

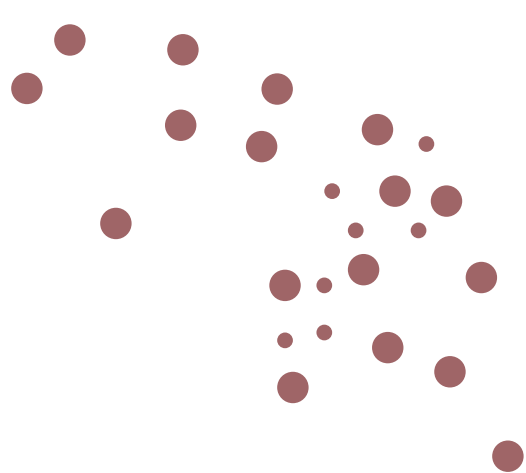


EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONDUCTAS DE RIESGO vinculadas al uso de **DROGAS LEGALES E INTERNET** Relación con la **CLASE SOCIAL Y EL GÉNERO**

Octubre 2025



ÍNDICE

RESUMEN	4
1. Presentación.....	9
1.1. Justificación.....	9
1.2.1. <i>La importancia de la clase social y los roles de género</i>	10
1.2. Objetivos	11
1.3. Metodología.....	12
1.3.1. <i>Diseño muestral y representatividad de la encuesta</i>	12
1.3.2. <i>Variables</i>	12
1.3.3. <i>Estrategia de análisis</i>	15
1.4. Estructura del informe.....	16
2. Clase, género y salud mental en la encuesta sobre adicciones.....	17
2.1. Clase social	17
2.2. Roles de género	19
2.3. Salud mental.....	24
3. Sustancias legales e internet, prevalencias de uso actual y de riesgo	29
3.1. Prevalencia de uso en el último mes	29
3.2. Prevalencia de conductas de riesgo.....	32
4. Características de la población con conductas de riesgo.....	36
4.1. Sexo y edad.....	36
4.2. Nivel de estudios y ocupación.....	37
4.3. Estado de salud	39
4.4. Consumo de drogas ilegales.....	40
5. Clase social, roles de género y uso de sustancias legales e internet	42
5.1. Clase social y uso de sustancias legales o internet	42
5.2.1. <i>Consumo de tabaco, clase social, sexo y edad</i>	45
5.1.1. <i>Consumo de alcohol, clase social, sexo y edad</i>	49
5.1.2. <i>Consumo de psicofármacos, clase social, sexo y edad</i>	52
5.1.3. <i>Uso compulsivo de internet y clase social</i>	57
5.2. Roles de género y uso de sustancias legales e internet.....	59
5.2.1. <i>Consumo de tabaco, cuidados, sexo y edad</i>	62
5.2.2. <i>Consumo de alcohol, cuidados, sexo y edad</i>	64
5.2.3. <i>Consumo de psicofármacos, cuidados, sexo y edad</i>	66
5.2.4. <i>Uso compulsivo de internet, cuidados, sexo y edad</i>	69
6. Conclusiones	72
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS: RESULTADOS DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN.....	77

TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población de 15 y más años por nivel de estudios y grado de dificultad para llegar a fin de mes, en función del sexo (% , IC95%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	18
Tabla 2. Distribución de la población de 15 y más años por nivel de estudios y grado de dificultad para llegar a fin de mes, en función de grupos de edad (% , IC95%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	18
Tabla 3. Diferencias de género en el porcentaje de la población con posible sobrecarga por cuidados*, por grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	22
Tabla 4. Índice de salud mental (MHI-5) medio y presencia de síntomas de ansiedad o depresión en la población de 15 y más años, por sexo y grupos de edad. CAE, 2023 (N=1.908.568).	24
Tabla 5. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (MHI-5 < 56) en la población de 15 y más años, en función del nivel de estudios y la situación económica, por sexos (%). CAE 2023 (N=1.908.568).	26
Tabla 6. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (MHI-5 < 56) en la población de 15 y más años, en función del nivel de estudios y la situación económica, por grupos de edad (%). CAE 2023 (N=1.908.568). .	27
Tabla 7. Índice de salud mental (MHI-5) medio y presencia de síntomas de ansiedad o depresión en la población de 15 y más años, por existencia de cargas familiares y dedicación a trabajo no remunerado. CAE, 2023 (N=1.908.568).	27
Tabla 8. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (MHI-5 < 56) en la población de 15 y más años, en función de la adopción de roles de cuidado, por sexos (%). CAE 2023 (N=1.908.568).	28
Tabla 9. Prevalencia de diversas conductas de especial riesgo* vinculadas al consumo de sustancias, práctica de juegos de azar y uso de internet en la población de 15 y más años, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)	32

GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la población de 15 y más años en función de la existencia de cargas familiares respecto a niños/as o personas adultas dependientes del hogar, y por dedicación diaria media a trabajos no remunerados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	20
Gráfico 2. Diferencias de género en el porcentaje de la población con dedicación a tareas de cuidado y domésticas (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)	21
Gráfico 3. Diferencias de género en el porcentaje de la población que dedica 2 horas o más diarias a tareas no remuneradas de cuidado o domésticas, por grupos de edad (%) (N=1.908.568). CAE, 2023.	21
Gráfico 4. Diferencias por nivel de estudios en el porcentaje de la población con dedicación a tareas de cuidado y domésticas (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	23
Gráfico 5. Diferencias por nivel de estudios en el porcentaje de la población con dedicación a tareas de cuidado y domésticas (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	23
Gráfico 6. Índice de salud mental (MHI-5) medio en la población de 15 y más años, por nivel de estudios. CAE, 2023 (N=1.908.568).	25
Gráfico 7. Índice de salud mental (MHI-5) medio en la población de 15 y más años, por grado de dificultad para llegar a fin de mes. CAE, 2023 (N=1.908.568).	26
Gráfico 8. Prevalencia del consumo actual de diversas sustancias legales en la población de 15 y más años, por sexo (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	29
Gráfico 9. Prevalencia del consumo actual de alcohol en la población de 15 y más años, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	30
Gráfico 10. Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población de 15 y más años, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	31

Gráfico 11. Prevalencia del consumo actual de psicofármacos en la población de 15 y más años, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	31
Gráfico 12. Prevalencia de diversas conductas de especial riesgo* vinculadas al uso de sustancias legales e internet en la población de 15 y más años, por grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	34
Gráfico 13. Distribución por edad y sexo de la población de 15 y más años con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	37
Gráfico 14. Distribución por nivel de estudios de la población de 15 y más años con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	38
Gráfico 15. Distribución por ocupación de la población de 15 y más años con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	38
Gráfico 16. Distribución por autopercepción de la salud, de la población de 15 y más años con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	39
Gráfico 17. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (MHI-5 < 56), en la población de 15 y más años con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	40
Gráfico 18. Prevalencia del consumo reciente de cannabis y otras drogas ilegales en la población de 15 y más años con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	40
Gráfico 19. Prevalencia del consumo actual de sustancias legales en la población de 15 y más años, por nivel de estudios (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	43
Gráfico 20. Prevalencia del consumo actual de sustancias legales en la población de 15 y más años, por grado de dificultad para llegar a fin de mes (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	43
Gráfico 21. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al tabaco, al alcohol, a los psicofármacos y al uso de internet en la población de 15 y más años, por nivel de estudios (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	44
Gráfico 22. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al tabaco, al alcohol, a los psicofármacos* y al uso de internet en la población de 15 y más años, por grado de dificultad para llegar a fin de mes (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	45
Gráfico 23. Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes en la población de 15 y más años en función del nivel de estudios, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	46
Gráfico 24. Prevalencia de consumo de 5 o más cigarrillos diarios en la población de 15 y más años en función del nivel de estudios, por grupos de edad y sexo (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	46
Gráfico 25. Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes en la población de 15 y más años, en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	47
Gráfico 26. Prevalencia del consumo de 5 o más cigarrillos diarios en la población de 15 y más años, en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	48
Gráfico 27. Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes en la población de 15 y más años, en función del nivel de estudios, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	49
Gráfico 28. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al alcohol en la población de 15 y más años en función del nivel de estudios, por grupos de edad y sexo (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	50
Gráfico 29. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al alcohol en la población de 15 y más años en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	51
Gráfico 30. Prevalencia de consumo de psicofármacos (cualquier tipo) en el último mes en la población de 15 y más años, por sexo, grupos de edad y nivel de estudios (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	53
Gráfico 31. Prevalencia de consumo de psicofármacos (cualquier tipo) en el último mes en la población de 15 y más años en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	53
Gráfico 32. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos en la población de 15 y más años en función del nivel de estudios, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).	54

Gráfico 33. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos en la población de 15 y más años en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	55
Gráfico 34. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos en la población de 15 y más años en función del nivel de estudios, por presencia de síntomas de ansiedad o depresión (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	56
Gráfico 35. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos en la población de 15 y más años en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por presencia de síntomas de ansiedad o depresión (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	56
Gráfico 36. Prevalencia del posible uso compulsivo de internet en la población de 15 y más años en función del nivel de estudios, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	58
Gráfico 37. Prevalencia del posible uso compulsivo de internet en la población de 15 y más años en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	59
Gráfico 38. Prevalencia del uso actual (en el último mes) de sustancias legales e internet en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la asunción de tareas de cuidado (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	60
Gráfico 39. Prevalencia del uso actual (en el último mes) de sustancias legales e internet en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la existencia de sobrecarga por cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	60
Gráfico 40. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales e internet en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la asunción de tareas de cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	61
Gráfico 41. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales e internet en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la existencia de sobrecarga por cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	61
Gráfico 42. Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la asunción de tareas de cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	63
Gráfico 43. Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la existencia de sobrecarga por cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	63
Gráfico 44. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al consumo de alcohol en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la asunción de tareas de cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	64
Gráfico 45. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al consumo de alcohol en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la asunción de tareas de cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	65
Gráfico 46. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos* en la población de 15 y más años de Euskadi en función de la asunción de tareas de cuidados, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	66
Gráfico 47. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos* en la población de 15 y más años de Euskadi en función de la asunción de tareas de cuidados, por sexo y estado de salud mental (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	67
Gráfico 48. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos* en la población de 15 y más años de Euskadi en función de la existencia de una posible sobrecarga de cuidados, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	68
Gráfico 49. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos* en la población de 15 y más años de Euskadi en función de la existencia de una posible sobrecarga de cuidados, por sexo y presencia de síntomas de ansiedad o depresión (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	69
Gráfico 50. Prevalencia del posible uso compulsivo de internet en la población de 15 y más años, en función de la asunción de tareas de cuidados, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	70
Gráfico 51. Prevalencia del posible uso compulsivo de internet en función de la existencia de una posible sobrecarga por cuidados, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).....	70

RESUMEN

El presente informe analiza las conductas de riesgo vinculadas al uso de drogas legales e internet en la población de 15 y más años de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE), a partir de los datos de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi 2023, desarrollada por la Dirección de Salud Pública y Adicciones. El estudio examina cómo la clase social, los roles de género y el estado de salud mental se relacionan con los patrones de consumo de tabaco, alcohol, psicofármacos e internet.

3. Contexto y objetivos

El consumo de sustancias psicoactivas y el uso problemático de internet constituyen importantes problemas de salud pública por su impacto sobre la morbilidad, la mortalidad y el bienestar social. En Europa, el alcohol causa más de un millón de muertes anuales y el tabaco más de 1,2 millones; en España, se estiman alrededor de 13.800 muertes atribuibles al alcohol y unas 55.000 al tabaco cada año. Este monográfico tiene como objetivo identificar los patrones de consumo y las conductas de riesgo para la salud relacionadas con el uso de sustancias legales e internet, y analizar su relación con la posición socioeconómica, los roles de cuidado y la salud mental.

4. Metodología

La Encuesta sobre Adicciones 2023 se basa en una muestra representativa de 2.527 personas residentes en viviendas familiares de la CAE. El diseño muestral, estratificado por Territorio Histórico y edad, incluye una sobremuestra de jóvenes de 15 a 24 años para garantizar la precisión de las estimaciones en este grupo. Los datos se ponderaron y calibraron mediante el método Raking Ratio, con un excelente ajuste a las distribuciones poblacionales.

Las conductas de riesgo consideradas incluyen el consumo diario de tabaco, el consumo de alcohol por encima de los umbrales de bajo riesgo, en episodios intensivos (binge drinking) o con criterios de dependencia a la sustancia (medido con la escala AUDIT), el consumo de psicofármacos sin receta o fuera de pauta médica y el uso compulsivo de internet (medido con la escala CIUS).

5. Principales resultados

Prevalencia del consumo actual

En 2023, el 20,7% de la población vasca de 15 y más años ha consumido tabaco en el último mes. La prevalencia es algo mayor en hombres (23%) que en mujeres (18,7%).

El 63,3% de la población ha consumido alcohol, con una diferencia notable entre hombres (71,8%) y mujeres (55,3%). El consumo aumenta en la edad adulta y desciende a partir de los 65 años, especialmente en mujeres.

El 16,5% ha consumido algún tipo de psicofármaco (tranquilizantes, sedantes, somníferos, antidepresivos o analgésicos opiáceos) en el último mes. El consumo de estos fármacos es más frecuente en mujeres (21,3%) que en hombres (11,2%), y aumenta con la edad, especialmente entre mujeres mayores de 65 años (37,6%).

Conductas de riesgo

La prevalencia de las conductas de riesgo consideradas varía notablemente en función de la sustancia. Las más extendidas son las relacionadas con el alcohol y el tabaco. En cambio, reconocer consumos de psicofármacos sin receta o por encima de las indicaciones médicas es mucho menos frecuente.

El uso diario de tabaco tiene una prevalencia global del 14,6% en la población de 15 y más años, con prevalencias todavía algo más elevadas en hombres (15,7%) que en mujeres (13,6%). No obstante, se aprecia que las diferencias por sexos en el uso de tabaco se están reduciendo con el tiempo, de manera que actualmente las mujeres tienen prevalencias algo más elevadas en algunos grupos (particularmente las más jóvenes y las de mediana edad).

Respecto al alcohol, el 26,6% de la población vasca de 15 o más años consume alcohol por encima de los umbrales de bajo riesgo, y el 11,3% ha realizado consumos intensivos (binge drinking) en el último mes. Además, el 6% cumple criterios de riesgo de dependencia al alcohol. Tomados en conjunto los tres comportamientos considerados, el 41,2% de los hombres y el 20,9% de las mujeres presentan alguno de los riesgos considerados.

Pese a la elevada prevalencia de consumo actual de psicofármacos (16,5% en el último mes), solamente un 6,1% de la población reconoce hacer uso de estos fármacos sin receta, utilizando dosis más altas de las prescritas o tomando los fármacos durante más tiempo del indicado, o combinando varios grupos de fármacos en el último año. La prevalencia de este tipo de conducta es mayor en mujeres (7,7%) que en hombres (4,3%), y aumenta con la edad, particularmente entre las mujeres mayores. Lógicamente, el consumo es mucho más frecuente entre quienes presentan síntomas de ansiedad y depresión (14,3%), que entre quienes no tienen este tipo de problema (3,7%).

Por último, el posible uso compulsivo de internet afecta al 4,4% de la población, con mayor prevalencia en jóvenes (11,8% en la población de 15 a 39 años) y en mujeres (5%, frente al 3,7% en hombres). La elevada prevalencia de esta conducta de riesgo en jóvenes se asocia a una mayor presencia de síntomas de ansiedad y depresión (40,2% en la población de 15 y más años que hace un uso compulsivo de internet, frente a 22,3% en total).

Relación con otras sustancias

Las personas con conductas de riesgo relacionadas con el uso de tabaco, alcohol, psicofármacos e internet presentan asimismo mayor prevalencia de consumo de cannabis y otras drogas ilegales. Las diferencias son muy notables, particularmente en relación con el uso de cannabis: mientras que la prevalencia de uso reciente (último año) de esta sustancia se sitúa en el 7% de la población de 15 y más años, alcanza el 21,2% entre las que fuman tabaco a diario, el 21,6% entre quienes realizan un posible uso compulsivo de internet, el 13,5% entre quienes consumen alcohol por encima de los umbrales de bajo riesgo, y el 9,8% entre quienes consumen psicofármacos sin receta o sin respetar la pauta indicada.

Por otra parte, se aprecia la misma relación de las conductas de riesgo con el consumo reciente de otras sustancias ilegales, con prevalencias cuatro veces mayores entre quienes consumen tabaco a diario y hasta tres veces mayores entre las personas que consumen psicofármacos sin receta o fuera de pauta. Esta asociación entre las conductas de riesgo vinculadas a sustancias legales e ilegales sugiere la existencia de perfiles de vulnerabilidad compartida.

Diferencias por clase social

Por lo que se refiere a la relación entre conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet y las variables aproximadoras de la clase social, se confirma la existencia de un gradiente socioeconómico, aunque varía en función de la sustancia.

Las personas con bajo nivel educativo y dificultades económicas presentan una mayor prevalencia de consumo de tabaco y psicofármacos, mientras que los consumos de alcohol e internet problemático son más comunes en los grupos con niveles socioeconómicos medios y altos.

Aunque se confirma que el efecto de las variables socioeconómicas es significativo incluso controlando la composición de estos grupos por sexo y edad, se producen efectos de interacción, de manera que la asociación cambia en algunos grupos de población. En relación con el uso diario de tabaco, el efecto protector de tener un nivel de estudios alto no se da en la población mayor; en el caso del consumo de alcohol, las personas de niveles socioeconómicos altos tienden a tener mayor riesgo, salvo entre los hombres maduros de 40 a 64 años. En relación con el uso de psicofármacos, el tener un nivel de estudios alto ejerce un efecto protector en la población que no presenta problemas de salud mental; en cambio, incrementa el riesgo entre quienes sí tienen dificultades, lo que podría relacionarse con un mayor acceso a servicios de salud mental y medicación psicotrópica por parte de la población de clases altas.

Diferencias por roles de género

De acuerdo con datos de la Encuesta sobre Adicciones, en Euskadi, se estima que el 17,8% de la población de 15 y más años tiene personas menores de 12 años a cargo que viven en su hogar, y el 6,5% tiene a su cargo alguna persona adulta dependiente. No se aprecian diferencias por sexo en la asunción de responsabilidades de cuidado respecto a niños y niñas, pero sí en lo referente al cuidado de personas adultas, donde las mujeres intervienen en mayor medida que los hombres (7,3% de las mujeres frente al 5,7% de los hombres). Por otra parte, las mujeres dedican más tiempo al trabajo doméstico y al cuidado de otras personas (el 40,1% dedica 2 horas o más al día frente al 23,9% de los hombres).

Considerando que la dedicación intensa y la doble dedicación (al trabajo remunerado y no remunerado, o al cuidado simultáneo de personas menores y adultas) puede tener mayor impacto en la salud mental y en el consumo de sustancias, se ha definido una variable para tratar de identificar estas situaciones de sobrecarga. De acuerdo con los datos, el 12,2% de las mujeres y el 10,8% de los hombres de 15 y más años se encuentran en esta situación en Euskadi, bien porque trabajan o estudian y dedican tres horas diarias o más al cuidado de otras personas, porque tienen responsabilidades de cuidado respecto de niños/as y personas adultas al mismo tiempo, bien porque se trata de personas mayores que cuidan de otra persona.

Respecto a la influencia que tienen las variables relacionadas con el cuidado en el uso de sustancias legales e internet, en general se observa que la existencia de responsabilidades de cuidado ejerce un efecto moderador del uso de alcohol e internet, y no parece tener un efecto significativo en el uso de tabaco o psicofármacos, una vez se controlan el sexo y la edad.

En cambio, la existencia de una posible sobrecarga por cuidados incrementa el riesgo respecto de algunas conductas, en algunos grupos de población. Por una parte, se aprecia un efecto significativo para el consumo diario de tabaco, independientemente del sexo y la edad. Por otra parte, mientras que las responsabilidades familiares ejercen un efecto significativo de moderación del consumo de alcohol, la dedicación intensa a tareas de cuidado invierte el sentido de la asociación entre los hombres, indicando una tendencia a más consumos de riesgo entre las que ejercen cuidados con intensidad, aunque el efecto no alcanza significatividad estadística. Finalmente, incrementa la probabilidad de consumir psicofármacos sin receta o fuera de pauta médica, en personas jóvenes y mayores que prestan cuidados intensos. Este efecto se mantiene independientemente de la presencia de síntomas de ansiedad y depresión.

Conclusiones

Los resultados ponen de manifiesto la existencia de gradientes sociales y de género en las conductas de riesgo vinculadas a drogas legales e internet. Las desigualdades en la posición socioeconómica, la carga de cuidados y el bienestar mental configuran distintos patrones de consumo y vulnerabilidad.

Los resultados indican que las personas con menor nivel educativo y mayores dificultades económicas muestran un riesgo más elevado de consumo de tabaco y psicofármacos, mientras que el consumo de alcohol y el uso compulsivo de internet se asocian más a grupos con niveles socioeconómicos medios y altos.

Las desigualdades de género son especialmente visibles. Los hombres presentan mayores tasas de consumo de tabaco y sobre todo alcohol, prácticas socialmente más aceptadas y ligadas a contextos de socialización. Las mujeres, en cambio, registran un mayor consumo de psicofármacos, más relacionado con la medicalización del malestar emocional y con las tensiones derivadas de la carga de cuidados y la conciliación. La dedicación intensiva al cuidado de menores o personas dependientes, variable utilizada como indicador de roles de género, se asocia con peor salud mental y mayor probabilidad de consumo de fármacos, incluso tras ajustar por nivel socioeconómico.

El uso compulsivo de internet se concentra en la población joven y es más prevalente en mujeres que en hombres. Un resultado relevante del análisis realizado es que esta conducta se relaciona estrechamente con una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, lo que implicaría la

necesidad de reforzar la detección de este tipo de uso problemático de internet desde la atención primaria de salud.

En conjunto, los hallazgos confirman la necesidad de reforzar las campañas de concienciación respecto a los riesgos que suponen para la salud determinadas pautas de consumo de sustancias legales, particularmente el alcohol, puesto que es la sustancia con mayor prevalencia de conductas de riesgo. También ponen de manifiesto la importancia de abordar el uso compulsivo de internet entre las personas jóvenes, dada la relación que se observa con un peor estado de salud mental. Finalmente, el análisis realizado confirma la importancia de desarrollar intervenciones integrales de salud pública, que tengan en cuenta las desigualdades socioeconómicas, los roles de género y de cuidado a la hora de diseñar programas de prevención de conductas adictivas con y sin sustancia.

1. PRESENTACIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN

El uso de sustancias psicoactivas, la práctica de juegos de azar y el uso de internet se vinculan frecuentemente con el ocio. Sin embargo, no hay duda de que, en función de cómo se utilizan, pueden asimismo generar perjuicios de diferente tipo, entre los que cabe destacar los daños a la salud física y mental. De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por ejemplo, en 2019 el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas causaron más de 3 millones de muertes en todo el mundo (2,6 millones el alcohol y 0,6 millones el consumo de otras sustancias psicoactivas) lo que supone el 4,7% de los fallecimientos a nivel global. Europa es una de las regiones del mundo donde la carga de mortalidad asociada al alcohol es más elevada, con más de 1 millón de muertes anuales atribuibles a su consumo; es además la primera causa de mortalidad prematura en población joven en Europa, y 1 de cada 4 muertes en el grupo de edad de 20 a 24 años se relaciona con el consumo de alcohol.

En España, la carga atribuible al alcohol, aunque menor que la media europea en términos relativos, sigue siendo significativa. Estimaciones recientes del Ministerio de Sanidad basadas en metodologías de fracción atribuible poblacional (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2024) indican que, en 2021, hubo aproximadamente 13.887 muertes atribuibles al consumo de alcohol en España. Las principales causas de defunción relacionadas con el alcohol en el país fueron cánceres (especialmente de hígado, esófago, colon, mama, etc.), enfermedades digestivas (p. ej. cirrosis hepática) y causas externas como accidentes de tráfico y otras lesiones. De hecho, la mayoría de las muertes atribuibles al alcohol en España ocurren por enfermedades crónicas (por ejemplo, en 2021 hubo aproximadamente 5.805 muertes por cáncer y en torno a 5.303 por enfermedades digestivas vinculadas al alcohol). Estas cifras sitúan la mortalidad atribuida al alcohol en torno al 3-5% de todas las muertes anuales en España (lo que resulta coherente con el dato global estimado por la OMS, del 4,7%).

La carga de morbilidad y mortalidad asociada al consumo de tabaco es aun mayor que para el alcohol y las otras sustancias psicoactivas: el tabaco se considera responsable de más de 8 millones de muertes anuales a nivel global, de más de 1,2 millones de muertes en la región Europea y de en torno a 50.000 – 60.000 muertes anuales en España. En términos relativos, el 18% de todas las muertes por enfermedades no transmisibles en Europa se atribuyen al consumo de tabaco. Las

patologías que más contribuyen a la mortalidad atribuible al tabaco en España son el cáncer de pulmón (y otros cánceres relacionados), las enfermedades cardiovasculares (infartos, ictus), las enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, enfisema) y otras condiciones agravadas por el tabaquismo. Además, también ocasiona fallecimientos adicionales (especialmente por cardiopatías y enfermedades respiratorias) en fumadores/as pasivos, aunque en menor magnitud.

Dada la elevada carga sanitaria asociada al uso de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, la identificación de patrones de uso que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad tiene interés desde el punto de vista de la salud pública, en la medida en la que permite informar a la población sobre medidas de reducción de daños que puede adoptar para protegerse; por otra parte, el análisis de los factores personales y contextuales que se asocian con estos “consumos de riesgo” posibilita focalizar las intervenciones preventivas en los grupos poblacionales que más pueden beneficiarse de ellos, mejorando su eficiencia.

