61$; $z = 8,857$; $p < 0,01$) y da lugar a un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,33 y una odds ratio mediana (ORM) de 3,35 (ver tabla 8).

Esto significa que los efectos contextuales generales en el consumo habitual de cannabis son importantes: por una parte, la variación entre secciones explicaría en torno a la tercera parte (33%) de las diferencias individuales en el consumo. Por otra, se puede decir que, para la mitad de los casos, el hecho de residir en una sección censal con una elevada proporción de consumidores de cannabis incrementaría el riesgo individual de ser consumidor al menos cuatro veces.

3.4.1.2. ¿Qué influencia ejercen los factores individuales en el consumo habitual de cannabis?

Todas las variables independientes analizadas muestran una asociación significativa con la variable de consumo de cannabis (ver tabla 8):

- El hecho de ser mujer ejerce un efecto protector importante, reduciendo en un 71,8% la probabilidad de consumo habitual (OR= 0,282; $t = -8,840$; $p < 0,01$).
- El hecho de ser joven es un factor de riesgo muy considerable, multiplicando por 12 el riesgo que tendría una persona que supera los 35 años de edad (OR = 12,031; $t = 13,396$; $p < 0,01$).
- El hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico alto reduce el riesgo de ser consumidor habitual de cannabis en un 37,3% (OR=0,627; $t=-2,313$; $p < 0,05$), aunque sólo para los hombres. En el caso de las mujeres, parece existir una mayor tendencia al consumo asociado a un mayor estatus socioeconómico, aunque los resultados no son estadísticamente significativos (OR = 1,278; $t = 0,755$; $p = 0,450$).

3.4.1.3. ¿Qué influencia ejercen las características socioeconómicas del área de residencia en el consumo habitual de cannabis?

En el caso del consumo habitual de cannabis ninguna de las variables contextuales analizadas arroja un resultado significativo. Esto no implica, como se ha dicho anteriormente, que las características del entorno sean irrelevantes para explicar este tipo de consumos, pero a partir de los datos disponibles y con los indicadores de privación utilizados no es posible afirmar que exista dicha asociación.

Tabla 8. Medidas de asociación entre características individuales y de área y el consumo habitual de cannabis en la CAE, a partir de modelos logísticos multinivel de los datos de Euskadi y Drogas 2006-2010

	Modelo 3.1 Modelo vacío	Modelo 3.2 Variables explicativas de nivel individual	Modelo 3.3 Variables explicativas de nivel de área
Medidas de asociación (OR, IC 95%)			
Variables de nivel individual			
Género (mujer vs. hombre)		0,282 (0,211 a 0,375)	0,282 (0,211 a 0,375)
Edad (15-34 años vs. 35-74 años)		12,031 (8,360 a 17,314)	12,041 (8,366 a 17,330)
Grupo SE (alto vs. medio o bajo)		0,627 (0,422 a 0,931)	0,625 (0,420 a 0,930)
Mujer * SE alto		---	---
Variables de área			
Índice de privación (quintil con mayor privación vs. resto)			---
Índice Sintético de Vulnerabilidad Urbana-SE			---
Medidas de variación o agrupamiento (clustering)			
Varianza entre secciones (EE)	1,609 (0,182)	2,143 (0,234)	2,162 (0,236)
CPV*		33,2	0,89
ORM	3,35	4,04	4,06
CCI (método de variable latente)	0,33	0,39	0,40
Criterios de información sobre bondad de ajuste			
Akaike corregida	38.932,137	39.855,305	39.873,847

OR, odds ratio; IOR, odds ratio de intervalo; EE, error estándar, CPV, cambio proporcional de la varianza; ORM, odds ratio mediana; CCI, coeficiente de correlación intraclase.

* Indica el cambio porcentual que existe, entre los sucesivos modelos, en la varianza entre secciones.

3.4.2. Conclusiones de cara a la planificación de las políticas de prevención del consumo habitual de cannabis en Euskadi

De acuerdo con el análisis realizado, la variabilidad existente entre las secciones censales de la CAE en cuanto al consumo habitual de cannabis es significativa tanto en términos estadísticos como epidemiológicos. Los resultados apuntan a que en torno a una tercera parte de la variabilidad individual en el consumo se debe a la sección censal de residencia, de manera que, en la mitad de los casos, el hecho de vivir en una sección con una elevada probabilidad de este tipo de consumos, hace que el riesgo individual de ser consumidor habitual de esta sustancia al menos se cuadruple (la odds ratio mediana es 4,4). Se puede decir, por lo tanto, que la sección censal resulta un ámbito geográfico significativo para la planificación de políticas de prevención y reducción de daños del consumo habitual de cannabis.

Por lo que se refiere a los factores individuales que influyen en el consumo, el riesgo es menor para las mujeres, y para los hombres con un estatus socioeconómico elevado. Por otra parte, se observa que se trata de consumos fundamentalmente juveniles, siendo el riesgo para los jóvenes y jóvenes adultos 12 veces mayor que para las personas que han superado los 35 años. En el futuro, será interesante observar si, a medida que la cohorte de personas que actualmente son consumidoras habituales envejece, esta asociación entre consumo habitual de cannabis y grupo

de edad se mantiene o si, por el contrario, tiende a desaparecer como consecuencia de la continuidad en el consumo de los actuales usuarios.

Finalmente los datos muestran que, si bien existe un efecto contextual general importante, de manera que se observa una gran variabilidad en la proporción de consumidores habituales entre las secciones censales, las variables utilizadas para medir las características socioeconómicas de la sección censal no han mostrado una asociación significativa con la variable de consumo, lo que indica que no pueden utilizarse a efectos de establecer prioridades en la implementación de políticas preventivas o de reducción de daños.

3.5. Consumo de drogas ilegales (distintas al cannabis) y características socioeconómicas de la sección censal de residencia

En este apartado se analiza el consumo de drogas ilegales distintas al cannabis en las secciones censales de la CAE, y su relación con factores individuales y contextuales. Para ello se utilizan dos variables de consumo, una referida al consumo experimental (alguna vez en la vida) de alguna droga ilegal que no sea hachís, marihuana o sus derivados, y otra relacionada con el consumo reciente, realizado en el último año, indicativo de un consumo más frecuente o, al menos, cercano en el tiempo.

3.5.1. Resultados a partir de Euskadi y Drogas

3.5.1.1. ¿Existe variabilidad entre las secciones censales de la CAE en cuanto al consumo de drogas ilegales?

El análisis multinivel realizado permite determinar que existe una variabilidad significativa entre las secciones censales de la CAE en cuanto al consumo de drogas ilegales. En el caso del consumo experimental, la varianza entre secciones es 0,96 ($z = 9,238$; $p < 0,01$), mientras que en el caso del consumo reciente ésta es mucho mayor 2,075 ($z = 8,576$; $p < 0,01$).

Esto significa que aproximadamente un 23% de la variabilidad total en el consumo experimental y un 39% de la variabilidad en el consumo reciente se debe a la sección censal en la que uno reside (los coeficientes de correlación intraclase son 0,23 y 0,39 respectivamente). Por otra parte, la odds ratio mediana (ORM) indica que, en el 50% de los casos, el hecho de vivir en una sección con una elevada probabilidad de consumo incrementaría al menos 2,5 veces el riesgo

individual de consumir drogas ilegales en algún momento de la vida y al menos 3,9 veces el riesgo de ser consumidor reciente.

Estos resultados sugieren que, como ocurría con las demás sustancias analizadas, la sección censal de residencia constituye un ámbito geográfico relevante para la intervención en materia de prevención del consumo de drogas ilegales.

3.5.1.2. ¿Qué influencia ejercen los factores individuales en el consumo de drogas ilegales?

Tanto en el caso del consumo experimental como el del consumo reciente de drogas ilegales el hecho de ser mujer actúa como factor de protección (ver tablas 9 y 10):

- reduce el riesgo de consumo experimental en un 55,7% (OR= 0,443; $t = -7,708$; $p < 0,01$);
- disminuye el riesgo de consumo reciente en un 72,2% (OR= 0,278; $t = -5,717$; $p < 0,01$).

Por otra parte, el hecho de ser joven incrementa el riesgo en ambos casos:

- lo multiplica por 3,1 en el caso del consumo experimental (OR = 3,065; $t = 10,370$; $p < 0,01$);
- lo multiplica por 7,9 en el caso del consumo reciente (OR = 7,873; $t = 9,618$; $p < 0,01$).

En cuanto al grupo socioeconómico:

- no se aprecian diferencias significativas en función de esta variable para el consumo experimental;
- el hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico alto reduce el riesgo en un 40,6% para los hombres (OR = 0,594; $t = -2,045$; $p < 0,05$), y tiende a incrementarlo para las mujeres, aunque el resultado no es significativo en este caso (OR = 2,203; $t = 1,728$; $p = 0,084$).

3.5.1.3. ¿Qué influencia ejercen las características socioeconómicas del área de residencia en el consumo de drogas ilegales?

Al igual que en el caso del cannabis, ninguna de las dos variables relativas a la privación utilizadas para medir las características socioeconómicas de la sección censal de residencia, resultan

estadísticamente significativas a la hora de explicar la variabilidad existente en el consumo de drogas ilegales.