1.2.1. La importancia de la clase social y los roles de género

Entre los factores que influyen notablemente en el consumo de sustancias se encuentra el género, con tasas de prevalencia de uso y abuso generalmente más elevadas en hombres que en mujeres (salvo, notablemente en el caso de los psicofármacos). Las estimaciones de la OMS en relación con la carga de morbilidad y mortalidad asociada al consumo de alcohol y drogas indican, por ejemplo, que 2 de los 2,6 millones de muertes atribuibles al alcohol y 0,4 de los 0,6 millones atribuibles a las drogas se producen entre los hombres. Con todo, esta brecha de género que ha existido tradicionalmente en las prevalencias de consumo de la mayoría de las sustancias se ha ido reduciendo con el tiempo, de manera que la prevalencia entre las mujeres jóvenes se ha ido aproximando a la de los hombres y, en el caso de determinadas sustancias como el tabaco, ha llegado a superarla. Existen también indicios de que, en determinados contextos como el del ocio nocturno, el uso de algunas sustancias como *speed* por parte de las mujeres es mayor que entre los hombres (Vidal, 2024).

Aunque una parte de los consumos de riesgo —particularmente en relación con las drogas ilegales y entre la población joven— se producen en contextos de ocio o festivos, existen asimismo otros factores —características personales y circunstancias vitales— que pueden incrementar la predisposición a adoptar consumos de riesgo en relación con las sustancias psicoactivas, el juego y el uso de internet.

Diversos estudios han analizado, por ejemplo, el impacto que ejerce la posición socioeconómica —aproximada a partir del nivel de estudios, el tipo de ocupación o los ingresos— en el consumo de sustancias. En general, las investigaciones concluyen que el consumo experimental y recreativo es más transversal que los consumos problemáticos o de riesgo, debido a la acumulación de factores que predisponen a adoptar prácticas de riesgo entre las personas de posición socioeconómica baja, como pueden ser una mayor exposición al estrés derivado de la inseguridad laboral, la falta de medios económicos y la precariedad de vivienda, un menor acceso a información relevante sobre el impacto del consumo sobre la salud y las estrategias de reducción de daños, menores oportunidades de involucrarse en actividades de ocio saludable, o un contacto más estrecho con entornos degradados donde la disponibilidad de sustancias es mayor y el consumo está más normalizado.

Existe también evidencia de la “doble carga” que impone la desigualdad social, al incrementar no solo la exposición a factores que predisponen a patrones de consumo de riesgo, sino también el daño que se experimenta como consecuencia de esos consumos (las personas de clases socioeconómicas bajas sufren mayor daño físico y mayor criminalización como consecuencia de los consumos problemáticos y tienen menores oportunidades de tratamiento y reinserción social). Un meta-análisis de 48 estudios independientes con una muestra conjunta de más de 1,7 millones de personas mostraba que el pertenecer a un grupo socioeconómico bajo (categorizando el estatus socioeconómico en 3 grupos) incrementaba un 26% el riesgo de mortalidad, incluso controlando los factores de riesgo más importantes de acuerdo con el Plan de Acción Global de la OMS para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (diabetes, consumo de alcohol de riesgo, consumo de tabaco, hipertensión, obesidad e inactividad física) (Stringhini et al., 2017).

Por otra parte, la dedicación al trabajo no remunerado, en función de su intensidad, puede también constituir un factor de riesgo frente a las conductas adictivas. Diversos estudios han encontrado, por ejemplo, que la sobrecarga ligada a los cuidados tiene un impacto negativo en la salud física y mental de las personas cuidadoras familiares, lo que se ha asociado sobre todo con una mayor prevalencia de uso de psicofármacos (Díaz et al., 2020) y también con un mayor riesgo de consumo problemático de alcohol (Rospenda et al., 2010). En Euskadi, se ha descrito cómo las mujeres presentan una mayor prevalencia de ansiedad y depresión, así como un uso más elevado de psicofármacos, tanto con prescripción médica como sin ella, incluso tras controlar por el estado de salud mental o el acceso a los servicios sanitarios. Esta sobrerrepresentación femenina se ha vinculado con desigualdades estructurales —como la carga de cuidados, la precariedad laboral o la violencia de género— y con procesos de medicalización del malestar que tienden a traducir en términos clínicos los efectos psicosociales de esas desigualdades (Bacigalupe & Martín, 2021; Gobierno Vasco (ed.), 2021). La literatura feminista y la investigación reciente en Euskadi señalan que estos patrones reflejan cómo el género condiciona la forma en que se experimentan, expresan y tratan los malestares emocionales, configurando trayectorias diferenciadas de salud y riesgo.

1.2. OBJETIVOS

Este monográfico, elaborado a partir de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi de 2023, pretende profundizar en el conocimiento de algunos de los comportamientos de riesgo para la salud que adopta la población vasca en relación con las drogas legales y el uso de internet, y la manera en que la posición socioeconómica y algunas variables ligadas al género —como la dedicación a tareas de cuidado de otras personas— afectan a estos comportamientos.

El estudio se centra en el uso de tabaco, alcohol, psicofármacos e internet, con el objetivo de conocer si la prevalencia de uso varía en función de la clase social y los roles de género, y en qué medida esas diferencias son independientes de la composición por sexo y edad de los grupos sociales considerados o, por el contrario interaccionan entre sí, modificando el efecto sobre el consumo.

De forma más específica, el estudio persigue los siguientes objetivos:

- Medir la prevalencia del uso actual de tabaco, alcohol, psicofármacos en la población de 15 años o más y estimar la prevalencia de conductas de especial riesgo para la salud.

- Analizar las diferencias por sexo, edad y nivel socioeconómico en los patrones de consumo, en la percepción de riesgo y en la exposición a factores de vulnerabilidad.
- Examinar la relación entre desigualdad social, roles de género y salud mental, considerando la posible función mediadora de esta última en la aparición de conductas de riesgo.

1.3. METODOLOGÍA

1.3.1. Deseño muestral y representatividad de la Encuesta

El análisis se basa en los datos de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi 2023, operación estadística incluida en el Plan Vasco de Estadística 2019–2022 y promovida por la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, en colaboración con Eustat. La recogida de información fue realizada entre el 6 de marzo y el 20 de junio de 2023.

La encuesta se dirige a personas de 15 años o más residentes en viviendas familiares ocupadas de la CAE. Se trata de una muestra nominal —cada entrevista corresponde a una persona concreta— compuesta por 2.527 individuos titulares, con suplentes y reservas previstos para sustituir los casos no realizables. El diseño muestral, elaborado por Eustat, corresponde a una muestra de una sola etapa estratificada por Territorio Histórico y grupo de edad, considerando siete grupos etarios (15–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74 y 75 años o más).

Con el fin de garantizar la representatividad territorial y sanitaria, la selección de la muestra se equilibró mediante el Método del Cubo, teniendo en cuenta la distribución de la población de 15 años o más por Organización Sanitaria Integrada (OSI), Zona Básica de Salud (ZBS), tamaño del municipio, sexo, edad y nacionalidad. Además, se aplicó una sobremuestra en el grupo de 15 a 24 años, con el propósito de disponer de estimaciones más precisas en este colectivo de especial interés para las políticas preventivas.

Para asegurar la representatividad de los resultados, Eustat aplicó un procedimiento de ponderación y calibración de los pesos muestrales. En primer lugar, se calcularon los pesos iniciales como el inverso de la probabilidad de selección dentro de cada estrato de Territorio Histórico y edad (estimadores de Horvitz–Thompson). Posteriormente, se ajustaron mediante calibración sobre los totales marginales de las variables de equilibrio: Territorio Histórico, Organización Sanitaria Integrada, tamaño del municipio, sexo y nacionalidad. El método utilizado fue el *Raking Ratio*, procedimiento iterativo que ajusta los pesos hasta que la muestra reproduce las distribuciones poblacionales de las variables de calibración. Esta calibración se implementó mediante la macro CALMAR del INSEE, ampliamente utilizada en encuestas sociales europeas. Los resultados mostraron una excelente convergencia: los pesos finales se mantuvieron muy próximos a los iniciales (media = 1,00; coeficiente de variación = 9,2%; rango 0,79–1,52).

1.3.2. Variables

Conductas de riesgo consideradas

El informe de principales resultados de la *Encuesta sobre Adicciones 2023* incluía una serie de indicadores sobre conductas de riesgo en relación con las adicciones con o sin sustancia

(Departamento de Salud, 2024). En este monográfico, dado que se desea realizar un análisis detallado en términos de la composición por sexo y edad, y por variables aproximadoras de clase y género, ha sido necesario centrarse en aquellos comportamientos de riesgo con una prevalencia mayor, evitando en lo posible tener que basar los resultados en grupos con tamaños muestrales muy reducidos. De los diez riesgos definidos en el informe general de resultados, en el presente análisis se han considerado los siguientes:

1. **Tabaco.** Consumo diario de 5 o más cigarrillos (riesgo # 1 en el informe de resultados generales de la encuesta).
2. **Alcohol.** Incluye las siguientes situaciones:
 - Consumo que excede los umbrales de bajo riesgo, a saber, consumos de más de 14 UBEs/semana en hombres o 7 en mujeres (riesgo #2 en el informe de resultados generales de la encuesta). En España, 1 UBE equivale a 10 g de alcohol puro, la cantidad presente en un vaso corto de vino o 'txikito', o en una caña.
 - Episodios de consumo intensivo (*binge drinking*) al menos una vez en el último mes (riesgo #3 en el informe de resultados generales de la encuesta). Se considera consumo intensivo cuando se ingieren varias bebidas seguidas o en el plazo de un par de horas. En el caso de los hombres el umbral se sitúa en 5 o más bebidas por ocasión de consumo; en el caso de las mujeres, en 4 o más bebidas por ocasión.
 - Posible *síndrome de dependencia al alcohol* (riesgo #4 en el informe de principales resultados de la encuesta). Se utiliza la escala AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) para valorar un posible síndrome de dependencia al alcohol. De acuerdo con los estudios de validación realizados (García Carretero et al., 2016), se establecieron los puntos de corte para identificar consumos de riesgo en más de 7 puntos para los hombres y más de 5 puntos para las mujeres.
3. **Psicofármacos.** Se ha ampliado la definición utilizada en el informe general de resultados de la encuesta, para incluir:
 - Consumo de psicofármacos sin receta médica;
 - Consumo de tranquilizantes, hipnóticos o sedantes o de analgésicos opioides en dosis mayores o durante más tiempo a lo prescrito por el/la médico.
 - Consumo de varios tipos de psicofármacos en el último año, considerando los tres grandes grupos de fármacos sobre los que se pregunta en el cuestionario, a saber, (1) tranquilizantes, hipnóticos y sedantes, (2) antidepresivos, y (3) analgésicos opioides.
4. **Internet.** Se considera el posible uso compulsivo, medido con la escala *Compulsive Internet Use Scale* (CIUS). De acuerdo con los criterios del PNSD (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022) se considera que una puntuación mayor o igual a 28 en el CIUS indica riesgo de un posible uso compulsivo de internet.

Variables explicativas

- **Clase social.** La Encuesta sobre Adicciones recoge información sociodemográfica sobre las personas que responden al cuestionario. Aunque la clase social no se recoge directamente, en el presente monográfico se han utilizado dos variables para aproximar el nivel socioeconómico:
 - **Nivel de estudios.** La pregunta J4 del cuestionario recoge el mayor nivel de estudios alcanzado por la persona en seis categorías. Los datos se han agrupado en tres categorías:
 - *Primarios o sin estudios.* Incluye las personas que tienen aprobados seis cursos o menos de educación primaria;
 - *Secundarios.* Incluye a personas con títulos de bachillerato o formación profesional de grado superior, así como a personas con cinco o más cursos de secundaria aprobados;
 - *Universitarios.* Incluye títulos universitarios de diplomatura, grado y licenciatura, máster y doctorado.
 - **Dificultad percibida para llegar a fin de mes.** La pregunta J5 del cuestionario recoge cuatro posibles opciones de respuesta: con mucha o bastante dificultad; con cierta o alguna dificultad; con cierta o alguna facilidad; con bastante o mucha facilidad. La variable se ha recodificado en los siguientes tres niveles:
 - *Con dificultad.* Agrupa las dos primeras opciones de respuesta (“con alguna o cierta dificultad” y “con bastante o mucha dificultad”);
 - *Con normalidad*¹. Recoge la tercera opción de respuesta (“con alguna o cierta facilidad”);
 - *Con facilidad.* Recoge la cuarta opción de respuesta (“con bastante o mucha facilidad”).
- **Roles de género y cuidados.** La Encuesta sobre Adicciones recoge una serie de preguntas relativas a las responsabilidades familiares de las personas entrevistadas, así como a su ocupación y la dedicación a trabajo no remunerado. Por una parte, la pregunta J8, indica si las personas entrevistadas tienen menores de 12 años a su cargo que vivan en el hogar y, por otra parte, la pregunta J9 recoge si la persona cuida de otras personas adultas dependientes que viven en el hogar. En la pregunta J10 se solicita a las personas entrevistadas que indiquen cuántas horas dedican de media al día a las tareas del hogar y de cuidado de menores y/o personas dependientes. Finalmente, la pregunta J11 recoge la ocupación de la persona en la semana anterior a la realización de la encuesta. A partir de esta información, se han creado dos variables sintéticas:
 - **Cuidador/a.** La variable indica si la persona presta cuidados de algún tipo a personas menores o adultas dependientes del hogar. Incluye las siguientes situaciones:
 - Personas que tienen personas menores o adultas a cargo (responden “sí” en las preguntas J8 o J9).

¹ Esta categoría, aunque se refiere en el cuestionario a personas que afirman llegar a fin de mes con alguna o cierta facilidad, aglutina al 57% de la población, por lo que se considera que constituye, en realidad, la situación de referencia, de ahí el referirse a ella como “normalidad”.

- Dedicar al menos 1 hora diaria a tareas no remuneradas del hogar o de cuidados (pregunta J10).
- **Posible sobrecarga por cuidados.** Es una variable más restrictiva, que pretende aproximar posibles situaciones de sobrecarga por cuidados, ya sea por tener una doble ocupación (fuera y dentro del hogar) o cuidar de varias personas con una dedicación intensa, o por tratarse de cuidadores/as mayores. La variable incluye las siguientes situaciones:
 - Personas jóvenes o adultas, menores de 65 años, que estudian o trabajan, tienen responsabilidades familiares respecto de menores o adultos y dedican 3 horas diarias o más a trabajos no remunerados de cuidado o trabajo doméstico.
 - Personas jóvenes o adultas, menores de 65 años, que cuidan de niños/as y adultos dependientes del hogar al mismo tiempo.
 - Personas de 65 y más años que tienen otras personas adultas a su cargo.

Variables de control

El efecto de las variables explicativas en el uso de sustancias legales e internet se ha controlado por sexo y edad. Además, teniendo en cuenta que la literatura científica señala a un posible papel mediador del estado de salud mental en los mecanismos por los que el nivel socioeconómico y los roles de género podrían afectar al uso de sustancias, se ha procurado asimismo controlar por el estado de salud mental.

- **Sexo.** Se refiere al sexo biológico de la persona que responde: hombre o mujer.
- **Edad.** Se ha agrupado en tres categorías (15 a 39 años, 40 a 64 años y 65 años o más), para evitar una excesiva fragmentación de los datos
- **Salud mental.** La encuesta sobre adicciones recoge las 5 preguntas que conforman el Índice de Salud Mental (MHI-5), una escala que ha mostrado validez a la hora de predecir trastornos afectivos y de ansiedad (Berwick et al., 1991) y que viene siendo utilizada en la ESCAV (Encuesta de Salud de Euskadi) desde el año 2007. En este monográfico se ha adoptado un punto de corte de <56 puntos en la escala, como indicador de la posible presencia de problemas de salud mental, concretamente síntomas de ansiedad y depresión, tal y como se viene definiendo en la metodología de la Encuesta de Salud de Euskadi (Departamento de Salud, 2023).

1.3.3. Estrategia de análisis

En este monográfico, los análisis descriptivos se han realizado sobre la muestra ponderada de la Encuesta sobre Adicciones, aplicando los pesos calibrados para estimar prevalencias y riesgos ajustados a la estructura poblacional real de la CAE. Se emplean análisis descriptivos y bivariantes para explorar la distribución de las conductas de riesgo según sexo, edad, nivel educativo, ingresos, salud mental y roles de cuidado.

Estos análisis se han complementado con modelos de regresión logística generalizada multivariantes sobre la muestra no ponderada de 2.527 personas, para obtener estimaciones ajustadas por sexo y edad de las asociaciones entre clase social, roles género y uso de sustancias legales e internet.

1.4. ESTRUCTURA DEL INFORME

Una vez definidos los objetivos y la metodología, el grueso del informe se estructura en cinco capítulos adicionales.

El segundo capítulo describe a la población vasca desde la perspectiva de la clase social y los roles de género vinculados al cuidado, tratando de ofrecer contexto al posterior análisis sobre las diferencias que se observan en las pautas de consumo de sustancias legales e internet por clase y roles de género. Además, dado que la literatura señala que la relación entre la clase social, los cuidados y el consumo de sustancias podría estar mediada por el estado de salud mental, se analizan también los datos que al respecto ofrece la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi.

El tercer capítulo ofrece los principales datos sobre la prevalencia de uso de tabaco, alcohol, psicofármacos e internet, diferenciando entre las prevalencias de uso actual (último mes) y determinados patrones de uso que, por la cantidad consumida, la frecuencia de uso o la presencia de criterios de dependencia a la sustancia implican un especial riesgo para la salud.

El cuarto capítulo del informe se centra en las personas que presentan estas conductas de riesgo, tratando de caracterizarlas en términos sociodemográficos y en términos de su estado de salud y consumo de otras sustancias.

El quinto capítulo analiza la posible relación de la clase social y los roles de género con conductas de riesgo vinculadas con el consumo de tabaco, alcohol, psicofármacos o internet. Se ofrece un análisis de las diferencias en las prevalencias de las conductas de riesgo consideradas en función del nivel de estudios, la situación económica, la adopción del rol de cuidador/a o la dedicación intensiva al cuidado de otras personas, tratando de determinar si estas características ejercen un efecto independiente del sexo y la edad.

2. CLASE, GÉNERO Y SALUD MENTAL EN LA ENCUESTA SOBRE ADICCIONES

Este capítulo describe la foto que nos ofrece la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi respecto a las características de la población vasca en términos de clase social y asunción de roles de género como el cuidado. El objetivo es dotar de contexto el posterior análisis sobre el impacto que tienen la clase y el género en el uso de sustancias legales e internet. En este sentido, junto con las desigualdades de género y clase por sexo y edad, se describe también el efecto de estas desigualdades en la salud mental de la población, en la medida en la que es una variable que, de acuerdo con la literatura revisada, puede resultar relevante a la hora de explicar las conductas adictivas.

2.1. Clase social

La Encuesta sobre Adicciones 2023, a pesar de no incluir una medida directa de clase social ocupacional, permite aproximar la posición socioeconómica a través de dos indicadores relacionados: el nivel educativo alcanzado y la percepción de dificultad para llegar a fin de mes. Ambas dimensiones permiten captar, respectivamente, los recursos culturales y económicos disponibles, que se relacionan estrechamente con el estilo de vida, las oportunidades de acceso a la información y la exposición a factores de vulnerabilidad.

De acuerdo con los resultados de la encuesta, algo más de la mitad de la población (el 52,8%) tiene estudios secundarios y el 28,1% universitarios, frente al 19,2% con estudios primarios o sin estudios; por otra parte, el 57,1% indica que llega a fin de mes con alguna o cierta facilidad², frente al 22,4% que señala que lo hace con dificultad y el 20,5% restante, que lo hace con bastante o mucha facilidad.

² En lo sucesivo, para facilitar la lectura, particularmente en gráficos y tablas, nos referimos a esta población como aquella que llega a fin de mes “con normalidad”.

Tabla 1. Distribución de la población de 15 y más años por nivel de estudios y grado de dificultad para llegar a fin de mes, en función del sexo (% , IC95%). CAE, 2023 (N=1.908.568).

		Hombre	Mujer	Total
		% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	16,7 (14,5 – 19,0)	21,5 (19,3 - 23,8)	19,2 (17,7 - 20,7)
	Secundarios	58,4 (55,3 - 61,3)	47,5 (44,7 - 50,4)	52,8 (50,7 - 54,8)
	Universitarios	25,0 (22,4 - 27,7)	31,0 (28,4 - 33,7)	28,1 (26,3 – 30,0)
Grado de dificultad para llegar a fin de mes	Con dificultad	21,7 (19,2 - 24,3)	23,2 (20,7 - 25,8)	22,4 (20,7 - 24,3)
	Con normalidad	56,6 (53,6 - 59,6)	57,5 (54,6 - 60,4)	57,1 (55,0 - 59,2)
	Con facilidad	21,7 (19,3 - 24,3)	19,3 (17,1 - 21,7)	20,5 (18,8 - 22,2)

Por sexos, las mujeres tienen con mayor frecuencia que los hombres un nivel de estudios bajo (el 21,5% no tiene estudios o tiene únicamente estudios primarios, frente al 16,7% de los hombres) y también alto (el 31% tiene estudios universitarios, en comparación con el 25% de los hombres).

En cambio, no se aprecian diferencias de género muy marcadas en cuanto a la situación económica, teniendo en cuenta que el porcentaje de quienes consideran que tienen dificultades para llegar a fin de mes es del 21,7% entre los hombres y del 23,2% entre las mujeres. En el extremo opuesto, un 21,7% de los hombres y un 19,3% de las mujeres indican que tienen una posición económica holgada (llegan a fin de mes con bastante o mucha facilidad), pero los intervalos de confianza se solapan parcialmente, indicando que esas diferencias no son estadísticamente significativas.

Por grupos de edad se aprecian diferencias muy marcadas respecto al nivel de estudios, particularmente entre la población joven y mayor, pero también en relación con la situación económica.

Entre las personas jóvenes de entre 15 y 39 años, el porcentaje que no tiene estudios o tiene únicamente estudios primarios es mucho más bajo que en otros grupos de edad: 5%, en comparación con el 13,1% de la población de entre 40 y 64 años, y con el 45% en la población de 65 y más años. En la población mayor, hay además un porcentaje significativamente menor de personas con estudios universitarios (el 12,9% tiene este nivel de estudios, frente a cerca del 33% en la población menor de 64 años).

Tabla 2. Distribución de la población de 15 y más años por nivel de estudios y grado de dificultad para llegar a fin de mes, en función de grupos de edad (% , IC95%). CAE, 2023 (N=1.908.568).

		15 a 39 años	40 a 64 años	65 y más años
		% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	5,0 (3,7 - 6,8)	13,1 (10,9 - 15,8)	45,1 (41,4 - 48,8)
	Secundarios	61,5 (58,2 - 64,6)	53,3 (49,8 - 56,8)	42,1 (38,3 - 45,9)
	Universitarios	33,5 (30,5 - 36,6)	33,5 (30,3 - 36,9)	12,9 (10,5 - 15,8)
Grado de dificultad para llegar a fin de mes	Con dificultad	20,8 (18,1 - 23,7)	24,3 (21,4 - 27,5)	21,1 (18,1 - 24,5)
	Con normalidad	63,2 (59,9 - 66,4)	55,0 (51,5 - 58,5)	53,7 (49,8 - 57,5)
	Con facilidad	16,0 (13,7 - 18,6)	20,6 (17,9 - 23,5)	25,2 (22 - 28,7)

En cambio, las personas mayores (de 65 y más años), son más propensas que las jóvenes a señalar una situación económica favorable. El 25,2% de las personas mayores indican que llegan a fin de mes con bastante o mucha facilidad, frente al 20,6% entre las personas maduras, de 40 a 64 años, y el 16% de las jóvenes de 15 a 39 años. Teniendo en cuenta los intervalos de confianza que se

obtienen, se puede decir que la diferencia es estadísticamente significativa en el caso de las personas jóvenes, pero no entre los otros dos grupos (entre las personas de 40 a 64 años y las de 65 y más años). En cambio, las personas jóvenes escogen la posición intermedia, la que indica cierta o alguna facilidad para llegar a fin de mes, con mayor frecuencia que los otros dos grupos (63,2%, frente al 55% entre las personas de 40 a 64 años y 53,7% entre las de 65 y más años). Hay que tener en cuenta que este grupo incluye a adolescentes y jóvenes que no son económicamente autosuficientes, con lo que el mayor porcentaje que escoge esta opción intermedia podría relacionarse con un mayor desconocimiento de la situación económica familiar.

En resumen, tanto el nivel de estudios como la percepción de la situación económica, como variables aproximadoras de la posición socioeconómica, varían considerablemente según el sexo y la edad. Por ello, es importante considerar cómo estos factores pueden incidir en otros ámbitos, como la salud mental o los roles de género, que se abordan en los apartados siguientes.