Tabla 9. Medidas de asociación entre características individuales y de área y el consumo experimental de drogas ilegales (distintas del cannabis) en la CAE, a partir de modelos logísticos multinivel de los datos de Euskadi y Drogas 2006-2010

	Modelo 4.1a Modelo vacío	Modelo 4.2a Variables explicativas de nivel individual	Modelo 4.3a Variables explicativas de nivel de área
Medidas de asociación (OR, IC 95%)			
Variables de nivel individual			
Género (mujer vs. hombre)		0,443(0,360 a 0,545)	0,443(0,360 a 0,545)
Edad (15-34 años vs. 35-74 años)		3,065 (2,480 a 3,788)	3,066 (2,480 a 3,789)
Variables de área			
Índice de privación (quintil con mayor privación vs. resto)			---
Índice Sintético de Vulnerabilidad Urbana-SE			---
Medidas de variación o agrupamiento (clustering)			
Varianza entre secciones (EE)	0,962 (0,104)	1,073 (0,115)	1,078 (0,115)
CPV*		11,5	0,46
ORM	2,55	2,69	2,69
CCI (método de variable latente)	0,23	0,24	0,25
Criterios de información sobre bondad de ajuste			
Akaike corregida	38.375,529	38.099,139	38.104,826

OR, odds ratio; IOR, odds ratio de intervalo; EE, error estándar, CPV, cambio proporcional de la varianza; ORM, odds ratio mediana; CCI, coeficiente de correlación intraclase.

* Indica el cambio porcentual que existe, entre los sucesivos modelos, en la varianza entre secciones

Tabla 10. Medidas de asociación entre características individuales y de área y el consumo reciente de drogas ilegales (distintas del cannabis) en la CAE, a partir de modelos logísticos multinivel de los datos de Euskadi y Drogas 2006-2010

	Modelo 4.1b Modelo vacío	Modelo 4.2b Variables explicativas de nivel individual	Modelo 4.3b Variables explicativas de nivel de área
Medidas de asociación (OR, IC 95%)			
Variables de nivel individual			
Género (mujer vs. hombre)		0,278 (0,179 a 0,431)	0,278 (0,179 a 0,431)
Edad (15-34 años vs. 35-74 años)		7,873 (5,170 a 11,989)	7,882 (5,175 a 12,005)
Grupo SE (alto vs. medio o bajo)		0,594 (0,360 a 0,979)	0,590 (0,357 a 0,973)
Mujer * SE alto		---	---
Variables de área			
Índice de privación (quintil con mayor privación vs. resto)			---
Índice Sintético de Vulnerabilidad Urbana-SE			---
Medidas de variación o agrupamiento (clustering)			
Varianza entre secciones (EE)	2,075 (0,242)	2,349 (0,269)	2,355 (0,271)
CPV (%)*		13,2	0,25
ORM	3,95	4,31	4,32
CCI (método de variable latente)	0,39	0,42	0,42
Criterios de información sobre bondad de ajuste			
Akaike corregida	38.149,719	39.222,641	39.201,606

OR, odds ratio; IOR, odds ratio de intervalo; EE, error estándar, CPV, cambio proporcional de la varianza; ORM, odds ratio mediana; CCI, coeficiente de correlación intraclase.

* Indica el cambio porcentual que existe, entre los sucesivos modelos, en la varianza entre secciones.

3.5.2. Conclusiones de cara a la planificación de las políticas de prevención del consumo de drogas ilegales en Euskadi

Una primera conclusión que se obtiene del análisis realizado es que la sección censal de residencia constituye un área geográfica significativa para la aplicación de políticas de prevención del consumo de drogas ilegales, distintas del cannabis. Los datos muestran la sección censal de residencia es importante a la hora de explicar el comportamiento individual en relación con el consumo de drogas, de manera que explica en torno a una cuarta parte de la variabilidad individual en el consumo experimental y en torno a un 40% de las diferencias individuales en el consumo reciente.

Por lo que se refiere a las variables individuales que influyen en la probabilidad de ser consumidor experimental o reciente de drogas ilegales, al igual que con las demás sustancias analizadas, el hecho de ser mujer constituye un factor de protección y la juventud incrementa considerablemente el riesgo. Por lo que al estatus socioeconómico se refiere, se ha podido comprobar que un estatus socioeconómico alto actúa como factor de protección del consumo reciente para los hombres.

Por último, a pesar de que se detecta un efecto contextual general importante, las variables utilizadas para medir las características socioeconómicas de las secciones censales no muestran una asociación significativa con el consumo de sustancias ilegales, por lo que no tendrían utilidad de cara a planificar el despliegue territorial de las políticas de prevención. Como se ha mencionado anteriormente, este resultado podría deberse cambios que se hayan producido desde 2001 en la situación socioeconómica de las secciones censales, cambios que bien podrían haberse producido, dado el cambio de ciclo económico a partir de 2008. Sería por lo tanto recomendable que en el futuro se analizara esta cuestión a partir de datos sobre situación socioeconómica y consumo más próximos en el tiempo. Por otra parte, cabría explorar si otras variables de nivel contextual –al margen de las características socioeconómicas– podrían explicar la variabilidad existente entre las secciones censales en cuanto al consumo de sustancias ilegales y, por lo tanto, utilizarse como indicadores para la planificación de políticas e intervenciones en esta materia.

3.6. Limitaciones del estudio

Antes de presentar las conclusiones que se derivan del presente análisis, es necesario señalar sus principales limitaciones metodológicas, que en parte pueden afectar a sus resultados.

En primer lugar, cabe señalar que el diseño muestral idóneo para un análisis multinivel en el que se analice la variabilidad del consumo de sustancias en las secciones censales de la CAE debería consistir en un diseño en dos etapas, en el que en primer lugar se seleccionara una muestra aleatoria de secciones censales del universo de secciones de la CAE, y a continuación una muestra aleatoria de individuos.

En el caso de las tres oleadas de la encuesta Euskadi y Drogas que se han utilizado como base para este trabajo, la muestra está diseñada para ser representativa de la población de la CAE y de cada uno de sus Territorios Históricos. Con todo, la muestra de secciones censales es una muestra aleatoria estratificada no proporcional, siendo el número de personas entrevistadas el mismo en todas las secciones. Esto puede suponer una sobrerrepresentación de las secciones de menor tamaño en la muestra. Por otra parte, la selección de individuos dentro de cada sección se hace por cuotas de género y tramos de edad, resultando las personas jóvenes (15 a 44 años) sobrerrepresentadas en la muestra final⁴². Se ha tratado de eliminar este sesgo mediante la utilización de elevadores que corrigieran tanto la desigual probabilidad de selección de las secciones, como de los individuos dentro de cada sección. No obstante, dadas las limitaciones del paquete estadístico utilizado para incorporar pesos al análisis multinivel, no se puede asegurar que este sesgo se haya eliminado por completo.

En segundo lugar, cabe pensar que el tamaño de la muestra finalmente obtenida ha sido suficiente en cuanto al número de secciones incluidas, aunque el número medio de individuos entrevistados en cada sección es menor que el recomendado (Heck, Thomas y Tabata, 2012). Se considera que el tamaño obtenido finalmente es adecuado para realizar un análisis de la varianza entre secciones censales, aunque ha imposibilitado analizar la cuestión de la interacción entre variables de distinto nivel (individual y de sección censal).

Por lo que a las variables relacionadas con el estatus socioeconómico individual se refiere, el análisis se ha limitado a la variable de grupo socioeconómico, que se construye a partir de la ocupación de la persona encuestada y/o de la persona principal de su familia. Aunque la revisión de la literatura ha mostrado una asociación significativa con otras variables como el desempleo, la renta o el nivel educativo, no ha sido posible utilizarlas en este estudio, dado que limitar el análisis a los casos para los que se dispondría de información relevante sobre estos aspectos (personas que han finalizado su periodo de formación, en el caso del nivel de estudios, y pobla-

⁴² Esta circunstancia es debida a la necesidad de contar un número suficiente de entrevistas para realizar análisis específicos con el colectivo de jóvenes.

ción potencialmente activa, en el caso del desempleo) no se habría dispuesto de un número suficiente de casos.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que mientras en el caso de la Encuesta de Salud de la CAPV los datos se refieren a un momento concreto (la encuesta se realizó entre diciembre de 2012 y mayo de 2013), los datos de Euskadi y Drogas se han obtenido a partir de la suma de las personas encuestadas en tres momentos diferentes (2006, 2008 y 2010) y por lo tanto, no reflejan el consumo en un momento concreto.

Finalmente, las variables que miden la situación socioeconómica de la sección censal de residencia se refieren al año 2001 y, por lo tanto, puede que no reflejen bien la situación de las secciones censales en el momento en el que se recogen los datos sobre el consumo de sustancias. La disponibilidad de índices de privación y vulnerabilidad socioeconómica a partir de datos del Censo de Población y Viviendas de 2011 en un futuro próximo aconsejaría repetir el análisis con ediciones de Euskadi y Drogas más recientes.

4. CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN EL CONSUMO DE DROGAS

El objetivo principal del presente estudio consistía en conocer la influencia de determinadas características individuales –y, especialmente, del estatus socioeconómico– en el consumo de sustancias. Se ha abordado esta cuestión tanto desde una perspectiva individual, analizando la relación entre el nivel de estudios o el estatus socioeconómico de una persona y sus hábitos de consumo de diferentes sustancias, como desde una perspectiva contextual, tratando de ver si existe una variabilidad importante dentro del territorio de la CAE en lo que se refiere al consumo de drogas, y si dicha variabilidad se asocia a las características socioeconómicas del lugar de residencia y, en concreto, a sus niveles de privación socioeconómica. Este análisis contextual se ha llevado a cabo utilizando como unidad territorial la sección censal, en la medida en que se ha considerado que el estudio de áreas pequeñas, inferiores al municipio, podría ofrecer información adicional para la planificación de las políticas públicas en materia de adicciones. Por lo que sabemos, es la primera ocasión en la que se lleva a cabo este tipo de análisis multinivel en el ámbito de las adicciones en la CAE.