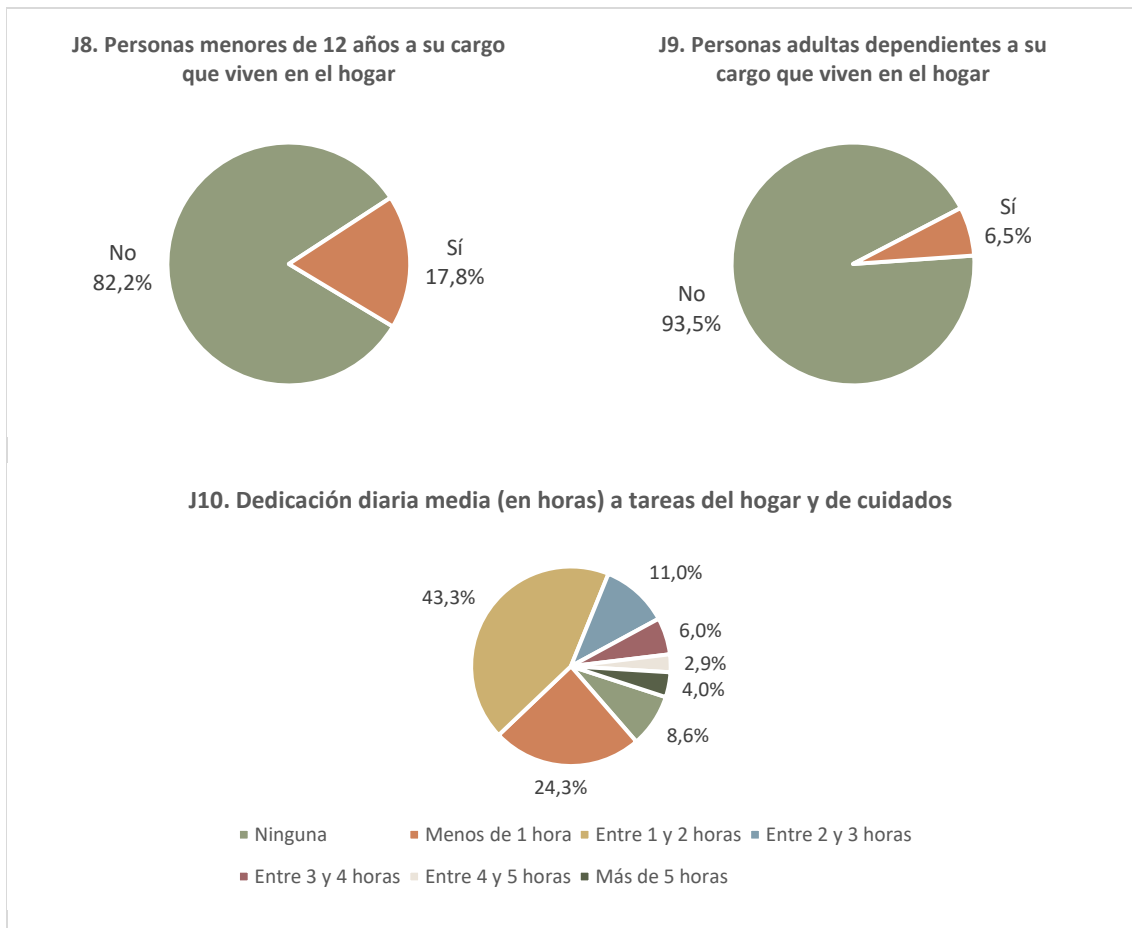
2.2. Roles de género

El género es un constructo social y cultural que hace referencia al conjunto de roles, normas, valores y expectativas que una sociedad asigna a las personas en función de su sexo. A diferencia del sexo biológico —basado en características anatómicas y fisiológicas—, el género expresa una dimensión relacional y simbólica, que estructura las identidades, las formas de comportamiento y las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Se manifiesta en ámbitos como la distribución del trabajo y los cuidados, el acceso a los recursos, la participación en el espacio público o las formas de expresar y gestionar las emociones. En el campo de la salud y las adicciones, el género opera como un determinante social clave, que influye tanto en la exposición a riesgos como en la manera en que estos se perciben y se afrontan.

En este apartado, se describe a la población vasca desde el punto de vista de los roles de género, utilizando para ello la información que aporta la Encuesta sobre Adicciones 2023 sobre la dedicación de las personas entrevistadas a tareas de cuidado, que constituye uno de los ámbitos donde más claramente se expresan las desigualdades de género. El objetivo es dotar de contexto el posterior análisis sobre el impacto de los roles de género sobre el uso de sustancias, dando cuenta de la distribución de estos roles vinculados al género por sexos y por grupos de edad.

De acuerdo con los datos que aporta la Encuesta sobre Adicciones, se estima que el 17,8% de la población de 15 y más años tiene personas menores de 12 años a cargo que viven en su hogar, y el 6,5% tiene a su cargo alguna persona adulta dependiente. Por otra parte, en lo referente al tiempo que dedican, de media, a tareas del hogar o de cuidado de otras personas, un 9% indica que no dedica ningún tiempo, cerca de una cuarta parte (24,3%) señala que dedica menos de una hora diaria y el 43,3% indica que dedica entre 1 y 2 horas diarias. El porcentaje de quienes afirman dedicar más de 2 horas diarias es del 32,3%, y el de quienes dedican cuatro o más horas del 11,1%.

Gráfico 1. Distribución de la población de 15 y más años en función de la existencia de cargas familiares respecto a niños/as o personas adultas dependientes del hogar, y por dedicación diaria media a trabajos no remunerados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



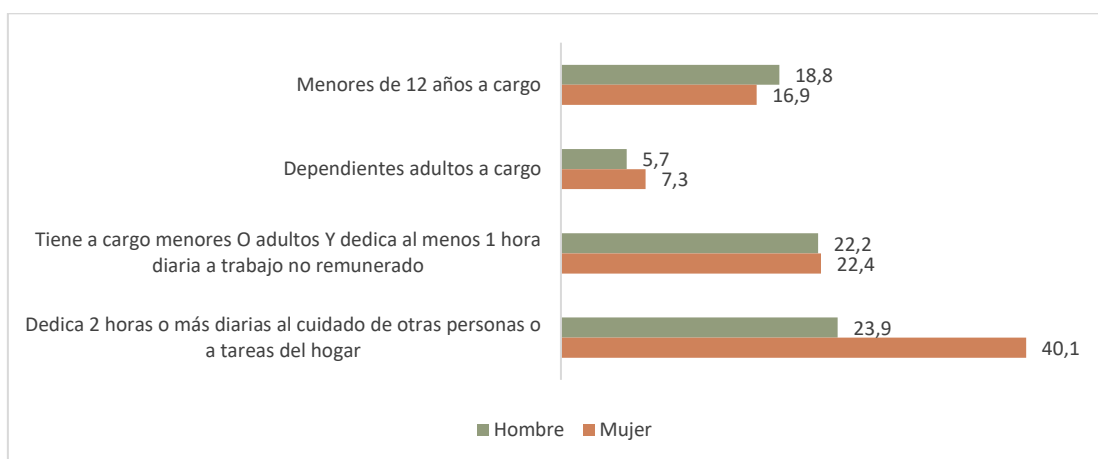
En lo que se refiere a la distribución de la carga de trabajo no remunerado entre hombres y mujeres, en los datos de la Encuesta sobre Adicciones no se observan grandes diferencias, lo que se encuentra en contradicción con la evidencia disponible a partir de la literatura especializada y las estadísticas oficiales (como, por ejemplo, la encuesta de usos del tiempo en Euskadi³), que suelen reflejar una mayor implicación de las mujeres, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. En los datos que aporta la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi, las diferencias entre hombres y mujeres resultan muy pequeñas, especialmente en relación con el cuidado de niños y niñas, aunque la brecha de género es más patente cuando se considera a las personas que tienen una dedicación intensa a tareas no remuneradas de cuidado o domésticas y entre quienes cuidan de personas adultas en situación de dependencia o enfermedad.

En efecto, tomando el conjunto de la muestra a partir de 15 años, el 18,8% de los hombres y el 16,9% de las mujeres señalan que tienen responsabilidades respecto del cuidado de niños y niñas hasta los 12 años; en cambio, un porcentaje mayor de mujeres (7,3%) que de hombres (5,7%)

³ Ver, por ejemplo, https://es.eustat.eus/elementos/ele0018300/en-la-ca/not0018351_c.html

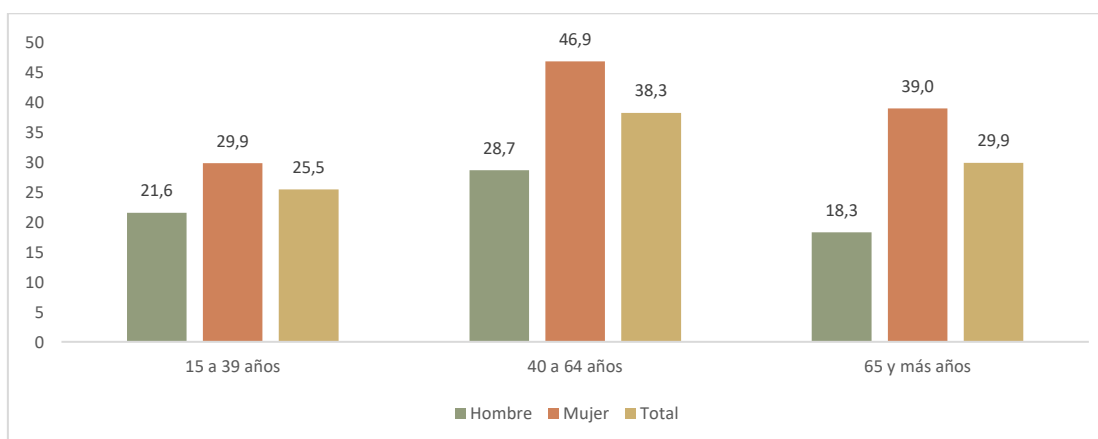
señalan que cuidan de personas dependientes o enfermas que conviven en el hogar, y muchas más mujeres (40,1%) que hombres (23,9%) indican que dedican 2 horas diarias o más a tareas no remuneradas de cuidado de personas o del hogar.

Gráfico 2. Diferencias de género en el porcentaje de la población con dedicación a tareas de cuidado y domésticas (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)



La dedicación a tareas no remuneradas con cierta intensidad (2 horas diarias o más) resulta notablemente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, independientemente de la edad (Gráfico 3). Con todo, la brecha de género es más amplia entre las generaciones de personas mayores: entre las jóvenes de 15 a 39 años, la proporción de mujeres que dedican 2 horas diarias o más es un 38% mayor que entre los hombres de la misma edad; entre las personas de entre 40 y 64 años, es un 63% mayor entre las mujeres; y, entre las que han cumplido los 65 años, el porcentaje es 2,1 veces mayor entre las mujeres que entre los hombres.

Gráfico 3. Diferencias de género en el porcentaje de la población que dedica 2 horas o más diarias a tareas no remuneradas de cuidado o domésticas, por grupos de edad (%) (N=1.908.568). CAE, 2023.



Además de la dedicación más o menos intensa al trabajo no remunerado, la literatura especializada señala que la necesidad de conciliar responsabilidades familiares y laborales —debido al estrés que conlleva y a la tensión emocional que supone el hecho de tener que mantener dos roles distintos, el del cuidado y el profesional, con sus diferentes exigencias—, puede incrementar el consumo de

sustancias entre las mujeres, particularmente el consumo de alcohol (Caluzzi, 2022). Por otra parte, la asunción de responsabilidades de cuidado por parte de personas de edad avanzada, que suelen tener sus propias limitaciones, ha mostrado tener consecuencias negativas para estas personas, como por ejemplo, un empeoramiento de su propia salud física y mental o pérdida de relaciones significativas y riesgo de aislamiento social (Fernández-Carro et al., 2025). Esta situación puede conducir a un incremento en el consumo de sustancias como el alcohol o los psicofármacos, que serían utilizados con la intención de ayudar a sobrellevar la carga asociada a los cuidados.

Dado lo anterior, se ha elaborado una variable de sobrecarga por cuidados que pretende abarcar estas situaciones⁴. De acuerdo con los datos recogidos, un 10,8% de los hombres y un 12,2% de las mujeres de la CAE se encuentran en alguna de estas situaciones. El porcentaje sube hasta el 15,1% entre las mujeres entre 40 y 64 años (13% entre los hombres de la misma edad), siendo algo más reducido entre las menores de 40 años (11,4% y 11%, para mujeres y hombres, respectivamente) y entre las personas mayores de 65 años (8,2% y 6,2%, respectivamente). No obstante, teniendo en cuenta los intervalos de confianza relativamente amplios que se obtienen, no es posible afirmar que las diferencias observadas sean estadísticamente significativas.

Tabla 3. Diferencias de género en el porcentaje de la población con posible sobrecarga por cuidados*, por grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).

	Hombre	Mujer
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
15 a 39 años	11,0 (8,1 - 14,7)	11,4 (8,4 - 15,3)
40 a 64 años	13,0 (10,0 - 16,7)	15,1 (12,0 - 18,8)
65 y más años	6,5 (4,1 - 10,1)	8,2 (5,7 - 11,6)
Total	10,8 (9,0 - 12,9)	12,2 (10,3 - 14,3)

* Posible sobrecarga por cuidados: incluye a personas en edad activa que estudian o trabajan y dedican 3 o más horas diarias al cuidado, o que tienen personas menores de edad y adultas dependientes a su cargo, así como personas mayores de 65 años que cuidan de personas dependientes o enfermas.

En resumen, aunque los datos de la Encuesta sobre Adicciones muestran una dedicación más intensa de las mujeres vascas a tareas no remuneradas de cuidado del hogar y de otras personas, particularmente entre los grupos de más edad, no se aprecian diferencias muy significativas respecto a los hombres en lo que respecta al cuidado de niños y niñas, o personas adultas dependientes, ni siquiera cuando se considera a personas que tienen una doble dedicación o una dedicación relativamente intensa, con posible sobrecarga.

No obstante, dado que el género es un constructo que atraviesa otras clasificaciones, como la clase social, las desigualdades de género pueden intensificar las desigualdades de clase, creando una doble desventaja para las mujeres. Por otra parte, la afluencia económica que caracteriza a las clases altas puede facilitar la externalización de parte del trabajo no remunerado para estas mujeres, incrementando la desigualdad respecto a las pertenecientes a clases bajas.

Analizando las diferencias en la asunción de responsabilidades de cuidado por nivel educativo y situación económica, los datos de la Encuesta de Adicciones muestran relaciones inversas, de

⁴ Ver apartado metodológico.

manera que la asunción de responsabilidades de cuidado se incrementa con el nivel educativo (Gráfico 4) y disminuye con el nivel de ingresos (Gráfico 5). En efecto, el porcentaje de la muestra que refiere responsabilidades como cuidador/a —tiene personas menores de edad o adultas dependientes a su cargo y dedica 1 hora diaria o más a tareas de cuidado o del hogar— aumenta desde el 14,6% entre quienes no tienen estudios o tienen únicamente estudios primarios, hasta el 30,9% entre quienes tienen estudios universitarios. En cambio, el porcentaje desciende del 27,3% entre quienes llegan a fin de mes con dificultad, al 20,2% entre quienes lo hacen con holgura.

Gráfico 4. Diferencias por nivel de estudios en el porcentaje de la población con dedicación a tareas de cuidado y domésticas (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).

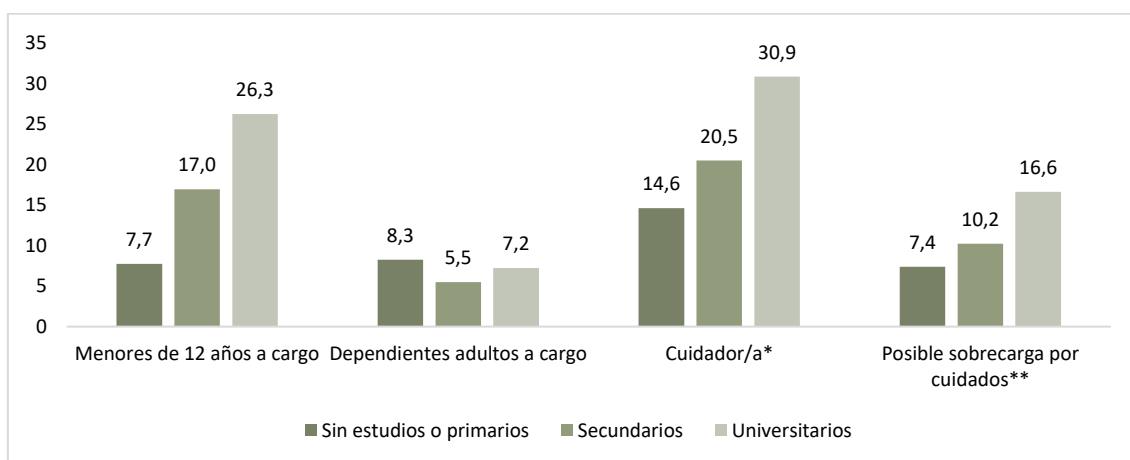
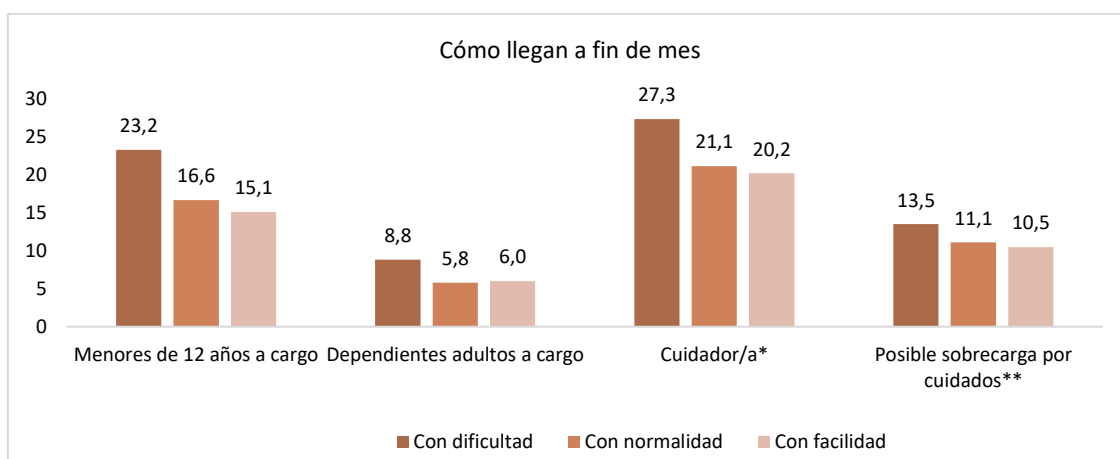


Gráfico 5. Diferencias por nivel de estudios en el porcentaje de la población con dedicación a tareas de cuidado y domésticas (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



* Cuidador/a: persona que tiene adultos o menores a cargo y dedica 1 hora diaria o más a tareas de cuidado y domésticas

**Posible sobrecarga por cuidados: se incluye a personas en edad activa que estudian o trabajan y dedican 3 o más horas diarias al cuidado, o que tienen personas menores de edad y adultas dependientes a su cargo, así como personas mayores de 65 años que cuidan de personas dependientes o enfermas.

La relación entre el nivel de estudios y la asunción de responsabilidades de cuidado está mediada por el sexo y la edad, de manera que el mayor porcentaje de personas con responsabilidades familiares entre las personas con estudios universitarios se explica posiblemente como un efecto

composicional (mayor porcentaje en este segmento poblacional de mujeres y de personas en edad de ser padres y madres⁵).

Por otra parte, la relación entre un mayor nivel de ingresos y una menor asunción de responsabilidades familiares, además de estar mediada por el sexo y la edad —las mujeres y las personas jóvenes tienden a tener un nivel de ingresos menor—, podría asociarse también al coste económico que supone el cuidado, así como a una menor capacidad de los hogares con bajo nivel de ingresos para externalizar el cuidado y las tareas del hogar.

2.3. Salud mental

Una última variable de interés al analizar la relación entre la clase social, los roles de género y el consumo de sustancias es la referida al estado de salud mental, dado que el consumo de sustancias —particularmente el consumo de psicofármacos, pero también el de otras sustancias como el alcohol— puede asociarse a un peor estado de salud mental.

Por otra parte, la salud mental también puede tener asociación con las variables independientes en nuestro análisis —la clase social y roles de género—, incrementando o modificando la relación de éstas con el consumo de sustancias. Así por ejemplo, la literatura refiere una mayor propensión de las mujeres a padecer determinados problemas de salud mental como la ansiedad o la depresión, así como un mayor riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo entre las personas que ejercen roles de cuidado, particularmente entre quienes los asumen con mayor intensidad. También se ha descrito un peor estado de salud mental en población con una posición socioeconómica precaria, debido al estrés vital que conlleva. Es posible por lo tanto, que la relación de los roles de género y la clase social con el consumo de sustancias pueda estar mediada por el estado de salud mental.

De acuerdo con los datos de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi, el Índice de Salud Mental medio de la población vasca de 15 y más años es de 74,8 puntos sobre 100, en 2023, y se observa una salud mental significativamente peor entre las mujeres (71,7 puntos de media), frente a los hombres (78,2 puntos de media). Los resultados son mejores en comparación con los obtenidos en la Encuesta de Salud de 2023 (Calvo et al., 2024), donde las puntuaciones medias resultaban más bajas (71,7 y 66,6 puntos, respectivamente para hombres y mujeres). Esta evolución positiva del estado de salud mental de la población general vasca estaría en la línea de la tendencia observada en la propia Encuesta de Salud entre las ediciones de 2013 y 2018; no obstante, la edición de 2023 de esa encuesta recoge un empeoramiento en el índice, que no se observa en los datos de la Encuesta sobre Adicciones.

Tabla 4. Índice de salud mental (MHI-5) medio y presencia de síntomas de ansiedad o depresión en la población de 15 y más años, por sexo y grupos de edad. CAE, 2023 (N=1.908.568).

		Índice de salud mental (Mental Health Inventory)		Síntomas de ansiedad o depresión (MHI < 56)		
		Media	Desv. est	No	Sí	Total
Sexo	Hombre	78,2	18,8	83,4	16,6	100,0

⁵ En la muestra, la edad mediana de la población con estudios primarios o sin estudios es de 73 años, frente a 40 y 42 años, respectivamente en la población con estudios secundarios y universitarios.

	Mujer	71,7	21,2	72,3	27,7	100,0
	Total	74,8	20,3	77,7	22,3	100,0
Grupos de edad	15 a39 años	75,3	19,2	79,3	20,7	100,0
	40 a 64 años	75,4	20,2	78,1	21,9	100,0
	65 y más años	73,4	21,6	75,1	24,9	100,0
	Total	74,8	20,3	77,7	22,3	100,0

Además del sexo, el Índice de Salud Mental está también ligado a la edad, de manera que se observa una situación algo peor (una puntuación más baja en el índice) para las personas de más edad: 73,4 puntos de media en la población de 65 y más años, frente a 75,4 en la población de 40 a 64 años y 75,3 en la población menor de 40 años. Aunque las diferencias son menores que las que se observaron en la Encuesta de Salud de 2023, la diferencia en los valores medianos resulta significativa, indicando un empeoramiento de la salud mental con la edad.

Por otra parte, adoptando un punto de corte de 56 puntos en el índice para verificar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, un 16,6% de los hombres y el 27,7% de las mujeres cumplirían el criterio (22,3% en el conjunto de la población vasca de 15 y más años), porcentajes similares a los obtenidos en la Encuesta de Salud (17,3% y 26,8% respectivamente para hombres y mujeres).

Los datos de la Encuesta sobre Adicciones muestran asimismo un gradiente en salud mental por nivel de estudios (Gráfico 6) y situación económica (Gráfico 7). El índice de salud mental medio pasa de 71,4 puntos entre las personas sin estudios o con estudios primarios únicamente, a 74,9 puntos entre las personas con estudios secundarios y a 77 puntos entre las que tienen estudios universitarios. La situación económica también afecta a la salud mental, indicando una situación relativamente peor para las personas que afirman tener dificultades para llegar a fin de mes (69,2 puntos de media), en comparación con quienes no las tienen (76,4 puntos entre quienes refieren una situación intermedia y 76,5 puntos entre quienes refieren una situación económica holgada).

Gráfico 6. Índice de salud mental (MHI-5) medio en la población de 15 y más años, por nivel de estudios. CAE, 2023 (N=1.908.568).

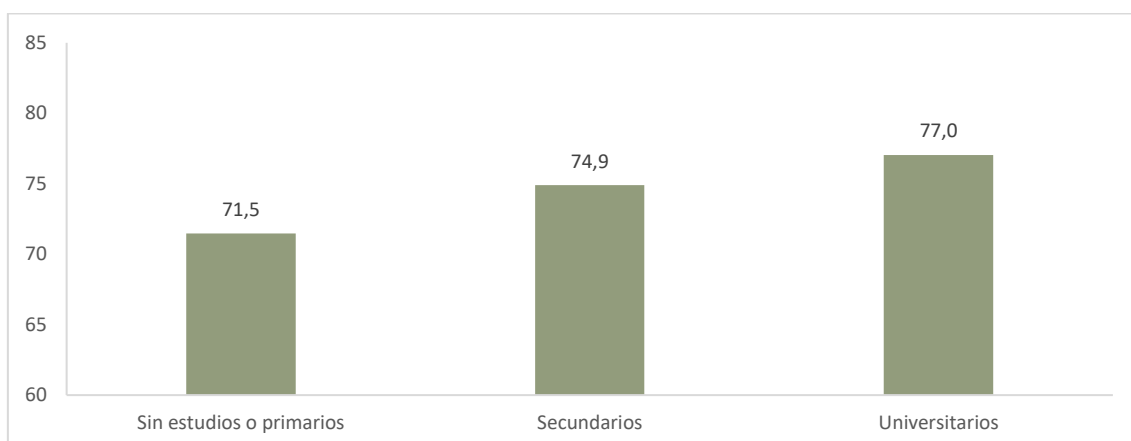
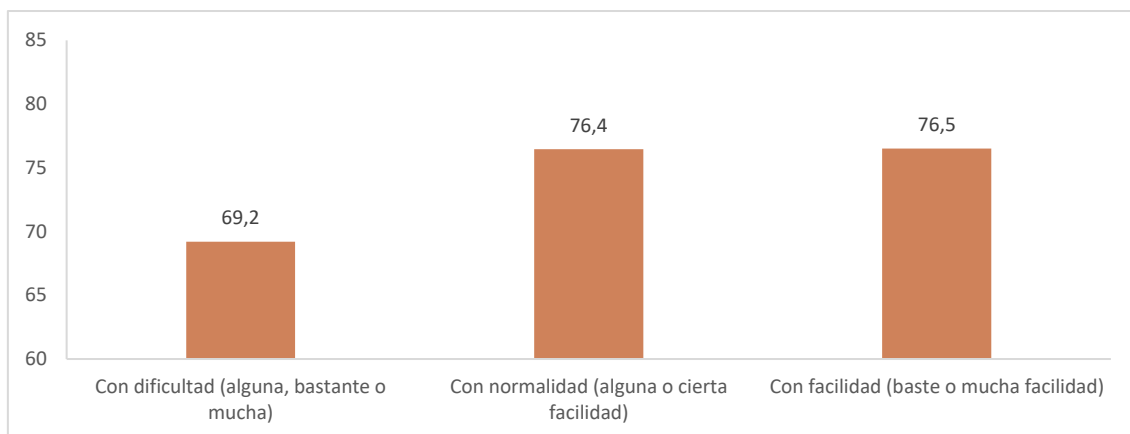


Gráfico 7. Índice de salud mental (MHI-5) medio en la población de 15 y más años, por grado de dificultad para llegar a fin de mes. CAE, 2023 (N=1.908.568).



Se observa una situación parecida si se compara la proporción de personas con síntomas de ansiedad y depresión (Tabla 5). El porcentaje sube del 14,3% entre los hombres con estudios universitarios al 24,1% de los hombres sin estudios o con estudios primarios, y del 25,1% entre las mujeres con estudios universitarios al 30,6% de las que no tienen estudios. Teniendo en cuenta los intervalos de confianza que se obtienen, las diferencias entre quienes tienen un nivel de estudios alto y quienes tienen un nivel bajo resultan significativas para los hombres, pero no para las mujeres.

Por lo que se refiere a la situación económica, la proporción con síntomas de ansiedad y depresión sube del 12% entre los hombres con una posición económica holgada, al 24,6% entre los que tienen más dificultades económicas, y del 22,5% al 36,1% si se considera a las mujeres. Estas diferencias son estadísticamente significativas, tanto para las mujeres como para los hombres.

Tabla 5. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (MHI-5 < 56) en la población de 15 y más años, en función del nivel de estudios y la situación económica, por sexos (%). CAE 2023 (N=1.908.568).

		Hombre % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	24,1 (18,2 - 31,1)	30,6 (25,1 - 36,7)
	Secundarios	15,4 (12,8 - 18,4)	28,1 (24,4 - 32,0)
	Universitarios	14,3 (10,5 - 19,2)	25,1 (20,6 - 30,1)
Cómo llegan a fin de mes	Con dificultad	24,6 (19,5 - 30,6)	36,1 (30,3 - 42,3)
	Con normalidad	15,2 (12,6 - 18,4)	26,1 (22,8 - 29,6)
	Con facilidad	12,0 (8,3 - 17,1)	22,5 (17,4 - 28,6)

Valorando las diferencias por nivel de estudios y situación económica en diferentes grupos de edad (Tabla 6), las diferencias entre quienes tienen un nivel de estudios alto y quienes no tienen estudios o tienen estudios primarios son apreciables, pero no resultan estadísticamente significativas en

ningún grupo de edad. Las diferencias por situación económica son significativas entre las personas jóvenes de 15 a 39 años, de manera que quienes tienen una situación holgada tienen menor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (13%), en comparación con quienes tienen dificultades económicas (32,2%). Las diferencias para las personas de 40 a 64 años y de 65 y más años son menos significativas (los intervalos de confianza se solapan ligeramente).

Tabla 6. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (MHI-5 < 56) en la población de 15 y más años, en función del nivel de estudios y la situación económica, por grupos de edad (%). CAE 2023 (N=1.908.568).

		15 a 39 años % (IC95%)	40 a 64 años % (IC95%)	65 y más años % (IC95%)
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	25,5 (14,6 - 40,7)	26,0 (18,2 - 35,6)	29,1 (24,2 - 34,6)
	Secundarios	20,3 (17,2 - 23,8)	21,8 (18,1 - 26,0)	22,1 (17,5 - 27,7)
	Universitarios	20,8 (16,3 - 26,2)	20,5 (16,0 - 25,9)	19,2 (11,8 - 29,7)
Cómo llegan a fin de mes	Con dificultad (alguna, bastante o mucha)	32,2 (25,4 - 39,9)	29,1 (23,1 - 36)	32,4 (25 - 40,7)
	Con normalidad (alguna o cierta facilidad)	18,9 (15,9 - 22,3)	20,6 (17 - 24,7)	24,1 (19,7 - 29)
	Con facilidad (baste o mucha facilidad)	13,0 (8,4 - 19,5)	16,9 (11,8 - 23,6)	20,5 (14,9 - 27,5)

En lo que se refiere a las variables relativas a los roles de género (Tabla 7), las personas que tienen niños y niñas a cargo refieren un estado de salud ligeramente mejor (76,7 puntos en el MHI-5), en comparación con las que no tienen estas responsabilidades familiares (74,4 puntos de media), posiblemente relacionado con que se trata de personas más jóvenes⁶.

Tabla 7. Índice de salud mental (MHI-5) medio y presencia de síntomas de ansiedad o depresión en la población de 15 y más años, por existencia de cargas familiares y dedicación a trabajo no remunerado. CAE, 2023 (N=1.908.568).

		Índice de salud mental (Mental Health Inventory)		Síntomas de ansiedad o depresión (%)		
		Media	Desv. est	No	Sí	Total
J8. Tiene personas menores de 12 años a su cargo que vivan en su hogar	No	74,4	20,7	76,9	23,1	100,0
	Sí	76,7	18,5	81,3	18,7	100,0
	Total	74,8	20,3	77,7	22,3	100,0
J9. Tiene personas adultas dependientes que vivan en su hogar y necesiten regularmente de su atención	No	75,3	20,1	78,5	21,5	100,0
	Sí	68,1	22,7	65,3	34,7	100,0
	Total	74,8	20,3	77,7	22,3	100,0
Dedicación al cuidado de menores, adultos o tareas del hogar	Dedica menos de 2 horas diarias	75,5	20,2	78,4	21,6	100,0
	Dedica 2 o más horas diarias	73,3	20,5	76,0	24,0	100,0
	Total	74,8	20,3	77,7	22,3	100,0

En cambio, entre quienes asumen este rol de cuidador/a con mayor intensidad y entre quienes lo asumen respecto a personas adultas dependientes, el índice de salud mental se resiente: el 24% y

⁶ Las personas que afirman tener menores de 12 años a cargo tienen 40,2 años de media, frente a 48,1 entre quienes no tienen estas responsabilidades.

el 34,4%, de estas personas, respectivamente, tienen una puntuación en el índice que podría sugerir la presencia de síntomas de ansiedad o depresión, frente a cerca del 21% en el resto de la población.

En función de las dos variables independientes que se utilizarán en el análisis sobre prevalencias de uso de sustancias e internet, se obtienen estimaciones de prevalencia algo más altas para las personas con una posible sobrecarga por cuidados, aunque teniendo en cuenta la composición por sexos y los intervalos de confianza que se obtienen, esas diferencias no resultan significativas.

Tabla 8. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (MHI-5 < 56) en la población de 15 y más años, en función de la adopción de roles de cuidado, por sexos (%). CAE 2023 (N=1.908.568).

		Hombre	Mujer
Cuidador/a*	No cuida	17,1 (14,8 - 19,8)	27,7 (24,8 - 30,7)
	Cuidador/a	14,7 (10,4 - 20,2)	27,8 (22,4 - 34,0)
Posible sobrecarga por cuidados**	Sin sobrecarga	16,4 (14,2 - 18,9)	27,3 (24,6 - 30,1)
	Posible sobrecarga	17,9 (11,5 - 26,6)	30,8 (23,3 - 39,5)

* Cuidador/a: persona que tiene adultos o menores a cargo y dedica 1 hora diaria o más a tareas de cuidado y domésticas.
 **Posible sobrecarga por cuidados: se incluye a personas en edad activa que estudian o trabajan y dedican 3 o más horas diarias al cuidado, o que tienen personas menores de edad y adultas dependientes a su cargo, así como personas mayores de 65 años que cuidan de personas dependientes o enfermas.

En definitiva, en la muestra de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi 2023, la asunción de responsabilidades asociadas a los roles de género como el cuidado y el trabajo doméstico varía con el sexo y la edad, de manera que resulta más frecuente entre las mujeres y las personas de edades intermedias. Las personas con un nivel bajo de ingresos también refieren asumir responsabilidades de cuidado en mayor porcentaje que las mejor posicionadas económicamente. Por otra parte, la posición económica y, en menor medida, la dedicación intensa a los cuidados parecen afectar negativamente la salud mental de las personas, lo que podría en último término, incrementar sus niveles de consumo de sustancias.

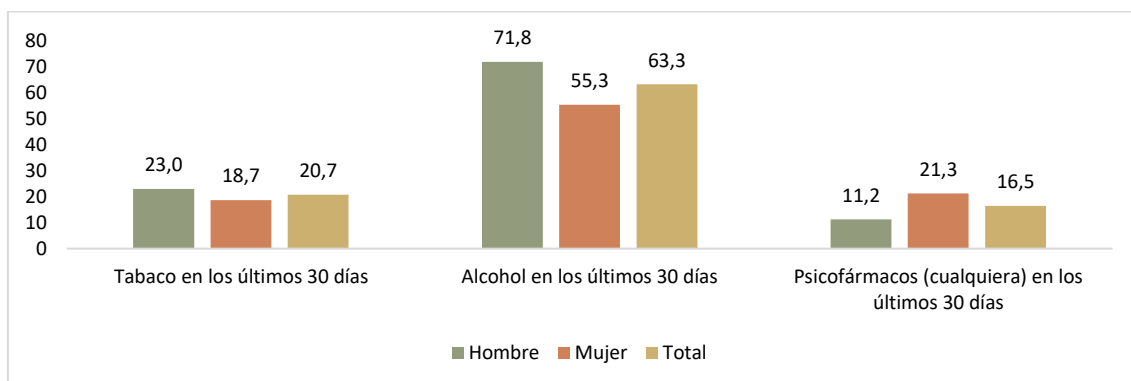
3. SUSTANCIAS LEGALES E INTERNET, PREVALENCIAS DE USO ACTUAL Y DE RIESGO

Antes de profundizar en el análisis de las diferencias en el uso de sustancias e internet por clase social y roles de género, se resumen, continuación, los principales resultados de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi 2023 en torno a la prevalencia poblacional del uso actual y de riesgo de tabaco, alcohol, psicofármacos e internet⁷.

3.1. Prevalencia de uso en el último mes

De acuerdo con los resultados de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi, se estima que, en 2023, un 20,7% de la población de 15 y más años ha consumido tabaco en el último mes, un 63,3% ha consumido alcohol, y un 16,5% ha consumido algún tipo de psicofármaco como tranquilizantes, sedantes, somníferos, antidepresivos o analgésicos opiáceos (Gráfico 8).

Gráfico 8. Prevalencia del consumo actual de diversas sustancias legales en la población de 15 y más años, por sexo (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



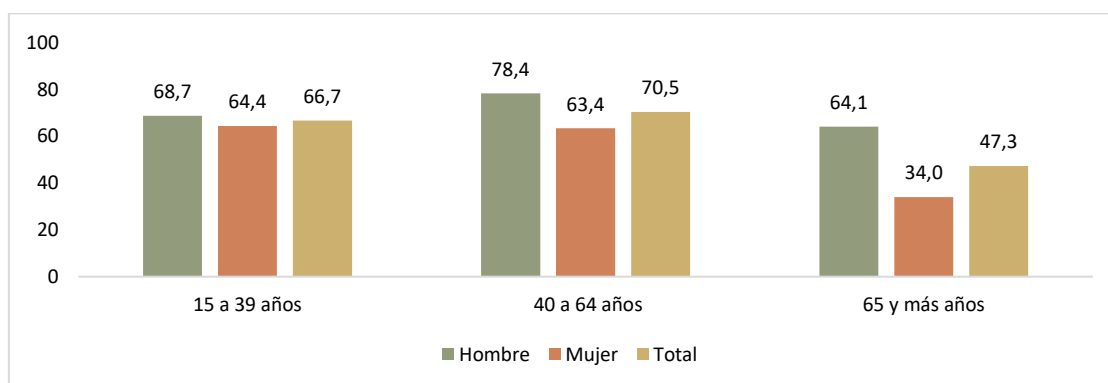
⁷ En el caso del uso de internet se considera únicamente el uso compulsivo, dado que el uso actual muy normalizado y extendido y no tiene tanto interés desde el punto de vista de las adicciones.

La prevalencia de consumo de alcohol es notablemente mayor entre los hombres (71,8%) que entre las mujeres (55,3%); en cambio, cada vez hay menos diferencia por sexos en cuanto al consumo de tabaco (es del 23% en hombres y del 18,7% en mujeres) y la relación es inversa —las mujeres tienen prevalencias de consumo más elevadas— en el caso de los psicofármacos (los ha tomado en el último mes el 21,3% de las mujeres, pero solo el 11,2% de los hombres).

Junto con el sexo, la edad es uno de los factores que más influyen en la prevalencia de consumo de sustancias, aunque la relación varía en función de la sustancia.

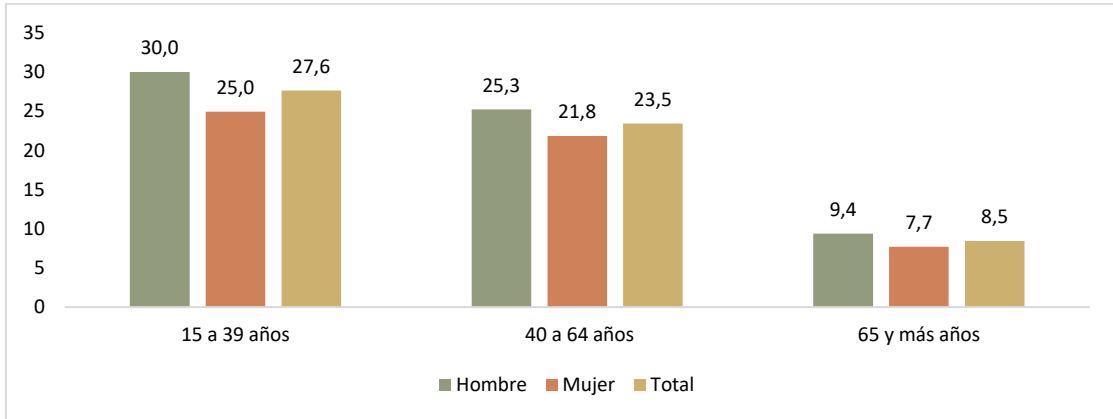
En el caso del alcohol —que es la sustancia que un mayor porcentaje de la población vasca ha consumido en el último mes—, la prevalencia aumenta en la edad adulta, particularmente entre los hombres, y desciende después de los 65 años, más entre las mujeres que entre los hombres (Gráfico 9). Por sexos, los hombres consumen en un mayor porcentaje que las mujeres, independientemente de la edad, aunque las diferencias son muy reducidas entre las personas más jóvenes. En 2023, un 68,7% de los hombres de 15 a 39 años (y un 64,4% de las mujeres) han bebido en el último mes; entre las personas de 40 a 64 años, la prevalencia asciende al 78,4% entre los hombres, mientras se mantiene estable (en el 63,4%) entre las mujeres; a partir de los 65 años, desciende en ambos sexos, pero más marcadamente entre las mujeres, para quienes se reduce a la mitad, hasta el 34%.

Gráfico 9. Prevalencia del consumo actual de alcohol en la población de 15 y más años, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



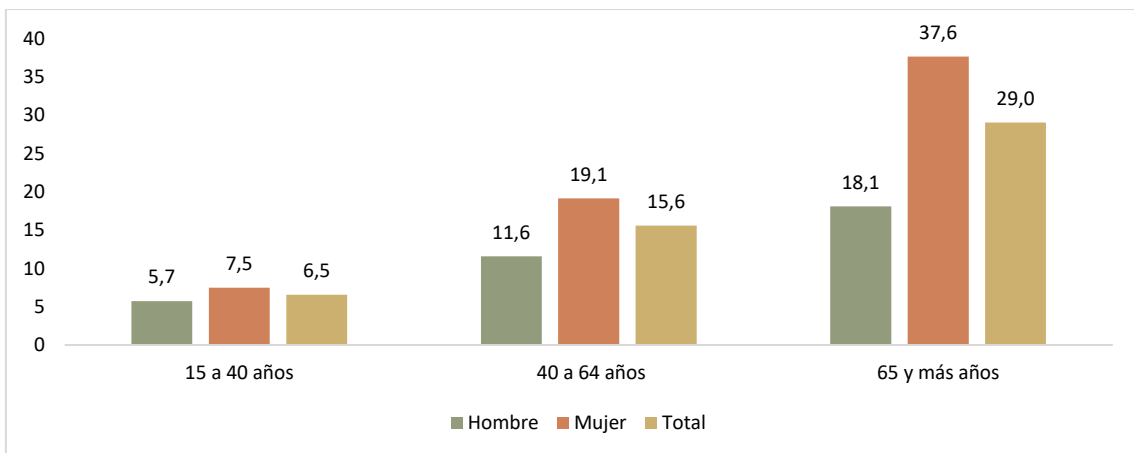
En el caso del tabaco (Gráfico 10), la prevalencia de uso actual se reduce gradualmente con la edad en ambos sexos. Un 27,6% de las personas entre 15 y 39 años ha fumado en el último mes, porcentaje que se reduce ligeramente al 23,5% entre las personas de 40 a 64 años y disminuye notablemente hasta el 8,5% entre las que tienen 65 años o más. En todos los grupos de edad, las mujeres tienen prevalencias de uso más bajas que los hombres: en torno a un 20% más bajas en los grupos de 15 a 39 y 65 y más años, y en torno a un 15% inferiores entre las personas de 40 a 64 años.

Gráfico 10. Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población de 15 y más años, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



En el caso de los psicofármacos, por otra parte, la prevalencia no desciende con la edad, sino que aumenta (Gráfico 11). En 2023, un 6,5% de la población entre 15 y 39 años ha consumido este tipo de fármacos en el último mes; porcentaje que asciende al 15,6% entre las personas de 40 a 64 años y hasta el 29% entre las de 65 y más años. El incremento del consumo conforme se avanza en edad —relacionado probablemente con un empeoramiento de la salud psíquica—, es especialmente marcado entre las mujeres, para quienes la prevalencia se quintuplica en el grupo de mayores de 65 años (37,6%), con respecto al de 15 a 39 años (7,5%). Aunque entre los hombres el incremento es también importante —dado que entre los mayores de 65 años la prevalencia (18,1%) es tres veces mayor que entre los de 15 a 40 años (5,7%)— no resulta tan marcado, de manera que a partir de los 65 años de edad el porcentaje de mujeres que han consumido psicofármacos en el último mes (37,6%) llega a duplicar el de los varones (18,1%).

Gráfico 11. Prevalencia del consumo actual de psicofármacos en la población de 15 y más años, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



3.2. Prevalencia de conductas de riesgo

El Informe de Principales resultados de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi 2023 ponía de manifiesto que, actualmente, una proporción considerable de la población vasca de 15 y más años asume conductas de cierto riesgo con respecto al consumo de diversas sustancias, la práctica de juegos de azar y el uso de internet (Departamento de Salud, 2024).

Tabla 9. Prevalencia de diversas conductas de especial riesgo* vinculadas al consumo de sustancias, práctica de juegos de azar y uso de internet en la población de 15 y más años, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)

		15 - 21	22 - 34	35 - 54	55 - 74	75+	Total	
Hombre	Riesgo #1	11,28	22,72	19,68	12,62	4,48	15,73	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riesgo #1: Fumador/a que consume 5 o más cigarrillos diarios; ▪ Riesgo #2: Consumo de alcohol en cantidades que superan el umbral de bajo riesgo (> 14 y > 7 UBE por semana en hombres y mujeres respectivamente); ▪ Riesgo #3: Consumos intensivos de alcohol en el último mes; ▪ Riesgo #4: Riesgo de dependencia al alcohol (AUDIT); ▪ Riesgo #5: Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos sin receta, en mayor dosis o durante más tiempo del prescrito por el médico en los últimos 12 meses; ▪ Riesgo #6: Consumo de cannabis semanal en el último mes; ▪ Riesgo #7: Consumo de cannabis de riesgo (CAST); ▪ Riesgo #8: Posible adicción o dependencia al cannabis (CAST); ▪ Riesgo #9: Posible trastorno del juego o juego patológico; ▪ Riesgo #10: Posible uso compulsivo de internet (CIUS).
	Riesgo #2	34,14	40,61	34,71	41,34	30,22	37,05	
	Riesgo #3	20,84	21,29	17,14	8,29	2,88	13,92	
	Riesgo #4	9,51	10,23	9,3	4,85	4,74	7,65	
	Riesgo #5	1,61	0,96	1,47	0,98	0,0	1,09	
	Riesgo #6	6,65	9,62	3,8	1,14	0,0	3,75	
	Riesgo #7	10,23	11,11	5,42	1,95	0,0	5,09	
	Riesgo #8	7,53	5,23	1,89	1,51	0,0	2,55	
	Riesgo #9	3,2	1,82	1,53	0,0	0,68	1,17	
	Riesgo #10	16	9,86	2,32	0,17	0,0	3,73	
Mujer	Riesgo #1	12,58	14,43	18,85	13,65	1,92	13,6	
	Riesgo #2	31,85	28,9	17,12	14,65	4,07	16,99	
	Riesgo #3	21,84	19,24	10,38	3,99	0,28	8,87	
	Riesgo #4	14,55	9,48	5,83	0,93	0,0	4,53	
	Riesgo #5	1,18	2,66	1,02	1,62	0,6	1,38	
	Riesgo #6	3,27	1,92	1,71	0,95	0,0	1,35	
	Riesgo #7	3,73	1,94	1,0	0,39	0,0	0,98	
	Riesgo #8	1,23	0,56	0,78	0	0,0	0,42	
	Riesgo #9	0,0	0,45	0,37	1,23	0,0	0,57	
	Riesgo #10	24,72	13,62	2,92	1,47	0,0	5,0	
Ambos sexos	Riesgo #1	11,9	18,69	19,26	13,17	2,94	14,63	
	Riesgo #2	33,05	34,91	25,91	27,19	14,49	26,64	
	Riesgo #3	21,32	20,29	13,76	6,01	1,32	11,3	
	Riesgo #4	11,91	9,87	7,57	2,77	1,89	6,03	
	Riesgo #5	1,41	1,79	1,24	1,32	0,36	1,24	
	Riesgo #6	5,04	5,88	2,75	1,04	0,0	2,5	
	Riesgo #7	7,13	6,65	3,21	1,13	0,0	2,96	
	Riesgo #8	4,53	2,96	1,33	0,71	0,0	1,45	
	Riesgo #9	1,68	1,16	0,95	0,65	0,27	0,86	
	Riesgo #10	20,15	11,69	2,62	0,86	0,0	4,39	

De los resultados (Tabla 9), cabe destacar lo siguiente:

- Por una parte, algo más de una cuarta parte de la población (el 37% de los hombres y el 17% de las mujeres) bebe alcohol por encima de los umbrales considerados de bajo riesgo⁸. La prevalencia de este riesgo resulta mayor entre las y los jóvenes, afectando a un tercio de la población entre 15 y 21 años de edad, aunque tampoco es desdeñable en la población mayor, teniendo en cuenta que el 14,5% de las personas de 75 y más años supera estos

⁸ Las autoridades sanitarias establecen el umbral de bajo riesgo en 7 Unidades de Bebida Estándar (UBE) semanales para las mujeres y en 14 UBE para los hombres (1 UBE equivale a 10 g de alcohol puro, la cantidad presente en un vaso corto de vino o 'txikito', o en una caña).

umbrales de consumo considerados de bajo riesgo. Además el 11,3% de la población (y el 13,9% de los hombres) afirma haber realizado consumos intensivos de alcohol al menos una vez en el último mes, y un 6% (7,65% de los hombres) cumple los criterios que indicarían riesgo de dependencia al alcohol⁹.

- Por otra parte, los datos recogidos en 2023 indican que en torno al 14,6% de la población (el 15,7% de los hombres y el 13,6% de las mujeres) consume más de 5 cigarrillos diarios, con el consiguiente aumento del riesgo para la salud.
- El resto de los riesgos analizados resultan más minoritarios, particularmente el uso de tranquilizantes sin receta, que apenas reconoce un 1,2% de la población mayor de 15 años, lo que resulta sorprendente, teniendo en cuenta que hasta un 16% de la población vasca ha consumido psicofármacos en el último mes. Por lo que se refiere al resto de los riesgos analizados, los más extendidos son el consumo de cannabis de riesgo, presente en el 5% de los hombres y en apenas un 1% de las mujeres, y el uso compulsivo de internet, que afectaría, en cambio, a un 5% de las mujeres, en comparación con el 3,7% de los hombres.
- Junto con el uso compulsivo de internet, el consumo actual de psicofármacos sin receta médica o fuera de la pauta indicada es uno de los pocos riesgos que se dan con mayor prevalencia entre las mujeres (1,4%) que entre los hombres (1%). Solo entre las personas más jóvenes, de 15 a 21 años, el consumo de riesgo de alcohol y el consumo de tabaco tienen también una prevalencia mayor entre las chicas. En el resto de los grupos de edad, los riesgos considerados (salvo el uso compulsivo de internet y el consumo de psicofármacos sin receta o fuera de pauta) tienen mayor prevalencia en hombres.

De la información recogida en el *Informe de principales resultados de la Encuesta*, cabe asimismo destacar, en relación con los consumos de riesgo, el hecho de que, generalmente, la prevalencia es significativamente mayor entre las personas jóvenes (Gráfico 12).

Para el consumo diario de tabaco, por ejemplo, la prevalencia aumenta hasta los 34 años, se estabiliza posteriormente entre los 35 y los 54 y se reduce marcadamente a partir de los 65 años.

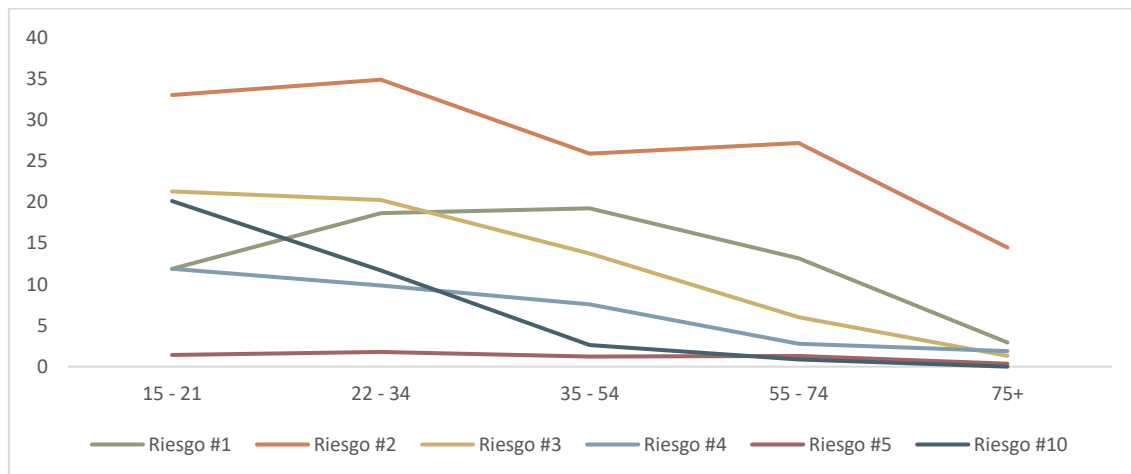
En el caso del alcohol, mientras que hasta un tercio de las personas menores de 35 años consumen alcohol por encima de los umbrales de bajo riesgo (riesgo #2), la proporción se reduce casi diez puntos porcentuales a partir de los 35 años y otros diez puntos entre las personas mayores de 75 años. Los consumos intensivos de alcohol (riesgo#3) son particularmente frecuentes en la población más joven, hasta los 22 años, y se reducen drásticamente a partir de esa edad. El riesgo de desarrollar síndrome de dependencia (riesgo#4) sigue una trayectoria similar, aunque con un descenso menos marcado y una estabilización a partir de los 55 años.