Las principales conclusiones que cabe extraer del análisis realizado son las siguientes:

Para la mayoría de los consumos, el estatus socioeconómico alto actúa como factor de protección entre los hombres y como factor de riesgo entre las mujeres

Por lo que se refiere a la relación entre estatus socioeconómico de un individuo y consumo de sustancias, en general, se observa que, para los hombres, el hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico alto actúa como factor de protección frente a la mayoría de los consumos. Una excepción notable lo constituye el consumo de cantidades excesivas de alcohol, que pueden considerarse de alto riesgo para la salud a largo plazo, en cuyo caso, dependiendo de la base de datos utilizada, bien no se observa un efecto significativo, o bien tiende a incrementar el riesgo. Tal y como se ha mencionado en el apartado dedicado al consumo de alcohol, este resultado podría estar relacionado con la medida de consumo utilizada, que combina en un único indicador dos indicadores que en otras investigaciones suelen darse por separado, a saber, el consumo medio diario que excede determinadas cantidades y el llamado consumo intensivo o “*binge drinking*”. El motivo de la asociación entre grupo socioeconómico alto y consumo de riesgo en la presente investigación podría deberse a la inclusión de esta última medida, ya que el consumo intensivo se encuentra muy extendido entre los jóvenes y, en principio, los jóvenes de grupos socioeconómicos altos disponen de más recursos económicos para sus actividades de ocio.

Entre las mujeres, para quienes el riesgo de consumo es en general menor que para los hombres, no se aprecian diferencias significativas en función del grupo socioeconómico (salvo en el caso del consumo excesivo de alcohol); los resultados obtenidos, en cualquier caso, apuntan a asociaciones inversas a las que se dan entre los hombres, es decir, a que el hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico alto podría constituir un factor de riesgo. Con todo, tal y como se ha indicado, de acuerdo con el análisis realizado las diferencias no resultan estadísticamente significativas.

Desde el punto de vista de las diversas sustancias y patrones de consumo, se observa que la influencia protectora del estatus socioeconómico elevado es mayor en aquellos consumos más minoritarios, como el consumo habitual de cannabis o el consumo de drogas ilegales, que el que se observa en el caso de los consumos más extendidos o normalizados, como el del tabaco o incluso el consumo diario de alcohol.

La sección censal explica una parte relativamente importante de la variabilidad de todos los consumos

Por lo que se refiere a la influencia del contexto –concretamente de la sección censal de residencia– en el consumo de las diversas sustancias analizadas, un primer resultado de interés es que todas las variables de consumo analizadas presentan una variabilidad estadísticamente significativa entre las secciones censales de la CAE. Lejos de ser una cuestión baladí, ello indica que la sección censal constituye en la CAE un ámbito de intervención relevante en materia de

adiciones en la medida en que se ha demostrado que existen a ese nivel territorial diferencias en las tasas y patrones de consumo. Así, tendría sentido aplicar los programas de prevención y reducción de daños a nivel de sección censal, puesto que los datos indican que existen similitudes en cuanto a la propensión al consumo de personas que residen en una sección censal y que, a su vez, éstas se diferencian en este aspecto de personas que residen en otras secciones censales.

Una cuestión que no se ha analizado en este estudio, y que pudiera resultar de interés para futuras investigaciones, consistiría en comparar diferentes ámbitos geográficos – administrativos o de otro tipo– en lo referente a la variabilidad en el consumo, de cara a identificar el nivel de intervención más adecuado en esta materia (sección censal, distrito, barrio, municipio, comarca, etc.).

El nivel de privación socioeconómica de las secciones censales no se relaciona de forma significativa con los consumos

Una vez determinada la existencia de una variación significativa entre secciones censales, un segundo objetivo de la presente investigación consistía en analizar si las características socioeconómicas del entorno estaban asociadas, y en qué sentido, con el consumo, determinando por ejemplo un mayor riesgo de consumos de riesgo o problemáticos en secciones con un elevado nivel de privación o de vulnerabilidad socioeconómica. Este análisis tenía un doble interés: por una parte, permitiría detectar zonas del territorio en los que aplicar las intervenciones preventivas o de reducción de daños sin caer en la falacia atomística, es decir, sin concluir erróneamente a partir de asociaciones individuales entre, por ejemplo, bajo estatus socioeconómico y consumo, que las zonas del territorio con mayor proporción de personas con bajo estatus deberían ser objetivo prioritario para la intervención. Por otra parte, de detectarse una asociación significativa entre indicadores de privación socioeconómica y consumo, ello permitiría intervenir indirectamente sobre el consumo a través de medidas para reducir el nivel de privación en zonas muy afectadas.