Tras el alcohol, el uso compulsivo de internet es la segunda conducta de riesgo más prevalente entre las personas jóvenes, de manera que alcanza el 20% en las personas de 15 a 21 años; no obstante, se reduce marcadamente a partir de los 22 años y es prácticamente indetectable a partir de los 35 años.

⁹ Se utiliza la escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para valorar el posible síndrome de dependencia al alcohol. De acuerdo con los [estudios de validación](#) realizados, se establecieron los puntos de corte para identificar consumos de riesgo en más de 7 puntos para los hombres y más de 5 puntos para las mujeres

En relación con los tranquilizantes, hipnóticos y sedantes, por último, la prevalencia es, como se ha indicado, llamativamente baja y aumenta menos de lo esperado con la edad, lo cual hace pensar que, o bien es un fenómeno que no aumenta a medida que la población se hace mayor y se le facilita el acceso a fármacos con receta, o bien hay una particular reticencia por parte de la población a reconocer que se hace un uso inadecuado de los medicamentos prescritos.

Gráfico 12. Prevalencia de diversas conductas de especial riesgo* vinculadas al uso de sustancias legales e internet en la población de 15 y más años, por grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



* **Riesgo #1:** Fumador/a que consume 5 o más cigarrillos diarios; **Riesgo #2:** Consumo de alcohol en cantidades que superan el umbral de bajo riesgo (> 14 y > 7 UBE por semana en hombres y mujeres respectivamente); **Riesgo #3:** Consumos intensivos de alcohol en el último mes; **Riesgo #4:** Riesgo de dependencia al alcohol (AUDIT); **Riesgo #5:** Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos sin receta, en mayor dosis o durante más tiempo del prescrito por el médico en los últimos 12 meses; **Riesgo #10:** Posible uso compulsivo de internet (CIUS)

En este monográfico, para poder analizar la posible asociación entre clase social, roles de género y consumos de riesgo, se han modificado ligeramente algunas de las definiciones utilizadas en el mencionado informe (Departamento de Salud, 2024): por una parte, se han agrupado los riesgos relativos al alcohol (riesgos 2, 3 y 4), considerando conjuntamente a las personas que asumen cualquiera de estos comportamientos; por otra parte, se ha ampliado la definición de riesgo por consumo de psicofármacos respecto a la utilizada en el *Informe de Principales Resultados de la Encuesta* —que se refería al consumo sin receta o por encima de las cantidades indicadas de tranquilizantes hipnóticos y sedantes—, para incluir el consumo de analgésicos opioides con los mismos criterios, así como el consumo de varios grupos de fármacos en el último año¹⁰.

Con esta nueva definición, la prevalencia de los comportamientos de riesgo vinculados con el alcohol alcanza al 41,2% de los hombres y el 20,9% de las mujeres de 15 y más años en Euskadi, y el consumo de riesgo de psicofármacos —aunque sigue siendo relativamente baja— alcanza al 4,3%

¹⁰ Esta modificación obedece a la necesidad de contar con un número de casos suficiente para profundizar en el análisis de las diferencias por clase social o roles de género, puesto que, en la Encuesta, son pocas las personas que reconocen abiertamente un uso recreativo o sin receta de estos fármacos.

de los hombres y al 7,7% de las mujeres, una prevalencia similar, por ejemplo, a la que tiene el síndrome de dependencia al alcohol, aunque con una distribución inversa por sexos.

En el próximo apartado se analizan con mayor detalle las características de las personas que adoptan los comportamientos de riesgo considerados, para pasar después a analizar el impacto que tienen la clase social y los roles de género en su prevalencia.

4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CON CONDUCTAS DE RIESGO

En este apartado se describen las características de la población que adopta conductas de riesgo en relación con el uso de drogas legales o internet, comparando el perfil sociodemográfico entre las diferentes conductas de riesgo consideradas, y también en relación con la población general.

4.1. Sexo y edad

En cuanto a la composición por sexo y edad de la población con conductas de riesgo (Gráfico 13), se aprecian diferencias en función de la conducta, de manera que el perfil mayoritario es relativamente diferente.

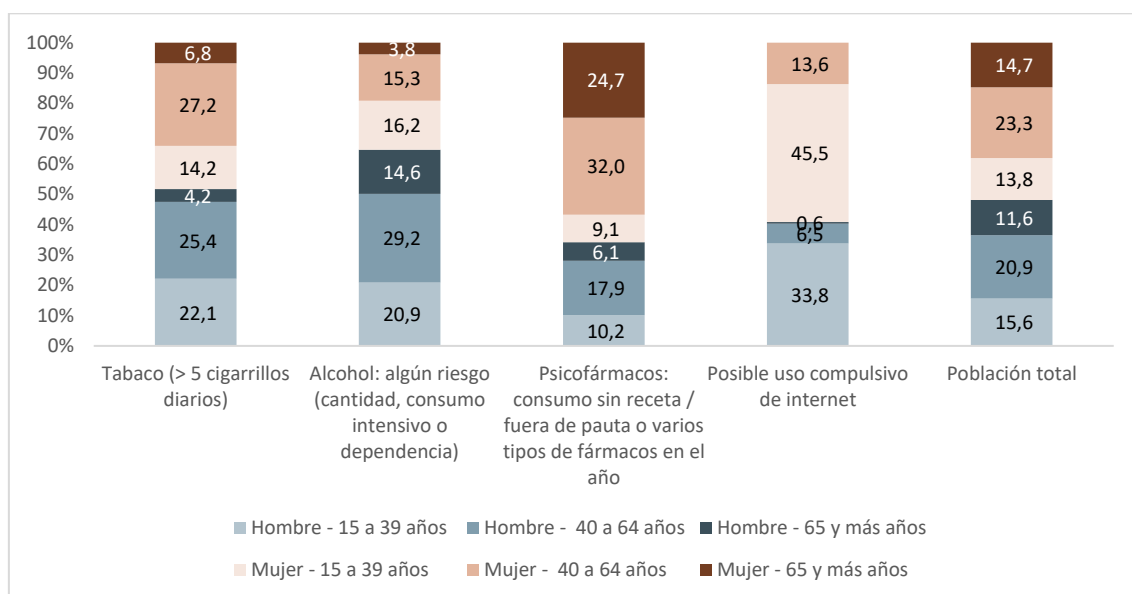
Las personas que consumen tabaco son mayoritariamente hombres menores de 65 años y mujeres de 40 a 64 años. Considerando toda la población mayor de 15 años, la distribución por sexos es bastante equilibrada.

Las personas que consumen alcohol en cantidades excesivas, de forma intensiva, o que cumplen criterios de riesgo de dependencia de acuerdo con la escala AUDIT son mayoritariamente hombres. Los hombres están sobrerrepresentados en todos los grupos de edad. Por lo que se refiere a las mujeres, entre las que tienen conductas de riesgo solamente están sobrerrepresentadas las jóvenes hasta 40 años.

Las personas que consumen psicofármacos son mayoritariamente mujeres mayores de 40 años (56,7%). El grupo con mayor sobrerrepresentación entre las personas con consumos de psicofármacos fuera de pauta médica o combinando grupos de fármacos es el de las mujeres mayores de 65 años (suponen el 24,7% de quienes consumen con riesgo, frente al 14,7% en la población total mayor de 15 años).

Las personas con un posible uso compulsivo de internet son también mayoritariamente mujeres, pero en este caso, jóvenes. Las mujeres de 15 a 39 años representan casi la mitad del grupo, y los hombres jóvenes un tercio adicional.

Gráfico 13. Distribución por edad y sexo de la población de 15 y más años con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



4.2. Nivel de estudios y ocupación

La distribución por nivel de estudios de la población que asume las diferentes conductas de riesgo consideradas (Gráfico 14) está muy condicionada por la composición en términos de sexo y edad que se acaba de describir.

Las personas que fuman diariamente y utilizan psicofármacos sin seguir la prescripción médica tienen estudios universitarios en menor proporción que el resto de los grupos, posiblemente relacionado con su edad. Comparando ambos grupos, Entre las usuarias de psicofármacos es más frecuente el no tener estudios o tener estudios primarios (28,2%), mientras que entre las que consumen tabaco la mayoría tienen estudios secundarios (un 31,2% de primer ciclo, y un porcentaje similar de segundo ciclo). La proporción de personas con estudios universitarios resulta particularmente baja entre las personas que consumen tabaco (21,3%), a pesar de que son relativamente más jóvenes que quienes consumen psicofármacos.

Las personas que usan internet compulsivamente y las que hacen un uso abusivo del alcohol tienen estudios universitarios en mayor proporción que el resto, particularmente las primeras. Casi un tercio de la población que hace un uso problemático de internet tiene estudios universitarios superiores, así como una de cada cuatro personas que beben alcohol en exceso o con pautas de consumo de riesgo. La proporción de personas con un nivel bajo de estudios es al mismo tiempo particularmente baja en estos grupos (5,5% entre quienes usan internet compulsivamente y 11,8% entre las que beben en exceso).

Gráfico 14. Distribución por nivel de estudios de la población de 15 y más años con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).

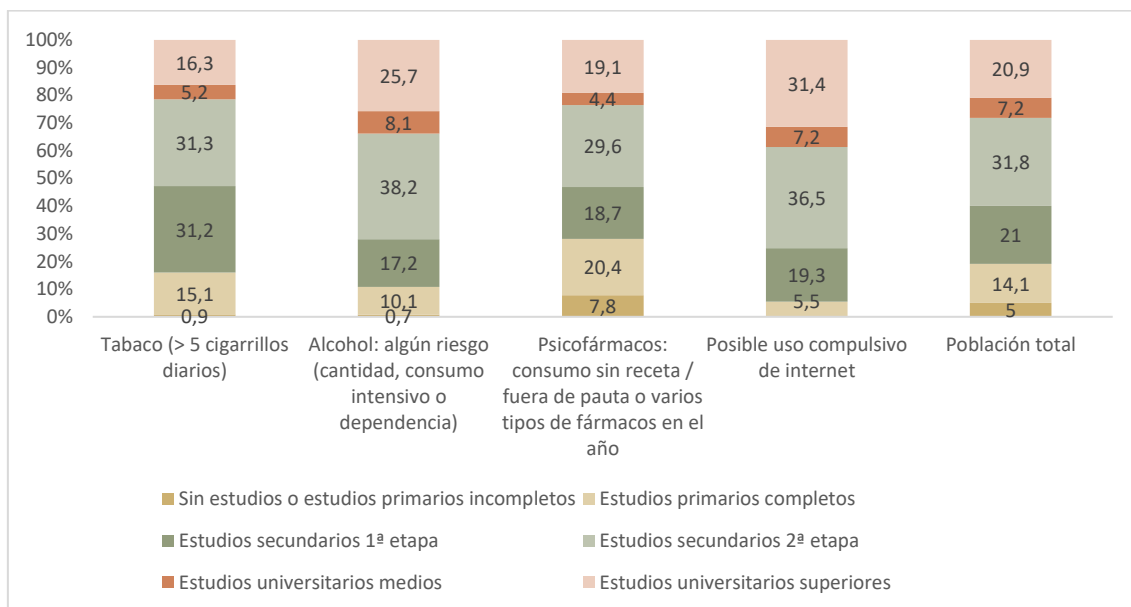
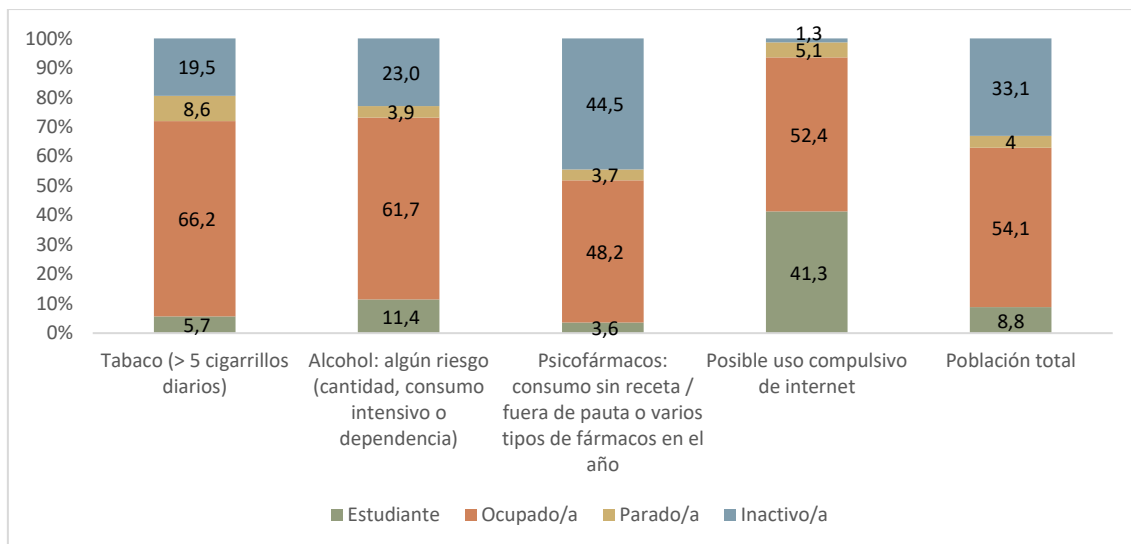


Gráfico 15. Distribución por ocupación de la población de 15 y más años con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Por lo que se refiere a la ocupación (Gráfico 15), se ve asimismo condicionada por la composición etaria de cada grupo. Las personas que consumen tabaco están con mayor frecuencia ocupadas (66,2%) o paradas (8,6%), en comparación con otros grupos. La diferencia es particularmente grande en el caso de las personas paradas (suponen el 4% de la población total mayor de 15 años y un 8,6% de la población fumadora). Las personas que consumen psicofármacos, al ser en gran parte mayores de 65 años, son inactivas en mucha mayor medida que otros grupos (44,5%, frente al 33% en la población general). Las personas que consumen alcohol en exceso tienen

sobrerrepresentación tanto de personas ocupadas (61,7%, frente al 54,1% en la población general mayor de 15 años) como estudiantes (11,4% en la población con consumos de alcohol de riesgo y 8,8% en la población general). Finalmente la población estudianta está muy sobrerrepresentada en el grupo de personas que hacen un uso compulsivo de internet, representando el 41,3% del mismo.

4.3. Estado de salud

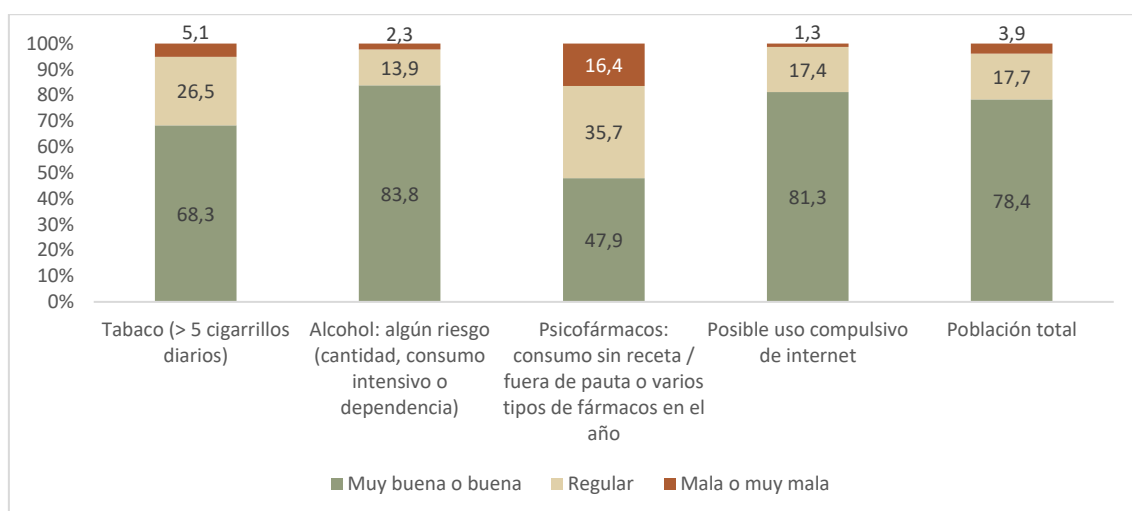
La mayoría de las personas que responden a la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi 2023 percibe su salud como muy buena o buena (78,4%), aunque se aprecian algunas diferencias entre los grupos con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (Gráfico 16).

Las personas que consumen psicofármacos fuera de pauta médica son particularmente propensas a señalar que su salud es mala o muy mala (el 16,4% lo considera así, frente al 3,9% de la población general). Además son también mucho más propensas que el resto a señalar que tienen una salud “regular” (35,7% entre quienes consumen psicofármacos y 17,7% en la población general).

Las personas que consumen tabaco también consideran en mayor medida que la población general que su salud no es buena: el 5,1% considera que es mala o muy mala y un 26,5% dice que es “regular”.

Las consumidoras excesivas de alcohol y las que utilizan internet compulsivamente, en cambio, perciben un estado de salud relativamente mejor al resto, de manera que la valoración “buena o muy buena” supera el 80% en estos grupos. Este resultado está ligado probablemente a que se trata de una población relativamente joven.

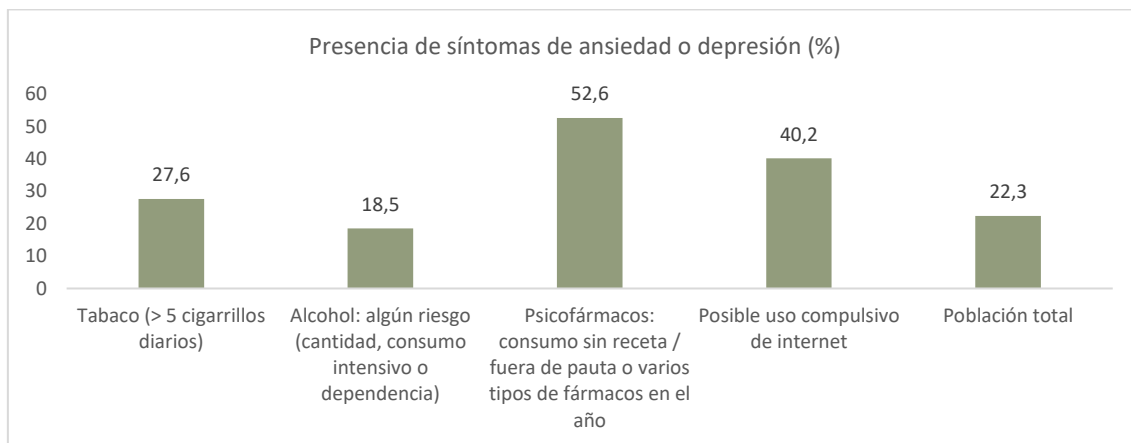
Gráfico 16. Distribución por autopercepción de la salud, de la población de 15 y más años con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Si se considera la salud mental —y concretamente la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, identificada por un Índice de Salud Mental inferior a 56 puntos— (Gráfico 17), llama la atención el hecho de que, junto con las consumidoras de psicofármacos, que tienen los síntomas referidos en un 52,6% de los casos, las personas con un uso compulsivo de internet presentan

asimismo con relativa frecuencia sintomatología de este tipo, de manera que, a pesar de ser una población mayoritariamente joven, hasta un 40% cumple los criterios del MHI-5. Es un porcentaje alto, considerando que es el doble de la prevalencia en la población general (22,3%) y que, como se ha indicado, se trata de una población muy joven.

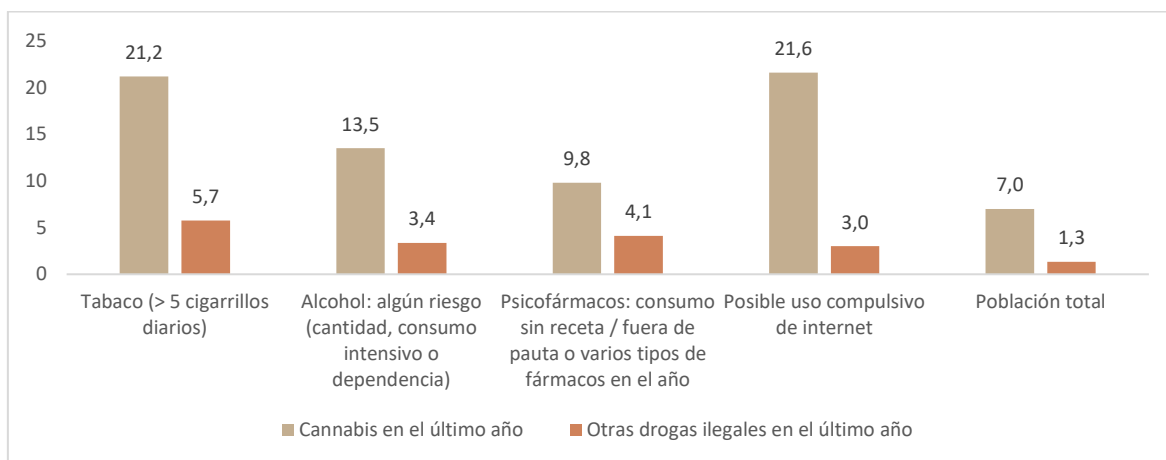
Gráfico 17. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (MHI-5 < 56), en la población de 15 y más años con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



4.4. Consumo de drogas ilegales

Resulta por último de interés valorar si las personas que adoptan las conductas de riesgo consideradas son también más propensas a asumir riesgos en relación con el consumo de sustancias ilegales. Se confirma que, independientemente de la conducta de riesgo considerada, todas tienen una mayor prevalencia de consumo reciente de sustancias ilegales, en comparación con la población general (Gráfico 18).

Gráfico 18. Prevalencia del consumo reciente de cannabis y otras drogas ilegales en la población de 15 y más años con conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales o internet (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Las personas que consumen tabaco diariamente y las que hacen un uso compulsivo de internet tienen prevalencias de uso reciente de cannabis de en torno al 21%, frente al 13,5% entre quienes

consumen alcohol en exceso y al 10% de quienes consumen psicofármacos fuera de pauta médica. En comparación, la prevalencia de uso es del 7% en la población general de 15 y más años.

El consumo de otras drogas ilegales es también mucho más frecuente entre las personas que asumen riesgos respecto a las sustancias legales e internet. Mientras que solamente un 1,3% de la población general de 15 y más años ha consumido en el último año, el porcentaje se duplica (3% y 3,4%, respectivamente) entre quienes beben en exceso o usan internet compulsivamente; alcanza el 4,1% entre las personas que hacen uso de psicofármacos sin prescripción o sin seguir la pauta médica, y hasta el 5,7% entre quienes consumen tabaco a diario.

Aunque las diferencias en la composición por edad podrían explicar parte de estas diferencias, los resultados apoyarían la tesis de que el consumo de sustancias legales, particularmente el tabaco, puede abrir el camino al consumo de otras sustancias. Podría también ser indicativo de factores de riesgo subyacentes que predisponen a las personas a las conductas de riesgo en general, independientemente de la sustancia o el comportamiento del que se trate.

5. CLASE SOCIAL, ROLES DE GÉNERO Y USO DE SUSTANCIAS LEGALES E INTERNET

5.1. Clase social y uso de sustancias legales o internet

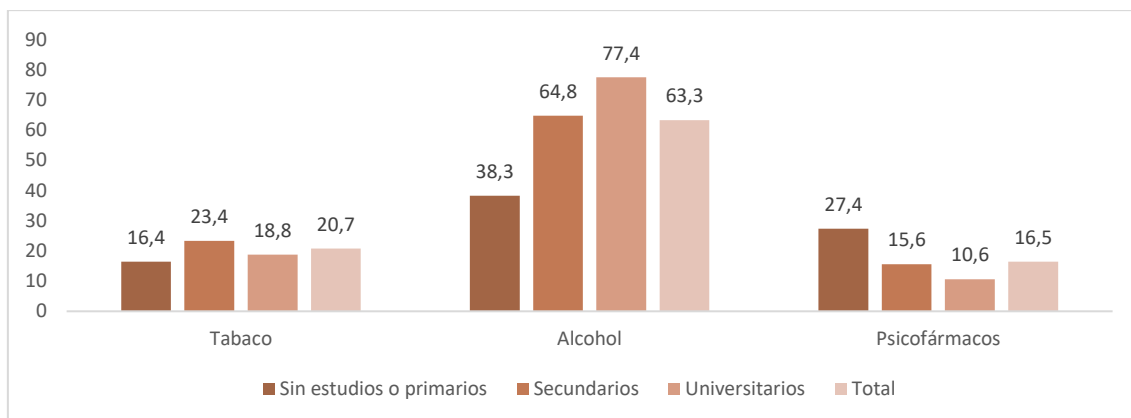
Analizamos a continuación cómo varía la prevalencia de los consumos considerados por nivel educativo y de ingresos, y si esta relación es diferente para los hombres que para las mujeres.

Comenzando por las prevalencias generales de consumo, el gráfico 19 muestra el porcentaje de la población de 15 y más años de Euskadi que ha consumido tabaco, alcohol o psicofármacos en el último mes, de acuerdo con su nivel de estudios, y el gráfico 20 ofrece la misma información por situación económica.

Respecto al nivel de estudios, se aprecia que, en términos generales, el consumo actual de psicofármacos es más prevalente en la población sin estudios, el de tabaco en la población con estudios secundarios y el de alcohol entre los universitarios. Así, en 2023, un 23,4% de la población de 15 y más años de Euskadi ha consumido tabaco¹¹ en el último mes, frente al 18,8% de la población con estudios universitarios y el 16,4% de quienes no tienen estudios o tienen solamente estudios primarios. En cuanto al consumo de alcohol (cualquier cantidad) en el último mes, el 77,4% de la población de 15 y más años con un nivel de estudios alto ha consumido, frente al 64,8% de la población con estudios secundarios y solamente un 38,3% de la población sin estudios o con estudios primarios. En cambio, sucede al revés en el caso de los psicofármacos: hasta un 27,4% de la población sin estudios o con un nivel bajo de estudios los ha consumido durante el último mes, frente al 15,6% de la población con un nivel de estudios intermedio y el 10,6% de la población con estudios universitarios.

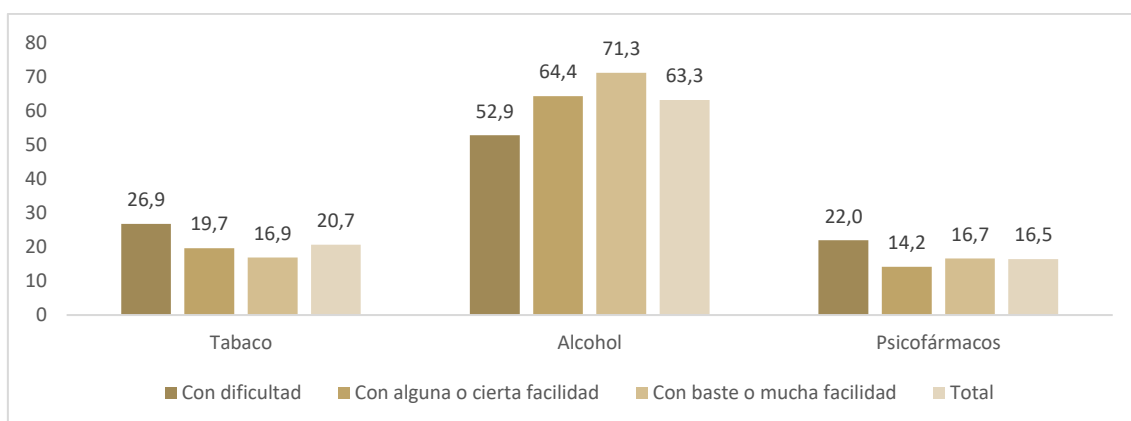
¹¹ Se refiere al consumo de cualquier cantidad, aunque solamente fueran una calada o dos.

Gráfico 19. Prevalencia del consumo actual de sustancias legales en la población de 15 y más años, por nivel de estudios (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Al analizar los consumos por nivel de ingresos (Gráfico 20) se observan diferencias que apuntan en un sentido parecido, al menos en lo que se refiere al alcohol y a los psicofármacos: el consumo de bebidas alcohólicas tiene mayor prevalencia entre las personas con mejor posición económica y el de psicofármacos entre aquellas con más dificultades. Así, de acuerdo con los datos recogidos en 2023, el 71,3% de las personas que llegan a fin de mes con bastante o mucha facilidad han tomado bebidas alcohólicas en el último mes, frente a solamente el 52,9% de quienes tienen dificultades económicas y, al contrario, hasta un 22% de estas últimas han consumido psicofármacos, frente al 16,7% de quienes tienen una posición económica holgada y el 14,2% de quienes se ubican en una posición intermedia en lo referente a la situación económica que enfrentan.

Gráfico 20. Prevalencia del consumo actual de sustancias legales en la población de 15 y más años, por grado de dificultad para llegar a fin de mes (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Por lo que se refiere a los comportamientos de riesgo en relación con estas sustancias y el uso de internet, y a las diferencias que se producen por nivel de estudios (Gráfico 21) se observa un patrón similar: las personas con estudios universitarios adoptan con mayor frecuencia conductas de riesgo en relación con el alcohol y el uso de internet, las personas con un nivel bajo de estudios con respecto

al consumo de psicofármacos y las que tienen una posición intermedia en relación con el tabaco, siendo las diferencias particularmente importantes para las dos primeras sustancias.

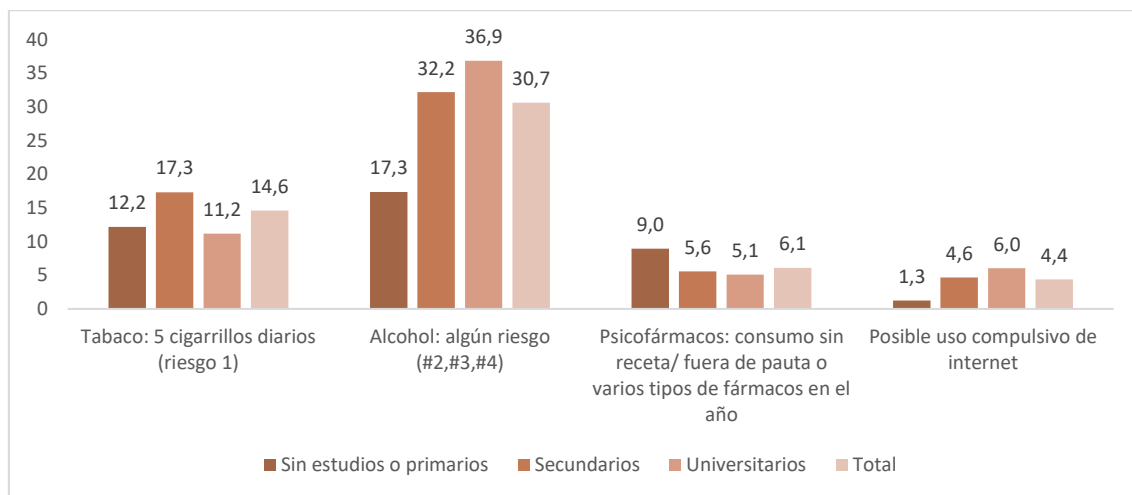
En el caso del alcohol, el 17,3% de la población de 15 y más años con estudios primarios o sin estudios reconoce conductas que pueden incrementar el riesgo para la salud, mientras que la proporción se duplica (llegando al 36,9%) entre quienes tienen estudios universitarios.

En lo referente a los psicofármacos, por otra parte, sucede al revés: hasta un 9% de las personas con un nivel bajo de estudios han usado psicofármacos fuera de pauta médica, los han tomado sin receta o han combinado varios tipos de psicofármacos en el último año, frente al 5,1% de quienes tienen estudios universitarios.

El gradiente por nivel de estudios es menos claro en relación con el consumo de tabaco: al igual que la prevalencia general de uso, el consumo de más de 5 cigarrillos diarios se da con mayor frecuencia entre las personas con estudios secundarios (17,3%), en comparación con quienes tienen un nivel de estudios más bajo (12,2%) o con quienes tienen más estudios (11,2%).

Por último, el posible uso compulsivo de internet, medido con la escala CIUS (*Compulsive Internet Use Scale*) se da con mucha mayor frecuencia entre las personas con un nivel de estudios alto. El 6% de la población de 15 y más años de Euskadi con estudios universitarios cumpliría el criterio de posible uso compulsivo, en comparación con un 4,6% de quienes tienen estudios secundarios y solamente un 1,3% de quienes tienen un nivel de estudios más bajo.

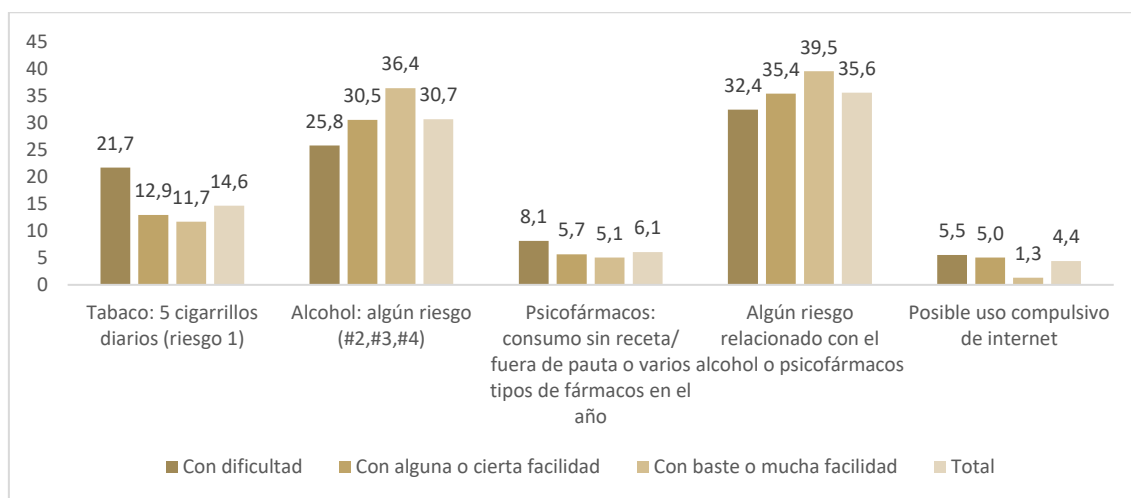
Gráfico 21. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al tabaco, al alcohol, a los psicofármacos y al uso de internet en la población de 15 y más años, por nivel de estudios (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Las diferencias por situación económica de la persona arrojan unos resultados parecidos (Gráfico 22): quienes se encuentran en una posición económica holgada tienden a tener mayor prevalencia de conductas de riesgo en relación con el alcohol y el uso de internet y, en cambio, las que sufren precariedad económica asumirían más riesgos en relación con los psicofármacos y el tabaco. Cabe hacer notar, con respecto a esta última sustancia, que se aprecia un gradiente más claro que al analizar el nivel de estudios, de manera que la prevalencia más alta (21,7%) corresponde a las personas que padecen dificultades económicas, y no a las situadas en una posición intermedia, tal y como sucedía al analizar el nivel de estudios. En cualquier caso, la menor prevalencia de consumo

diario de tabaco (11,7%) se da en el grupo que se correspondería con una posición socioeconómica más alta, igual que al analizar el nivel de estudios.

Gráfico 22. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al tabaco, al alcohol, a los psicofármacos* y al uso de internet en la población de 15 y más años, por grado de dificultad para llegar a fin de mes (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Los dos indicadores de clase social utilizados apuntarían por lo tanto en un sentido parecido: las personas de menor clase socioeconómica son más propensas al consumo de tabaco y psicofármacos y las de clase alta al consumo de alcohol y el uso de internet. Con todo, estas diferencias no indican necesariamente que la posición socioeconómica afecte los consumos considerados. Hay que tener en cuenta que las diferencias que se observan en los consumos por nivel educativo y posición económica podrían deberse a la composición en términos de sexo y edad de cada uno de los grupos considerados. En efecto, en la muestra de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi, las personas sin estudios o con estudios primarios tienen una edad media de 66,9 años, frente a 48 años quienes tienen estudios secundarios y 46,2 años quienes tienen estudios universitarios. En lo que se refiere a la situación económica, no hay tanta diferencia entre los grupos en términos de edad (las personas del grupo con una posición económica más precaria tienen 51,8 años de media, y las que tienen una posición holgada 54,1) pero sí por sexo, de manera que las mujeres representan el 53,6% del grupo con dificultades para llegar a fin de mes, pero solo un 49% del grupo con una posición económica más holgada. Estas diferencias en términos de composición por sexo y edad tienen lógicamente un reflejo en las prevalencias de consumo de sustancias.

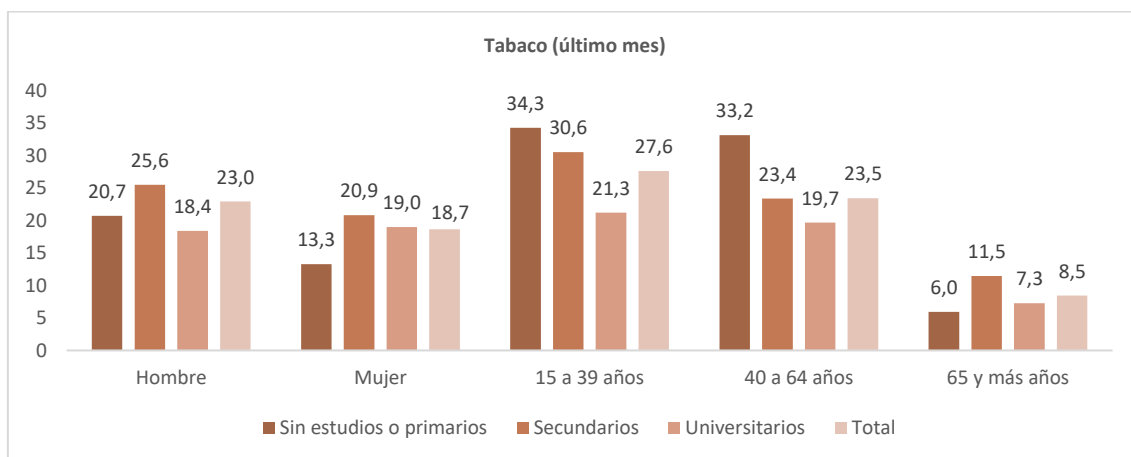
A continuación profundizamos en el análisis de las diferencias que se dan en función del nivel de estudios y de la situación económica teniendo en cuenta también el sexo y la edad, lo que permitirá tener una visión más ajustada de la asociación entre clase social y el consumo de cada una de las conductas consideradas.

5.2.1. Consumo de tabaco, clase social, sexo y edad

En lo referente al consumo de tabaco, aunque tanto la prevalencia general como la de consumo diario son más altas en la población con estudios secundarios, frente a quienes tienen estudios

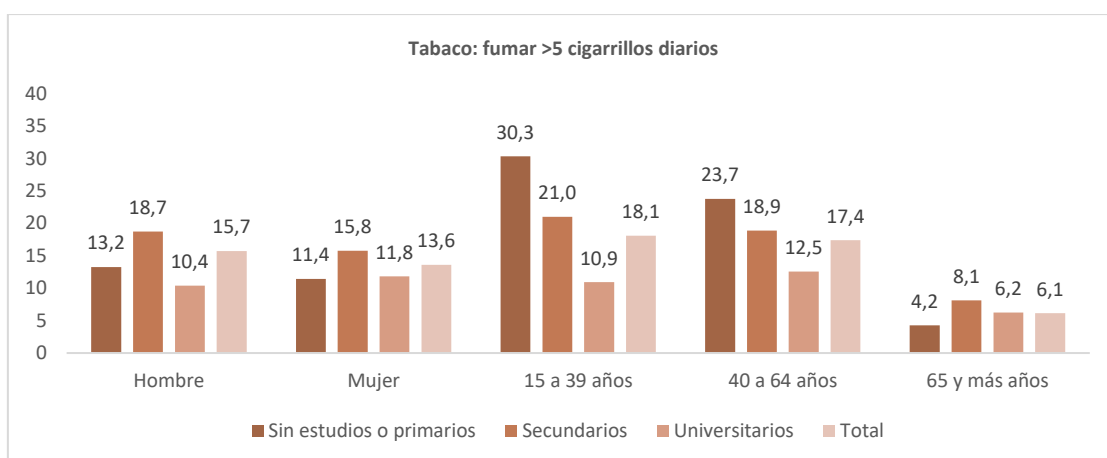
universitarios o no tienen estudios, al tener en cuenta la edad (gráfico 23) , se observa que esa asociación es cierta solamente para las personas que tienen 65 años o más. Entre las personas jóvenes de 15 a 39 años y las adultas de 40 a 64 años, son las personas con un nivel de estudios más bajo las que más tabaco consumen, con bastante diferencia respecto a los otros grupos, especialmente cuando se considera el consumo diario de más de 5 cigarrillos.

Gráfico 23. Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes en la población de 15 y más años en función del nivel de estudios, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



En efecto, hasta una tercera parte de los vascos y vascas de estos grupos de edad con un nivel bajo de estudios ha fumado en el último mes, frente a un 20% aproximadamente de las que tienen estudios universitarios. En lo referente al consumo diario (Gráfico 24), un 30,3% de las personas de 15 a 39 años con un nivel bajo de estudios fuma más de 5 cigarrillos al día, frente al 10,9% de los jóvenes de esa edad con estudios universitarios. Entre las personas de entre 40 y 64 años, el 23,7% fuma diariamente entre las que no tienen estudios o tienen estudios primarios y, en cambio, solamente el 12,5% entre quienes tienen estudios universitarios.

Gráfico 24. Prevalencia de consumo de 5 o más cigarrillos diarios en la población de 15 y más años en función del nivel de estudios, por grupos de edad y sexo (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).

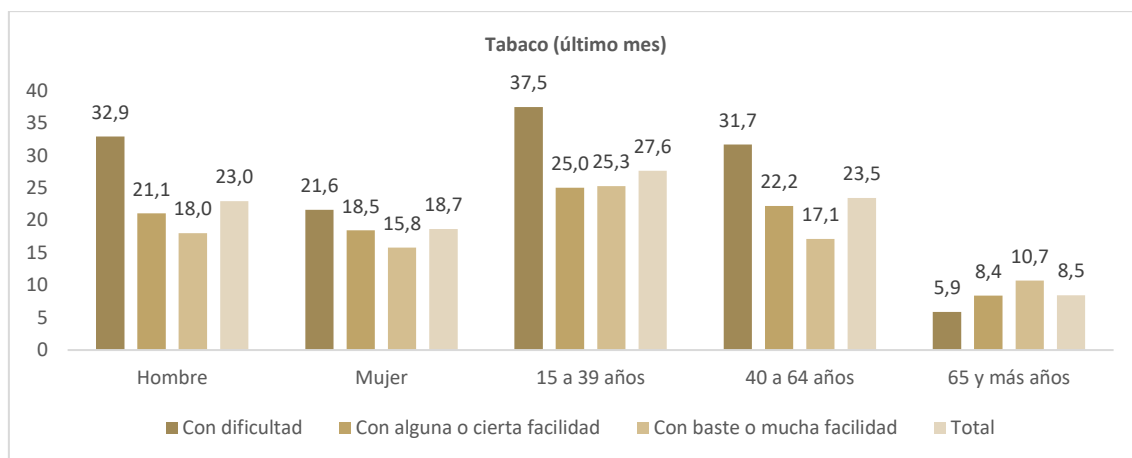


Por otra parte, el nivel de estudios parece ejercer mayor influencia en el consumo diario de los hombres que en el de las mujeres. Los hombres con estudios universitarios tienen una prevalencia

de consumo diario de tabaco (10,4%) que es un 44% menor que la de los hombres con estudios secundarios (18,7%). Entre las mujeres, el hecho de tener estudios universitarios (frente a secundarios) reduce la prevalencia en menor medida (un 25%). Así las cosas, entre las personas con un nivel alto de estudios la prevalencia de consumo de tabaco resulta más alta para las mujeres (11,8%) que para los hombres (10,4%). De nuevo, existe la posibilidad de que se trate de un efecto composicional, que esté reflejando simplemente la existencia de una mayor proporción de jóvenes en el grupo de mujeres con estudios universitarios.

Los datos de prevalencia de consumo actual de tabaco por situación económica en diferentes grupos de edad (Gráfico 25), reflejan una situación parecida a la que se acaba de describir. Las dificultades para llegar a fin de mes se asocian con una mayor prevalencia de consumo, salvo en el caso de las personas mayores, donde la relación es la inversa. Así, el 32,9% de los hombres que indican tener dificultades para llegar a fin de mes, y el 21,6% de las mujeres en la misma situación señalan que han fumado en el último mes, frente al 18% de los hombres y el 15,8% de las mujeres con una posición económica holgada. Este patrón se repite entre las personas de 15 a 39 años y las de 40 a 64 años, si bien con un gradiente algo más suavizado entre las primeras. A partir de los 65 años, en cambio, el porcentaje de fumadores/as es mayor entre quienes tienen una posición económica más holgada.

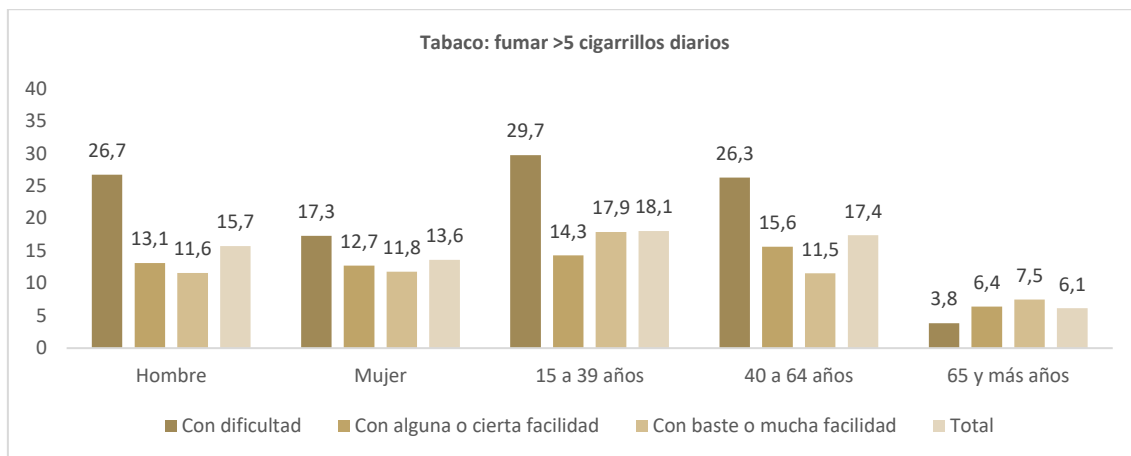
Gráfico 25. Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes en la población de 15 y más años, en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Las conclusiones que se obtienen para el consumo diario de 5 o más cigarrillos diarios (Gráfico 26) son muy parecidas a las que se acaban de mencionar. Las personas con dificultades económicas tienen mayores prevalencias de consumo diario entre las personas jóvenes y adultas, pero no entre las mayores de 65 años. En la población de 15 a 39 años, el 29,7% de quienes afirman tener dificultades económicas fuma, frente al 17,9% entre las que tienen una posición económica holgada. Entre las personas de 40 a 64 años, el 26,3% de quienes tienen dificultades, y el 11,5% de quienes no las tienen. En cambio, entre las personas mayores de 65 años, solamente el 3,8% de quienes tienen dificultades económicas fuman a diario, frente al 7,5% de quienes tienen una posición

económica holgada. Este resultado posiblemente se relaciona con la existencia de una sobrerrepresentación de las mujeres entre las personas mayores con bajos ingresos¹².

Gráfico 26. Prevalencia del consumo de 5 o más cigarrillos diarios en la población de 15 y más años, en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Para resolver esta confusión entre el sexo, la edad, y variables aproximadoras de la clase social, se ha recurrido al análisis de regresión logística a partir de la muestra de la Encuesta sobre Adicciones 2023 (formada por 2.527 personas de 15 y más años, residentes en los domicilios de la CAE).

Respecto a la probabilidad de consumir más de 5 cigarrillos diarios en el último mes, los resultados de ese análisis ponen de manifiesto lo siguiente (Anexo 1):

- Una vez se tienen en cuenta la edad y el nivel educativo, no se observan diferencias por sexo en la probabilidad de consumo diario de 5 o más cigarrillos.
- La probabilidad de haber fumado diariamente esa cantidad es similar para las personas de 15 a 39 años y las de 40 a 64 años, pero, en cambio, es mucho menor para las personas de 65 y más años.
- Tener estudios universitarios tiene un efecto protector significativo, pero no hay diferencias entre quienes tienen estudios secundarios y quienes no tienen estudios o tienen estudios primarios.
- El efecto de interacción entre el sexo y el nivel educativo no es estadísticamente significativo. Esto quiere decir que la relación entre el nivel educativo y el consumo diario de tabaco no difiere sustancialmente entre hombres y mujeres.
- En cambio, el nivel educativo tiene un efecto significativo independientemente de la edad, pero el sentido del efecto cambia entre las personas jóvenes y adultas, y las de 65 y más años. Entre las primeras, las personas con estudios universitarios tienen menor probabilidad de consumir 5 cigarrillos o más diarios; entre las personas de 65 y más años, en cambio, a mayor nivel educativo, mayor es la probabilidad de ser consumidor/a.

¹² En la muestra de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi, el 64% de las personas mayores que tienen dificultades económicas son mujeres, frente al 45% en el grupo de quienes tienen una posición económica más holgada.

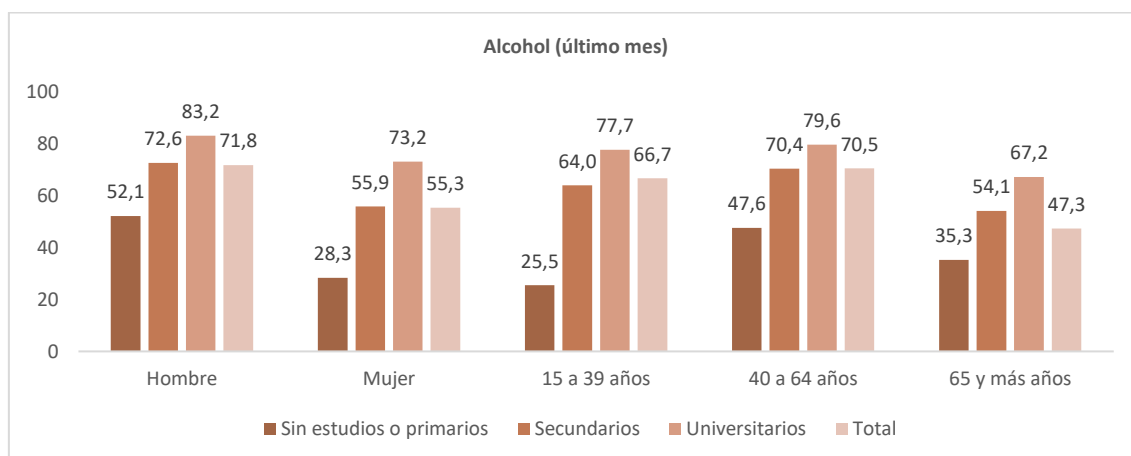
El análisis de la variable relativa a las dificultades para llegar a fin de mes (Anexo 2) arroja unos resultados similares, que indican que el hecho de pertenecer a una clase social más alta reduce el riesgo de consumo para las personas jóvenes y adultas, pero no para las personas mayores. De hecho, en este último grupo (el de las personas de 65 y más años) se observa la tendencia contraria, es decir, a que a mayor nivel económico, mayor riesgo de consumir más de 5 cigarrillos diarios.