En general, la investigación realizada no ha podido detectar asociaciones significativas entre la privación socioeconómica del área de residencia y el consumo de sustancias, y cuando lo ha hecho, ésta ha resultado tener poca importancia en relación con la variabilidad total entre secciones (es decir, gran parte de la variabilidad existente permanecía inexplicada a pesar de la introducción de estas variables de privación socioeconómica en el modelo). Este resultado, que

se encuentra en la línea de lo señalado por la literatura consultada⁴³, ha podido deberse a dos motivos diferentes:

- en primer lugar, los indicadores de privación utilizados se referían a la situación de las secciones censales en el año 2001, mientras que los datos de consumo de sustancias se referían a los años 2006-2012. Dado que en estos años se han producido importantes cambios en las circunstancias económicas de la CAE, puede ser que la imposibilidad para detectar asociaciones significativas se haya debido en parte al desfase temporal de los datos. Por lo tanto, convendría corroborar estos resultados a partir de datos sobre privación y de consumo que sean más próximos en el tiempo.
- en segundo lugar, la situación socioeconómica de un territorio determinado constituye una realidad compleja, difícil de aprehender a partir de un solo indicador. A la hora de caracterizar esta realidad se ha procurado hacer uso de índices compuestos, ya utilizados en otros estudios y creados precisamente con la finalidad de reflejar esta complejidad, que han mostrado una asociación significativa con otros fenómenos como la mortalidad en la CAE y, que, por su carácter multifactorial, resultan más estables a lo largo del tiempo. No obstante, la ausencia de asociación entre estos indicadores concretos y el consumo de drogas no significa que no exista relación entre ambos fenómenos, sino simplemente que no ha podido establecerse a partir de los datos utilizados. Futuras investigaciones podrían analizar la relación entre variables socioeconómicas concretas y el uso de sustancias. En este sentido, la tasa de pobreza y la desigualdad de rentas podrían constituir una variable de análisis idónea para futuros estudios. La presente investigación ha tenido que renunciar a incluir esta variable porque el análisis de las tasas de pobreza de 2001 no hubiera tenido sentido debido a la evolución del fenómeno en los últimos años, y obtener la sección censal de residencia correspondiente a dos años diferentes para cada individuo entrevistado en Euskadi y Drogas y en la Encuesta de Salud hubiera supuesto un coste excesivamente elevado.

Por otra parte, la investigación se ha centrado en las características socioeconómicas del lugar de residencia; dado que se ha detectado una variabilidad estadísticamente significativa y relativamente importante entre las secciones censales de la CAE en cuanto al consumo de sustancias, convendría investigar la influencia de otras características del entorno que pudieran explicar esta variabilidad. Las características sociodemográficas podrían ser una buena opción, dada la

⁴³ Cabe señalar en este sentido las conclusiones obtenidas en la revisión sistemática a la que antes se ha hecho referencia y que concluía que existen evidencias sólidas de que el consumo de drogas se concentra en determinados barrios; los indicios son sin embargo más reducidos e inconsistentes en lo que se refiere a la asociación entre la residencia en un barrio desfavorecido y la mayor probabilidad de uso de sustancias (Karriker-Jaffe, 2011).

relación existente entre determinadas variables sociodemográficas individuales y el consumo. Asimismo, el análisis de la relación entre cohesión social o condiciones materiales del entorno podrían arrojar resultados de interés de acuerdo con la revisión realizada. Tal y como se ha indicado la detección de asociaciones significativas entre características del entorno y consumo de sustancias permitiría priorizar la intervención preventiva en determinadas áreas o dirigir el despliegue territorial de las políticas de prevención y de reducción de daños, así como intervenir indirectamente sobre el consumo, mediante la reducción o eliminación de los factores de riesgo.

De cara a futuras investigaciones, también sería interesante que se pudiera ampliar el análisis realizado a otros colectivos y aspectos del fenómeno de las adicciones. Por lo que a los colectivos se refiere, la experimentación con sustancias suele comenzar en la adolescencia, por lo que sería pertinente realizar un análisis específico de este colectivo a partir de la encuesta Drogas y Escuela. También en la medida en la que constituyen un colectivo preferente para la intervención preventiva, el análisis de la variabilidad geográfica del consumo entre adolescentes y de los factores contextuales asociados a esta variabilidad pueden resultar de especial utilidad de cara a la planificación de políticas en materia de adicciones. Del mismo modo, podría ser interesante incluir en el análisis variables relacionadas con el consumo que no se han analizado en este informe, especialmente en lo que se refiere a las trayectorias de consumo (edad de inicio, pautas de cesación o reducción del consumo, etc.).

Por lo que se refiere a variables distintas al propio consumo que podrían analizarse desde un punto de vista contextual, el análisis de indicadores de tratamiento y su posible relación con el actual mapa de recursos, es decir, con la disponibilidad de recursos de tratamiento en el entorno más próximo, puede resultar de gran interés, en la medida en que podría guiar la planificación de los servicios dirigidos a la población drogodependiente. También cabría analizar desde un punto de vista multinivel la relación entre características del entorno –concretamente, la disponibilidad de servicios sanitarios– y la mortalidad relacionada con las drogas.

Una vez realizada la presente investigación, resultaría también de interés analizar la relación que existe entre diversos indicadores socioeconómicos agregados (crecimiento económico, pobreza, desempleo, desigualdad...) y diversos indicadores de consumo (prevalencia de consumo de diversas sustancias, pautas de consumo en cuanto a frecuencia e intensidad) para diversos colectivos. El objetivo de este enfoque sería analizar desde una perspectiva ecológica, no a partir de datos individuales, la relación entre la situación socioeconómica general y los consumos, analizando en qué medida los cambios en las variables que miden la situación socioeconómica de un territorio determinado, como la CAPV, se asocian a la variación en la prevalen-

cia de diferentes tipos de consumos. Para el análisis se podría recurrir a la serie de Euskadi y Drogas y a la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (EPDS). Ambas encuestas cuentan con oleadas para los años 1996, 2000, 2004, 2008 y 2012, con lo que podría analizarse la evolución de ambos tipos de indicadores en la CAPV a lo largo de ese tiempo. Este estudio, al renunciar al análisis de áreas pequeñas, permitiría superar la principal limitación de la presente investigación en cuanto al desajuste temporal entre los datos de privación socioeconómica del entorno y los consumos, así como adoptar una perspectiva evolutiva, permitiendo analizar si existe una relación entre ciclos económicos y consumo de drogas.

5. BIBLIOGRAFÍA

Anderson, C.J. et al. (2012). *Applied generalized linear mixed models: continuous and discrete data. For the Social and Behavioral Sciences*. Nueva York, Springer.

Andréu, J. (2011). “El análisis multinivel: una revisión actualizada en el ámbito sociológico”. *Metodología de Encuestas*, vol. 13, pp. 161-176.

Asparouhov, T. *General multilevel modeling with sampling weights*. Los Ángeles, Muthen & Muthen.

Asparouhov, T. (2004). *Weighting for unequal probability of selection in multilevel modeling. Mplus Web Notes No. 8*. Los Ángeles, Muthen & Muthen.

Bacigalupe, A. Esnaola, S., Martín, U. (2011). *Evolución de la prevalencia y las desigualdades sociales del consumo de tabaco en la C.A de Euskadi: 1986-2007*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo.

Carle, A.C. (2009). “Fitting multilevel models in complex survey data with design weights: Recommendations”. *BMC Medical Research Methodology*, vol. 9:49, pp. 1-13.

Chantala, K. et al. (2011). *Software to compute sampling weights for multilevel analysis*. Chapel Hill, Carolina Population Center.

Cooper, S.A. et al. (2011). "Neighbourhood deprivation, health inequalities and service access by adults with intellectual disabilities: a cross-sectional study". *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 55, part 3, pp. 313-323.

Diez Roux, A.V. (1998). "Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis". *American Journal of Public Health*, vol. 88, nº2, pp. 216-222.

Diez Roux, A.V. (2001). "Investigating neighborhood and area effects on health". *American Journal of Public Health*, vol. 91, nº 11, pp. 1783-1789.

Diez Roux, A.V. (2002). "A glossary for multilevel analysis". *Journal of Epidemiological Community Health*, vol. 56, pp. 588-294.

Diez Roux, A.V. (2004). "The study of group-level factors in epidemiology: rethinking variables, study designs, and analytical approaches". *Epidemiologic Reviews*, vol. 26, pp. 104-111.

Diez Roux, A.V. (2008). "La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología". *Región y Sociedad*, vol. 20, nº especial 2, pp. 1-8.

Domínguez-Berjón, M.F. et al. (2008). "Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA)". *Gaceta Sanitaria*, vol. 22, nº 3, pp. 179-187.

Duncan, C. et al. (1999). "Smoking and deprivation: are there Neighbourhood effects?". *Social Science & Medicine*, vol. 48, pp. 497-505.

Esnaola, S. et al. (2009). "Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en el País Vasco y sus capitales: un análisis de áreas geográficas pequeñas (Proyecto MEDEA)". *Estudios Geográficos*, vol. LXX, nº 267, pp. 443-462.

Eustat (2010). *Análisis de tipos de las secciones censales de la C.A. de Euskadi*.

Fegert, T. et al. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Thematic Papers. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Galea, S. et al. (2003). "Income distribution and risk of fatal drug overdose in New York City neighborhoods". *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 70, pp. 139-148.

Galea, S. et al. (2005). "Drug use, misuse, and the urban environment". *Drug and Alcohol Review*, vol. 24, pp. 127-136.

Garson, G.D. (2013). "Fundamentals of hierarchical linear multilevel modeling". En: G.D. Garson (ed.) *Hierarchical linear modeling Guide and Applications*. Londres, Sage, pp. 3-25.