5.1.1. Consumo de alcohol, clase social, sexo y edad

Respecto al alcohol, los resultados de la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi 2023 indican que tanto la prevalencia general de consumo como las conductas de riesgo en relación con el alcohol se ven influenciadas por el nivel educativo, aunque la relación varía en función de la edad y el sexo, particularmente en el caso de los consumos de riesgo.

En efecto, de acuerdo con los datos recogidos, la prevalencia de consumo actual (en el último mes) de alcohol se incrementa con el nivel de estudios (Gráfico 27), de manera que un 52,1% de los hombres y un 28,3% de las mujeres que no tienen estudios o tienen solo estudios primarios lo han consumido en los últimos 30 días, frente al 83,2% de los hombres y el 73,2% de las mujeres con estudios universitarios. Esta asociación se mantiene independientemente de la edad, de manera que en cada uno de los tres grupos considerados (jóvenes, personas adultas hasta los 64 años y personas adultas mayores) la prevalencia de consumo actual de alcohol (cualquier cantidad) es notablemente mayor entre quienes tienen estudios universitarios que entre quienes tienen un nivel de estudios bajo.

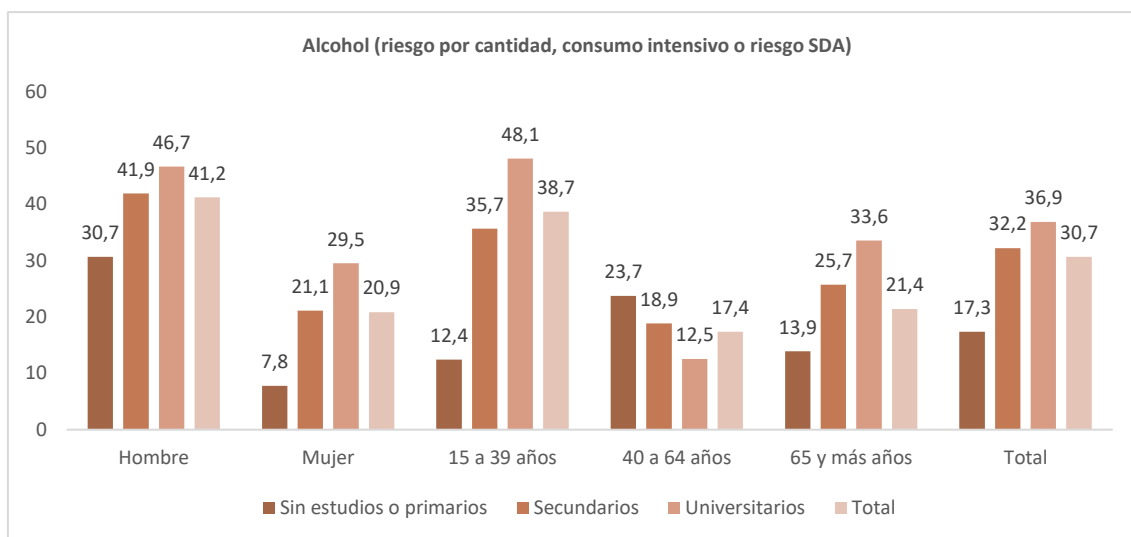
Gráfico 27. Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes en la población de 15 y más años, en función del nivel de estudios, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Las diferencias por nivel educativo son más llamativas en el caso de las personas de 15 a 39 años que en el resto de los grupos, de manera que la prevalencia entre las y los jóvenes universitarios triplica la de las y los jóvenes sin estudios. No obstante, esto probablemente refleja la composición etaria de los grupos: dado que las personas más jóvenes (por debajo de los 18 años) se ubican necesariamente en el grupo con bajo nivel de estudios, y dado que se trata por lo general de adolescentes que se están iniciando en el consumo, la prevalencia en este grupo resulta menor que en el grupo de jóvenes adultos universitarios.

En lo referente a los consumos de riesgo (Gráfico 28), la relación con el nivel de estudios resulta menos clara, al menos en algunos grupos de edad. En general, las personas con un nivel alto de estudios presentan mayor prevalencia de conductas de riesgo en relación con el alcohol (36,9%), tanto en comparación con las que tienen un nivel de estudios intermedio (32,2%) como, sobre todo, en comparación con la población con un nivel bajo de estudios (17,3%). No obstante, esta relación se invierte en la población entre 40 y 64 años, de manera que las que tienen un nivel bajo de estudios son las que mayor prevalencia de consumos de riesgo presentan (23,7%), seguidas por quienes tienen estudios secundarios (18,9%) y por quienes tienen estudios universitarios (12,5%). Cabe, por lo tanto, decir, que el tener un mayor nivel de estudios protege a la población adulta de los consumos de alcohol de riesgo, pero, sin embargo, no tiene ese efecto protector en la población joven y mayor.

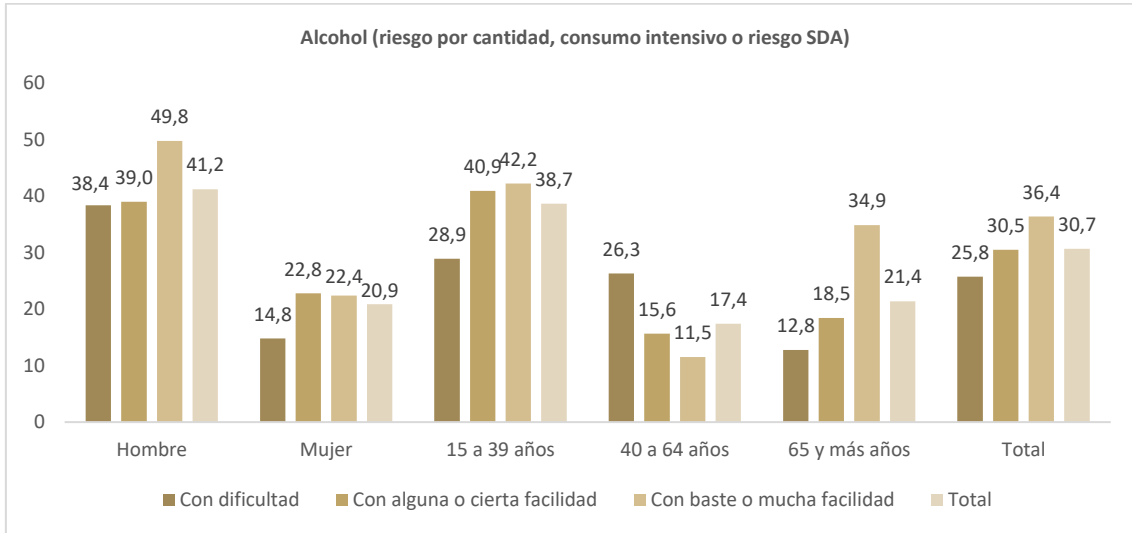
Gráfico 28. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al alcohol en la población de 15 y más años en función del nivel de estudios, por grupos de edad y sexo (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Cabe asimismo destacar de la información recogida que, a diferencia de las prevalencias generales de consumo —que no difieren sustancialmente por sexo, sobre todo en la población joven—, en el caso de los consumos de riesgo, las diferencias entre mujeres y hombres son algo más notables y se mantienen independientemente del nivel de estudios. Las mujeres tienen prevalencias significativamente más bajas, que llegan a ser tres veces inferiores a las de los hombres cuando se considera a la población sin estudios, dos veces más bajas en el caso de la población con estudios secundarios, y un 36,8% más reducidas al considerar la población con estudios universitarios.

Analizando la otra variable aproximadora de la situación socioeconómica, referida a las dificultades para llegar a fin de mes (Gráfico 29), el patrón que se observa es similar, con mayor prevalencia de consumos de riesgo entre las personas con una situación económica holgada, aunque en este caso no se da una gradación tan clara por grados de dificultad económica. Entre los hombres, las tasas son similares para las personas con una situación económica difícil y las que refieren una posición intermedia (el 38,4% y el 39%, respectivamente, mantienen consumos de riesgo) y entre las mujeres tampoco hay diferencias entre este último grupo y el de quienes tienen una posición holgada (el 22,8% y el 22,4%, respectivamente, refieren estos consumos).

Gráfico 29. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al alcohol en la población de 15 y más años en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



En cuanto a cómo varía la asociación entre consumos de riesgo y problemas económicos con la edad, se aprecia de nuevo que difiere en la población de 40 a 64 años, con respecto a los otros grupos. En este grupo de edad intermedia la prevalencia es especialmente alta (26,4%) para las personas con mayores dificultades económicas, llegando a duplicar la prevalencia en la población que llega a fin de mes sin apuros (11,5%). Entre las personas jóvenes y mayores, en cambio, la prevalencia de consumos de riesgo aumenta con el nivel de ingresos. Llama la atención la brecha especialmente grande en la población de 65 y más años: la prevalencia de consumos de riesgo entre las personas con una posición económica holgada (34,9%) triplica prácticamente la prevalencia entre las personas que atraviesan dificultades económicas.

De nuevo, es posible que las diferencias observadas en la prevalencia de los consumos de riesgo por clase social y posición económica estén relacionadas con la composición por sexo y edad de los grupos, por lo que se recurre al análisis de regresión logística para comprobar si las asociaciones observadas pueden considerarse estadísticamente significativas, controlando el efecto del sexo y de la edad.

En relación con la variable nivel de estudios, los resultados del modelo, que se recogen en el Anexo 3, indican lo siguiente:

- Las mujeres tienen una probabilidad significativamente menor que los hombres de consumir alcohol con riesgo, independientemente del nivel educativo y la edad (odds ratio 0,428, $p < 0,01$).
- En general, controlando el sexo y el nivel de estudios, las personas adultas (a partir de 40 años) tienen una probabilidad menor de mantener consumos de alcohol de riesgo. La diferencia no es significativa en el grupo de 40 a 64 años, respecto a las personas jóvenes de 15 a 39 años, pero sí lo es en el de las personas mayores de 65 años (odds ratio 0,484, $p < 0,01$).

- El tener estudios universitarios (frente a no tener estudios, o tener estudios primarios o secundarios) incrementa en los hombres jóvenes el riesgo de consumo (OR 1,971, $p < 0,01$). El efecto no cambia significativamente para las mujeres y las personas mayores. En cambio, en el caso de los hombres adultos de 40 a 64 años, el nivel de estudios no tiene un efecto significativo, siendo la probabilidad de consumos de riesgo cercano al 40% tanto entre los hombres adultos sin estudios con estudios primarios o secundarios, como entre quienes tienen estudios universitarios.

Los resultados de regresión logística de la variable que recoge la situación económica arroja unos resultados similares (Anexo 4):

- El sexo y la edad moderan la probabilidad de consumos de alcohol de riesgo, de manera que, por un lado, las mujeres tienen menos probabilidad que los hombres de realizar este tipo de consumos, y, por otro lado, las personas adultas y mayores tienen menos probabilidad que las personas jóvenes, independientemente del sexo.
- La disponibilidad económica actúa, en general, como factor de riesgo, de manera que, de media, las personas con una posición económica holgada (las que llegan a fin de mes con bastante o mucha facilidad) tienen mayor probabilidad de tener consumos de alcohol de riesgo en comparación con las que llegan a fin de mes con dificultad.
- El efecto de la posición económica en el consumo de alcohol de riesgo es algo más fuerte entre las mujeres. La diferencia es significativa respecto a la diferencia que supone el tener una posición económica normal respecto a una situación precaria (esta diferencia influye más que en los hombres).
- La edad, por el contrario, modula la asociación entre posición económica y consumos de alcohol de riesgo: el efecto de interacción es significativo para las personas de 40 a 64 años, indicando que, en este grupo, el nivel de estudios tiene un efecto diferente, reduciendo la probabilidad de consumo entre quienes tienen un nivel de estudios alto.

En resumen, sobre la relación existente entre las variables aproximadoras de la clase social y los consumos de alcohol de riesgo, cabe señalar que el pertenecer a una clase socioeconómica más alta incrementa el riesgo entre las mujeres y los hombres jóvenes y mayores. Para los hombres adultos de 40 a 64 años tiene el efecto opuesto, reduciendo la probabilidad de consumo.

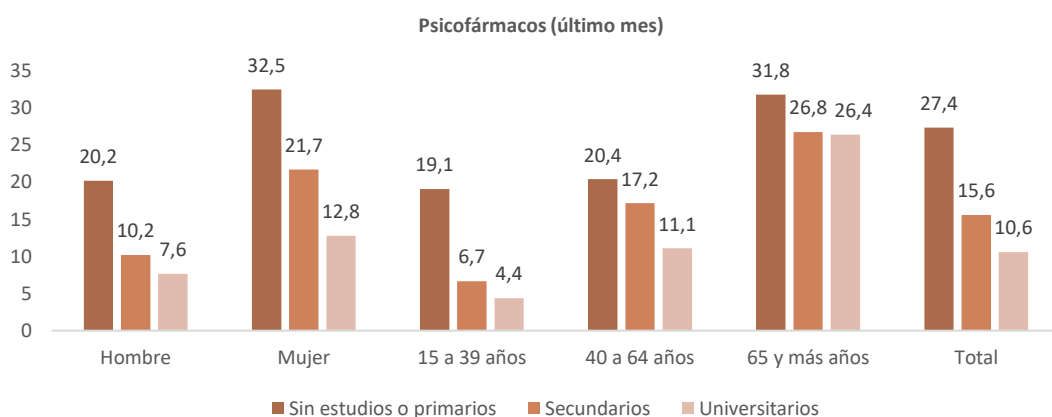
5.1.2. Consumo de psicofármacos, clase social, sexo y edad

Como se ha indicado, el consumo actual (en el último mes) de psicofármacos con o sin receta médica está presente en el 16,7% de la población de 15 y más años de la CAE, y es más prevalente entre las mujeres (19,5%) que entre los hombres (14%), y mucho más entre las personas mayores de 65 años (30,4%), que entre las jóvenes de 15 a 39 años (1,8%).

Respecto a cómo varía el consumo de estos medicamentos en función de características aproximadoras de la clase social, los datos de *la Encuesta sobre Adicciones 2023* indican que la mayor prevalencia de uso se da en la población con un nivel de estudios bajo y una posición económica precaria, tanto entre los hombres, como entre las mujeres. Las diferencias por clase social se atenúan entre las personas que superan los 65 años de edad, pero son muy notorias en la población adulta de 40 a 64 años y, particularmente entre las personas más jóvenes (de 15 a 39 años).

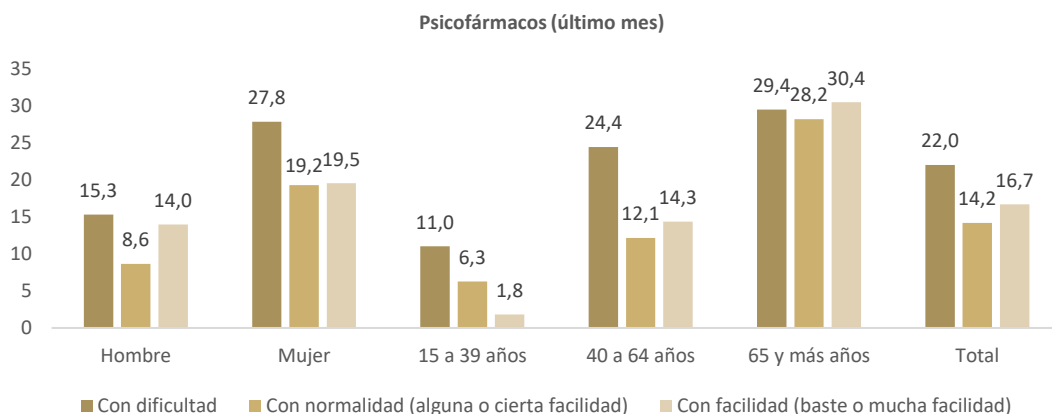
El gradiente por nivel de estudios se aprecia claramente en el gráfico 30, teniendo en cuenta que el 20,2% de los hombres y el 32,5% de las mujeres con un nivel de estudios bajo consumieron psicofármacos en el último mes, frente al 7,6% y 12,8%, respectivamente, de los hombres y las mujeres con estudios universitarios. Estas diferencias por nivel de estudios son aún más notables en la población joven y adulta: entre las personas de 15 a 39 años, la prevalencia de consumo actual en la población sin estudios es 4,3 veces mayor que en la que tiene estudios universitarios; en la población de 40 a 64 años, 1,8 veces mayor; y en la población de 65 y más años, 1,2 veces mayor.

Gráfico 30. Prevalencia de consumo de psicofármacos (cualquier tipo) en el último mes en la población de 15 y más años, por sexo, grupos de edad y nivel de estudios (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Las diferencias por situación económica son también notables, aunque el gradiente es algo menos claro, debido a que las personas en una posición intermedia tienen una prevalencia más baja, en algunos casos, que quienes afirman tener una economía holgada (Gráfico 31). Así, entre los hombres, un 15,3% de quienes llegan a fin de mes con dificultad y algo menos, un 14%, de quienes lo hacen holgadamente indican que han consumido psicofármacos en el último mes, frente a solo un 8,6% de quienes llegan a fin de mes con normalidad. Entre las mujeres, son el 27,8% de las que afirman tener dificultades económicas, en comparación con cerca del 19% de quienes no las tienen.

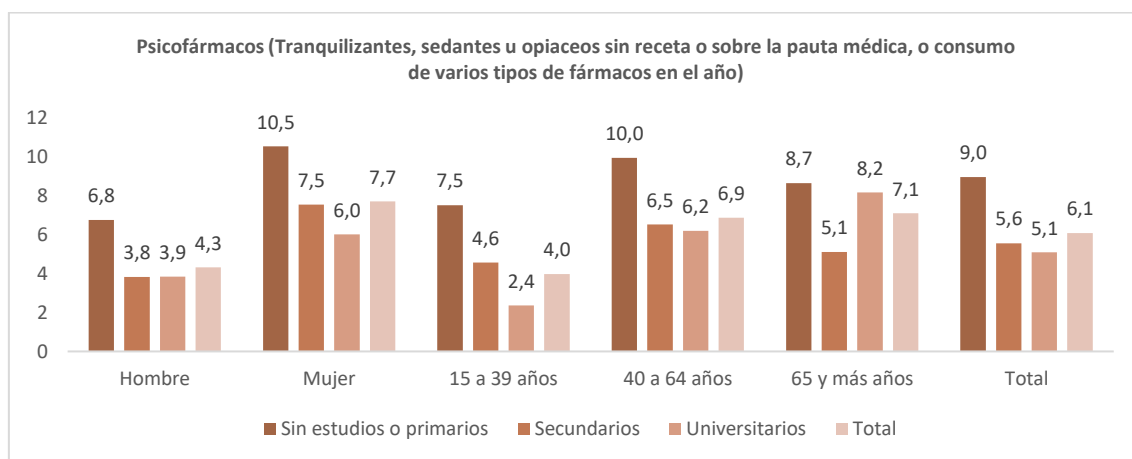
Gráfico 31. Prevalencia de consumo de psicofármacos (cualquier tipo) en el último mes en la población de 15 y más años en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



De nuevo, las diferencias en la prevalencia de consumo por nivel económico se atenúan entre las personas mayores y, de hecho, la asociación se invierte en este grupo (son las personas con mejor posición las que tienen mayor prevalencia de uso).

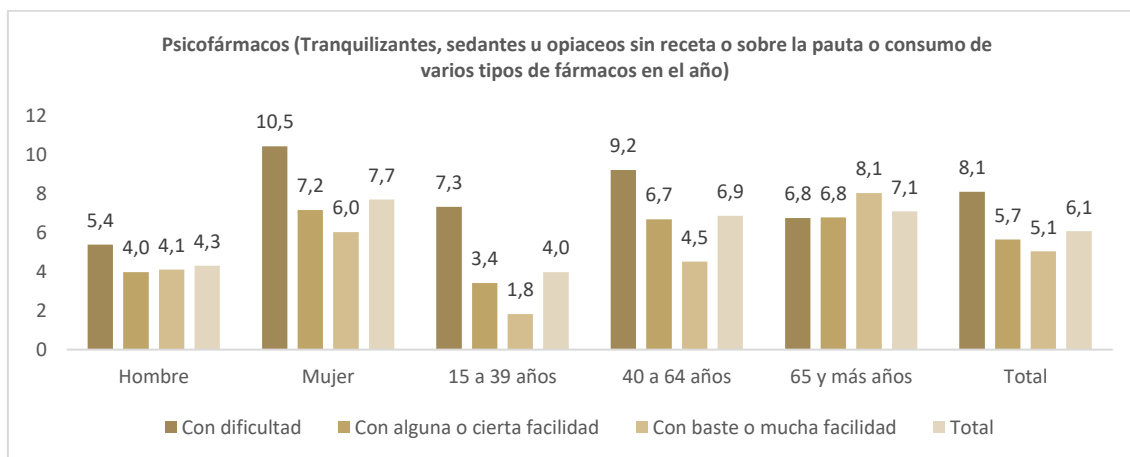
Con respecto a las conductas de especial riesgo analizadas y su relación con las variables que aproximan la clase social, el uso de tranquilizantes, sedantes o analgésicos opiáceos sin receta, en cantidades superiores o durante periodos más largos de los prescritos o combinando varios tipos de fármacos en el último año es más frecuente entre las personas con un nivel bajo de estudios, particularmente entre las personas jóvenes y adultas (Gráfico 32). Entre los hombres, la prevalencia de estos consumos de riesgo entre los que no tienen estudios o tienen estudios primarios es del 6,8%, frente al 3,9% entre quienes tienen estudios universitarios. Entre las mujeres, es del 10,5% entre las que tienen un nivel bajo de estudios y del 6% entre las que tienen estudios superiores.

Gráfico 32. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos en la población de 15 y más años en función del nivel de estudios, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Los datos sobre la prevalencia de conductas de riesgo relacionadas con psicofármacos por nivel económico arrojan resultados similares, que indican que las personas con dificultades para llegar a fin de mes mantienen con mayor frecuencia consumos de riesgo de psicofármacos, en comparación a quienes tienen una economía más holgada, particularmente entre las personas jóvenes y adultas (Gráfico 33). El 5,4% de los hombres que afirman llegar a fin de mes con dificultad, y el 10,5% de las mujeres, han consumido sin receta o fuera de pauta, o han tomado varios tipos de psicofármacos en el último año; entre las personas con una posición económica holgada, los porcentajes se reducen al 4,1% de los hombres y el 6% de las mujeres. De nuevo, la asociación se invierte entre las personas de 65 años o más, en cuyo caso las personas con mejor posición económica tienen mayor prevalencia de consumo (8,1%), en comparación con las que afirman tener dificultades para llegar a fin de mes (6,8%).

Gráfico 33. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos en la población de 15 y más años en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Diferencias por salud mental

Además del sexo y la edad, una variable relevante al analizar el consumo de psicofármacos es, sin duda, el estado de salud mental. Dado que la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi incorpora en su cuestionario la escala *Mental Health Index* de 5 ítems (MHI-5), es posible analizar si existe una asociación entre el estado de salud mental y el consumo de psicofármacos, y ver si la relación varía con la clase social. Los resultados por nivel de estudios se muestran en el gráfico 34 y los relativos a la situación económica en el gráfico 35.

Utilizando un punto de corte de 56 puntos en la escala MHI-5 para detectar a personas con síntomas de ansiedad y depresión¹³, se aprecia que, en global, el 14,3% de estas personas han consumido psicofármacos sin receta o fuera de pauta en el último mes, o han tomado varios tipos de fármacos en el último año, frente al 3,7% de quienes no tienen dificultades relacionadas con la salud mental.

Se aprecia también que la relación entre el consumo de riesgo de psicofármacos y el nivel educativo cambia completamente cuando se considera el estado de salud mental. En efecto, mientras que, en la población sin dificultades relacionadas con la salud mental, las personas con un nivel de estudios bajo consumen en mucha mayor medida (7%) que las que tienen estudios universitarios (2%), cuando hay problemas de salud mental, las diferencias por nivel de estudios son mucho más reducidas y además se invierten de sentido, de manera que son las personas con estudios universitarios quienes presentan mayor prevalencia de consumos de riesgo (17,1%, frente al 14% entre quienes tienen un nivel bajo de estudios).

El análisis de la prevalencia de las conductas de riesgo consideradas por grado de dificultad para llegar a fin de mes (en el gráfico 35) arroja resultados similares. Entre las personas que aparentemente no tienen problemas de salud mental la prevalencia disminuye de acuerdo aumenta la capacidad económica, pasando del 7% entre quienes tienen dificultades para llegar a fin de mes,

¹³ Ver apartado metodológico para más información al respecto.

al 2% entre quienes tienen una posición económica holgada. En cambio, para quienes tienen problemas de salud mental, la situación económica parece tener mucha menor influencia.

Gráfico 34. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos en la población de 15 y más años en función del nivel de estudios, por presencia de síntomas de ansiedad o depresión (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).