Gobierno Vasco (2013) *Metodología Encuesta de Salud del País Vasco 2013. ESCAV 2013*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud. Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco.

Goldstein, H. et al. (2002). *Partitioning variation in multilevel models*. Londres, Institute of Education.

Hayes, A.F. (2006). "A primer on multilevel modeling". *Human Communication Research*, vol. 32, pp. 385-410.

Heck, R.H. et al. (2012). *Multilevel modeling of categorical outcomes using IBM SPSS*. Nueva York, Routledge.

Herrero, V. y Bocco, M. (2007). "Comparación de ponderaciones en regresiones probit simultáneas en un modelo para la estimación de la participación laboral". *Revista de Economía y Estadística*, vol. XLV, nº 2, pp. 95-124.

Hofmann, D.A. (1997). "An overview of the logic and rationale of hierarchical linear models". *Journal of Management*, vol. 23, nº 6, pp. 723-744.

Jones, K. (1993). *'Everywhere is nowhere': multilevel perspectives on the importance of place*. Portsmouth, The University of Portsmouth Inaugural Lectures.

Jones, K. y Duncan, C. (1995). "Individuals and their ecologies: analysing the geography of chronic illness within a multilevel modelling framework". *Health & Place*, vol. 1, nº 1, pp. 27-40.

Karvonen, S. et al. (2008). "Smoking in context. A multilevel approach to smoking among females in Helsinki". *BMC Public Health*, vol. 8:134, pp. 1-9.

Kleinschmidt, I. et al. (1995). "Smoking behavior can be predicted by neighbourhood deprivation measures". *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 49, Supl. 2, pp. S72-S77.

Larsen, K. y Merlo, J. (2005). "Appropriate assessment of neighborhood effects on individual health: integrating random and fixed effects in multilevel logistic regression". *American Journal of Epidemiology*, vol. 161, n° 1, pp. 81-88.

Meneu, R. (2012). "Aspectos y cuestiones de la salud pública susceptibles de una particular y específica consideración ética". En: *Ética y salud pública*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, n° 27.

Merlo, J. (2003). "Multilevel analytical approaches in social epidemiology: measures of health variation compared with traditional measures of association". *Journal of Epidemiological Community Health*, vol. 57, pp. 550-552.

Merlo, J. et al. (2005). "A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: linking the statistical concept of clustering to the idea of contextual phenomenon". *Journal of Epidemiological Community Health*, vol. 59, pp. 443-449.

Merlo, J. et al. (2005). "A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: investigating contextual phenomena in different groups of people". *Journal of Epidemiological Community Health*, vol. 59, pp. 729-736.

Merlo, J. et al. (2005). "A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: interpreting neighbourhood differences and the effect of neighbourhood characteristics on individual health". *Journal of Epidemiological Community Health*, vol. 59, pp. 1022-1029.

Merlo, J. et al. (2006). "A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: using measures of clustering in multilevel logistic regression to investigate contextual phenomena". *Journal of Epidemiological Community Health*, vol. 60, pp. 290-297.

Merlo, J. et al. (2009). "Individual and collective bodies: using measures of variance and association in contextual epidemiology". *Journal of Epidemiological Community Health*, vol. 63, pp. 1043-1048.

Merlo, J. (2011). "Contextual influences on the individual life course: building a research framework for social epidemiology". *Psychosocial Intervention*, vol. 20, n° 1, pp. 109-118.

Ministerio de Fomento (2012). *Atlas de la Vulnerabilidad Urbana en España. Metodología, contenidos y créditos*.

NIDA (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: a research-based guide for parents, educators, and community leaders*, 2nd ed. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

Pardo, A. et al. (2007). "Cómo ajustar e interpretar modelos multinivel con SPSS". *Psicothema*, vol. 19, n° 2, pp. 308-321.

Pfeffermann, D. et al. (1998). "Weighting for unequal selection probabilities in multilevel models". *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Statistical Methodology)*, vol. 60, n° 1, pp. 23-40.

Phung, H.N. et al. (2003) "Ecological and individual predictors of maternal smoking behavior. Looking beyond individual socioeconomic predictors at the community setting". *Addictive Behaviors*, vol. 28, pp. 1333-1342.

Raudenbush, S.W. (2008). "Many small groups". En: J. de Leeuw, E. Meijer (eds.) *Handbook of multilevel analysis*. Nueva York, Springer, pp. 207-236.

Subramanian, S.V. et al. (2003). "Multilevel methods for public health research". En: Kawachi, I. y Berkman, L.F. *Neighborhoods and Health*. Oxford, Oxford University Press.

Vallejo, G. et al. (2014). "Performance evaluation of recent information criteria for selecting multilevel models in Behavioral and Social Sciences". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 14, pp. 48-57.

Woltman, H. et al. (2012). "An introduction to hierarchical linear modeling". *Tutorials in Quantitative Methods of Psychology*, vol. 8, n° 1, pp. 52-69.