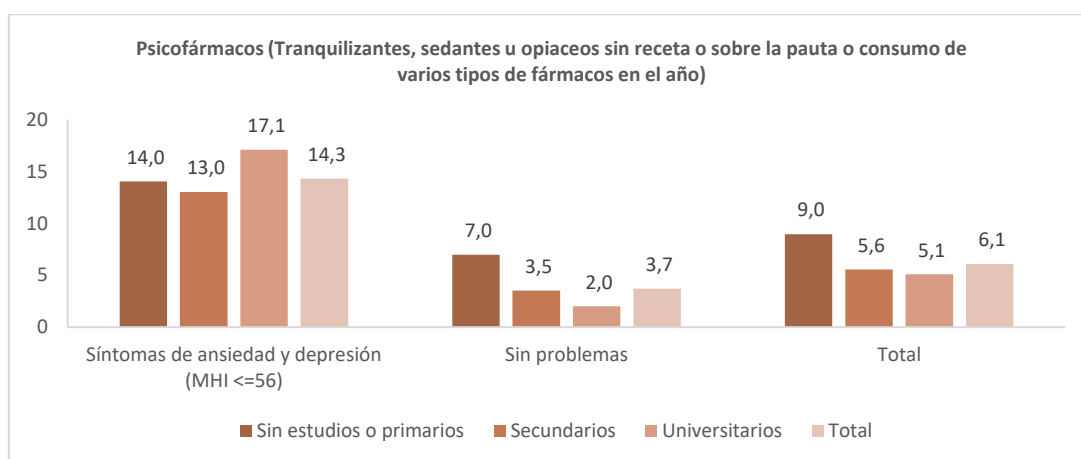
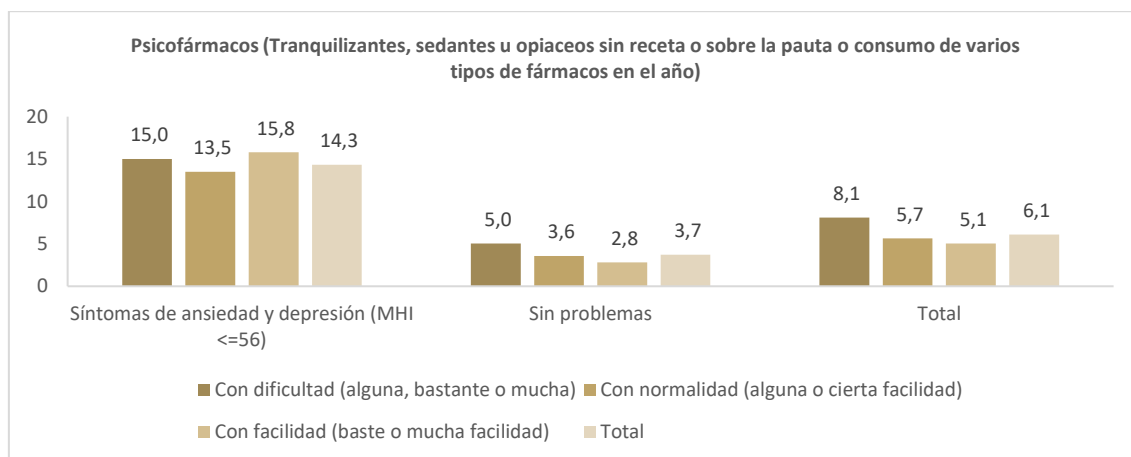


Gráfico 35. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos en la población de 15 y más años en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por presencia de síntomas de ansiedad o depresión (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Por lo tanto, puede decirse que, si bien las conductas de riesgo relacionadas con el uso de psicofármacos tienen relación con la clase social —aproximada por el nivel de estudios y de ingresos— la fuerza y sentido de esa asociación varía en función del sexo, la edad y el estado de salud mental.

Para tratar de desentrañar el efecto que tienen sobre el consumo cada uno de estos factores, se ha recurrido de nuevo al análisis de regresión logística, modelando la probabilidad de tener un consumo

de psicofármacos de riesgo, en función del sexo, la edad, el estado de salud mental y el nivel de estudios¹⁴.

Los resultados del modelo en el que se estima el efecto de tener un nivel de estudios bajo (en el Anexo 5) indican lo siguiente:

- Entre las personas que no tienen problemas de salud mental, el hecho de tener un nivel de estudios bajo incrementa por 1,9 la probabilidad de consumos de riesgo de psicofármacos.
- Entre las personas con posibles problemas de salud mental, el tener un nivel de estudios bajo actúa como factor de protección, reduciendo la probabilidad del consumo de riesgo un 57% (OR=0,428)

Desde otra perspectiva, el efecto de tener un nivel de estudios alto (estudios universitarios) sería el siguiente (Anexo 6):

- Entre las personas sin problemas de salud mental, el hecho de tener estudios universitarios reduce en un 54% la probabilidad de consumos de riesgo de psicofármacos (OR=0,461), controlando el sexo y la edad.
- Entre las personas con problemas de salud mental, el tener estudios universitarios incrementa la probabilidad por 3,3, controlando el sexo y la edad.

Por lo que se refiere a la influencia ejercida por el nivel de ingresos, los resultados de la regresión logística no alcanzan significatividad, aunque apuntan en el mismo sentido, indicando que el efecto del nivel de ingresos sobre la probabilidad de los consumos de riesgo depende del estado de salud mental, de manera que, entre quienes no tienen problemas mentales, una peor situación económica tiende a asociarse con mayor probabilidad de consumos de riesgo, y, en cambio, entre las personas con problemas mentales, una mejor posición económica se relaciona con una mayor probabilidad de consumo. No obstante, como se ha indicado, los efectos del modelo no alcanzan significatividad estadística y, por lo tanto, no puede afirmarse fuera de toda duda que las asociaciones observadas en los datos no sean debidas al azar.

5.1.3. Uso compulsivo de internet y clase social

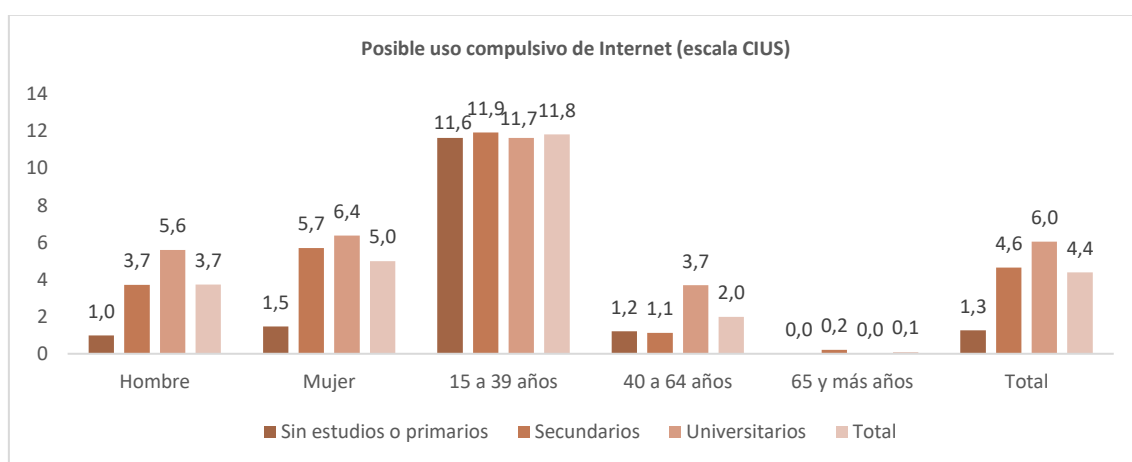
Tal y como se ha indicado, a partir de los datos de la *Encuesta sobre Adicciones 2023* se estima que un 4,39% de la población mayor de 15 años de Euskadi realiza un posible uso compulsivo de internet, medido con la escala *Compulsive Internet Use Scale* (CIUS). La prevalencia es mucho mayor entre la población joven, de manera que llega al 20,1% entre las personas de 15 a 21 años y al 11,7% entre las personas de 22 a 34 años. En cambio, es un problema prácticamente inexistente en la población mayor: afecta a menos del 1% de la población de entre 55 y 74 años y no se detecta en mayores de 75 años.

En parte asociado con la edad de las personas que realizan este uso compulsivo de internet, la prevalencia es mayor entre la población con estudios universitarios (6%), en comparación con

¹⁴ En este caso, dada la reducida prevalencia de la variable dependiente que se modela, los resultados de la regresión logística generalizada se han comparado con un modelo ajustado utilizando el método de verosimilitud penalizada de Firth (Firth, 1993). Además, la variable "nivel de estudios" se ha dicotomizado para evitar la separación total de los datos en el modelo. Dado que los modelos con y sin penalización obtienen resultados similares, se ha optado por presentar los resultados de la regresión generalizada de máxima verosimilitud (sin penalización), a efectos de mantener la uniformidad en la presentación.

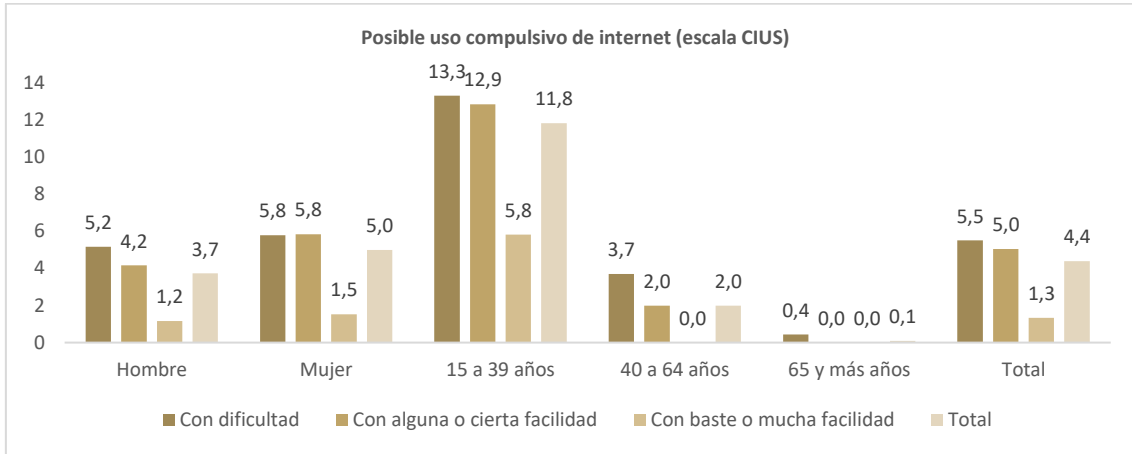
quienes tienen estudios secundarios (4,6%) o primarios (1,3%). Por otra parte, es una conducta con mayor prevalencia entre las mujeres (5%) que entre los hombres (3,7%), aunque las diferencias por nivel educativo son más claras entre estos últimos. Por edades, entre las personas jóvenes (menores de 40 años) apenas se aprecian diferencias por nivel de estudios (un 11,7% de quienes tienen estudios universitarios y un 11,6% de quienes no tienen estudios o tienen estudios primarios pueden presentar un problema de uso compulsivo), mientras que, en la población de entre 40 y 64 años, la prevalencia entre quienes tienen estudios universitarios (3,7%) duplica la que se da en la población con estudios secundarios (1,1%) o primarios (1,2%).

Gráfico 36. Prevalencia del posible uso compulsivo de internet en la población de 15 y más años en función del nivel de estudios, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



En relación con la otra variable aproximadora de la clase social —el grado de facilidad con la que llegan a fin de mes (en el gráfico 37)—, los datos indican una prevalencia mucho más reducida entre quienes tienen una posición económica holgada respecto a los otros dos grupos (quienes tienen dificultades económicas y quienes refieren una situación intermedia, ni buena ni mala). En global, un 1,3% de quienes señalan que llegan a fin de mes con bastante o mucha facilidad podrían estar realizando un uso compulsivo de esta herramienta, frente al 5,5% de quienes indican una posición económica intermedia y un 5% de quienes señalan tener dificultades para llegar a fin de mes. Además las diferencias se dan tanto entre los hombres como entre las mujeres, y en todos los grupos de edad. Entre los jóvenes y adultos hasta los 40 años, en torno al 13% de quienes tienen una posición económica mala o normal podrían tener un problema de uso compulsivo, frente al 5,8% de quienes indican una posición económica holgada. En la población adulta, solo se detecta entre quienes tienen una posición económica mala o regular (2% y 3,7%, respectivamente), pero no entre quienes tienen una posición más holgada.

Gráfico 37. Prevalencia del posible uso compulsivo de internet en la población de 15 y más años en función del grado de dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568).



Los resultados de regresión logística indican que tanto el nivel de estudios (Anexo 7) como la posición económica (Anexo 8) tienen un efecto significativo, independiente del sexo y la edad. Las diferencias por nivel de estudios se producen principalmente al comparar a quienes tienen estudios universitarios con el resto de la población, de manera que la probabilidad de uso compulsivo es 1,6 veces mayor en ese grupo ($p=0,016$). Por otra parte, controlando el sexo y la edad, el tener una posición económica normal (en comparación con una situación buena) incrementa la probabilidad de uso compulsivo de internet por 2,1 ($p=0,015$) y el tener una posición económica mala la incrementa por 3,3 ($p<0,01$).

5.2. Roles de género y uso de sustancias legales e internet

Más allá de las diferencias biológicas o generacionales, los roles de género determinan de manera significativa la exposición al estrés, el tiempo disponible para el ocio, el acceso a redes de apoyo y la forma de gestionar el malestar emocional. En este contexto, la dedicación al trabajo doméstico y al cuidado de personas dependientes —actividades que recaen mayoritariamente sobre las mujeres— constituye un eje central para comprender las desigualdades observadas en la salud mental y en ciertos patrones de consumo. El objetivo de este apartado es, por tanto, examinar cómo los roles de género, en interacción con el sexo y la edad, configuran distintas trayectorias de riesgo y bienestar en la población vasca.

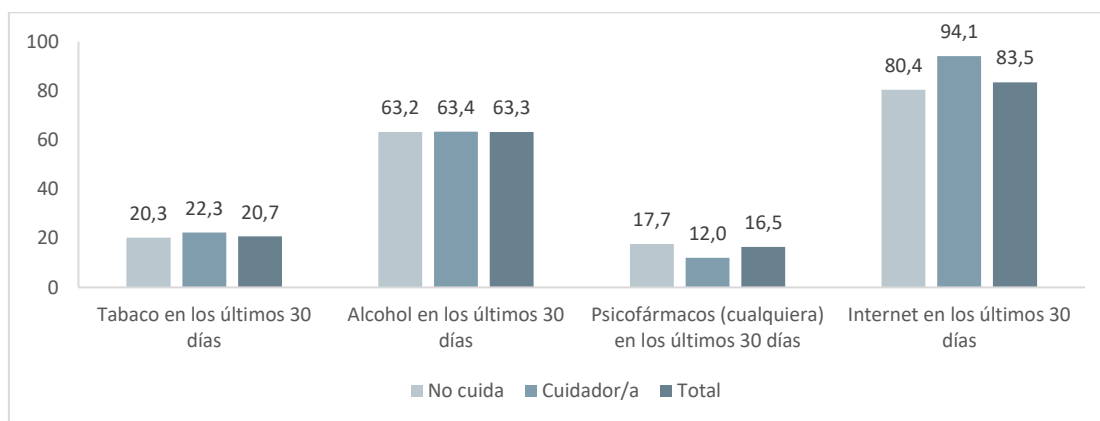
Considerando, en primer lugar, las prevalencias generales de uso en el último mes (Gráfico 38), no se aprecian grandes diferencias entre personas que tienen responsabilidades de cuidado de personas menores o adultas y aquellas que no asumen dichas responsabilidades.

Las diferencias más notables se dan en relación con el uso de internet, que tiene mayor prevalencia en la población cuidadora —el 94% lo ha usado en el último mes—, en comparación con la población que no ejerce cuidados —el 80,4% lo ha utilizado.

También se aprecian algunas diferencias en relación con el consumo actual de psicofármacos, pero, en este caso, en sentido inverso, de manera que las personas que tienen responsabilidades respecto al cuidado tienen una menor prevalencia de uso (el 12% ha consumido en el último mes, frente al 17,7% entre quienes no se responsabilizan del cuidado de otras personas).

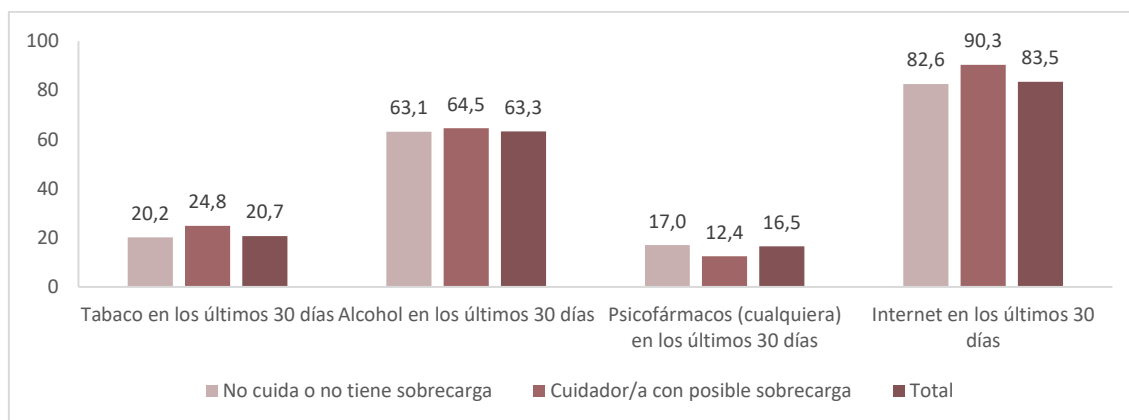
En cambio, en lo que respecta a las prevalencias de consumo de alcohol en el último mes no hay prácticamente diferencias (el 63,2% de quienes no ejercen cuidados y el 63,4% de quienes los ejercen han consumido) y son también mínimas en lo referente al consumo de tabaco, con un porcentaje ligeramente mayor de personas cuidadoras que han fumado (22,3%), en comparación con las no cuidadoras (20,3%).

Gráfico 38. Prevalencia del uso actual (en el último mes) de sustancias legales e internet en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la asunción de tareas de cuidado (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)



Analizando las mismas prevalencias de uso en función de la variable que identifica a las personas que prestan cuidados más intensos (Gráfico 39), se obtienen unos resultados similares: las personas con posible sobrecarga por cuidados tienen una prevalencia ligeramente mayor de uso actual de internet (90,3%, frente a 82,6%) y de tabaco (24,8%, frente a 20,2%) en comparación con la población sin sobrecarga por cuidados; por el contrario, refieren una menor prevalencia de uso actual de psicofármacos (17% en la población sin sobrecarga, frente al 12,4% en la población que podría padecer sobrecarga).

Gráfico 39. Prevalencia del uso actual (en el último mes) de sustancias legales e internet en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la existencia de sobrecarga por cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)



Sin embargo, la situación cambia ligeramente cuando se analizan los consumos que podrían considerarse de riesgo (Gráfico 40 y Gráfico 41).

En lo referente al consumo de tabaco, las diferencias son algo mayores que al analizar el consumo en el último mes, sobre todo cuando se considera a la población con posible sobrecarga por cuidados: el 19% refiere un consumo de 5 o más cigarrillos diarios, frente al 14% en la población que no cuida de otras personas o no tiene sobrecarga asociada a los cuidados.

En lo referente al alcohol, el cuidado parece tener un efecto moderador del consumo, teniendo en cuenta que las personas cuidadoras tienen prevalencias similares de consumo en el último mes, pero prevalencias algo más bajas de consumos de riesgo (27,9% en la población que cuida y 31,4% en la que no ejerce cuidados).

Gráfico 40. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales e internet en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la asunción de tareas de cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)

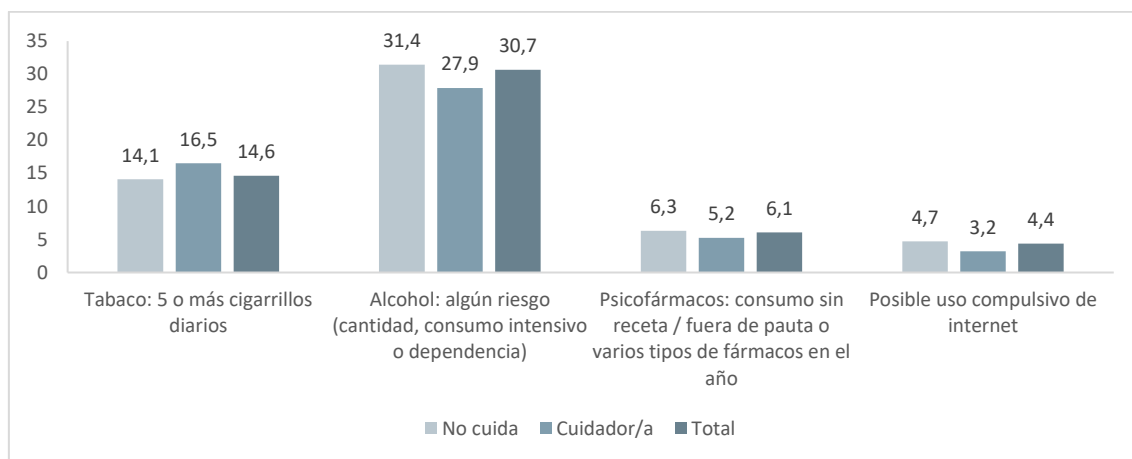
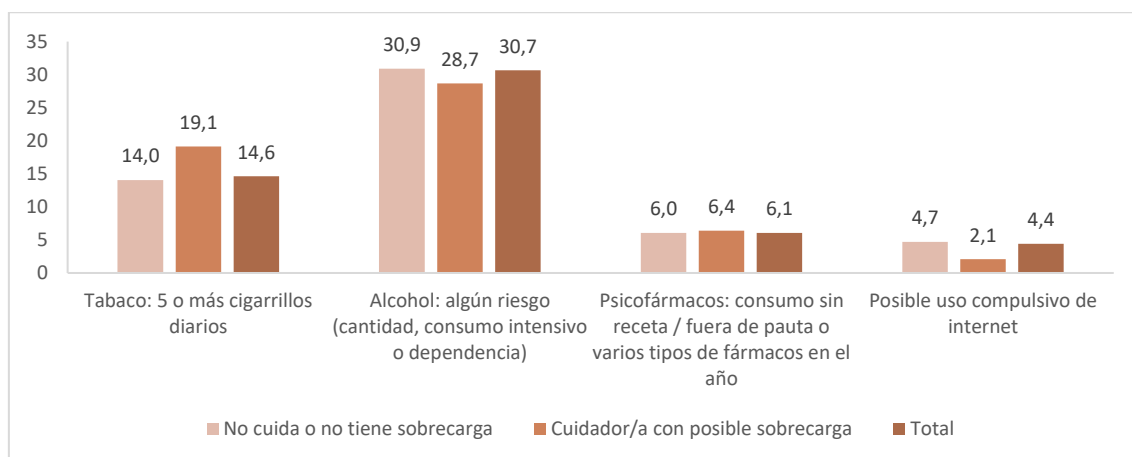


Gráfico 41. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al uso de sustancias legales e internet en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la existencia de sobrecarga por cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)



Por lo que se refiere al consumo de psicofármacos sin receta o por encima de las cantidades pautadas o combinando varios tipos de fármacos en el último año, la prevalencia de consumo es

ligeramente menor en la población cuidadora (5,2%, frente al 6,3% de la que no ejerce este rol), pero no entre quienes lo ejercen con mayor intensidad y con una posible sobrecarga asociada a los cuidados (el 6,4% adopta conductas de riesgo en el uso de psicofármacos, frente al 6% de quienes no cuidan o lo hacen con menor intensidad).

Finalmente, en relación con el uso de internet, destaca que, mientras que el uso normalizado está más extendido en la población cuidadora, el posible uso compulsivo tiene una prevalencia mucho menor en este grupo (3,7% en la población cuidadora y 2,1% en la población que tiene una posible sobrecarga por cuidados, frente al 4,7% en la población que no asume ese rol).

Existe, por tanto, una aparente asociación entre la adopción de roles de cuidado y el uso de sustancias legales e internet. No obstante, teniendo en cuenta lo estrechamente relacionado que está el cuidado con el género y la edad —tal y como se ha señalado en el apartado 2.2, las mujeres maduras son las más propensas a ejercer roles de cuidado más intensos—, las diferencias que se observan en el consumo en función de la asunción de estos roles podrían en realidad ser debidas a una diferente composición por sexo y edad de la población cuidadora y no cuidadora.

A continuación se analiza en mayor detalle la relación entre el sexo, la edad, el cuidado de otras personas y la adopción de conductas de riesgo relacionadas con el uso de sustancias legales o internet.

5.2.1. Consumo de tabaco, cuidados, sexo y edad

En cuanto al consumo de tabaco, los resultados en el gráfico 42 y el gráfico 43 confirman que, en general, la población cuidadora es más propensa al consumo de 5 o más cigarrillos diarios —el 16,5% de la población cuidadora consume, frente al 14,1% en la población que no ejerce cuidados—, aunque la relación varía en función del sexo y la edad, y también en función de la intensidad del cuidado prestado.

Considerando el cuidado en general, al margen de la intensidad con que se presta, los resultados sugieren una mayor prevalencia de consumo diario de tabaco en la población cuidadora joven (hasta los 40 años), pero no en el grupo de adultos maduros y mayores. Así, el 20% de las personas de 15 a 39 años que prestan cuidados a otros miembros del hogar fuma a diario más de 5 cigarrillos, frente al 17,4% de quienes no cuidan a otras personas. En cambio, entre las personas de 40 a 64 años, el 16,4% de las que prestan cuidados fuman, en comparación al 17,8% de las que no son cuidadoras, y entre las personas mayores de 65 años sucede lo mismo: fuman diariamente el 6,3% de quienes no ejercen como cuidadoras y un 4,2% de quienes sí lo hacen (Gráfico 42).

El hecho de prestar cuidados más intensos, con posible sobrecarga, tiene por otra parte un efecto más uniforme en el consumo de tabaco, incrementando la prevalencia del consumo diario en prácticamente todos los grupos (Gráfico 43). Por un lado, las diferencias observadas anteriormente se acentúan para las mujeres y las personas jóvenes, de manera que hasta un 18,1% de las primeras y un 25,8% de las segundas fuman a diario (en comparación al 13% y 17,1%, respectivamente, entre las mujeres y personas jóvenes que no tienen sobrecarga por cuidados). Por otro lado, entre las personas adultas mayores de 40 años, desaparece la tendencia a un menor consumo por parte de la población cuidadora a la que se ha hecho referencia anteriormente, de manera que, cuando existe sobrecarga de cuidados se tiende a un mayor consumo también en estos grupos (el 19,7% de las personas entre 40 y 64 años con sobrecarga por cuidados y el 6% de las mayores de 65 años en la

misma situación fuman a diario, en comparación con un 17% y 6,2%, respectivamente, de las que no padecen sobrecarga por cuidados).

Gráfico 42. Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la asunción de tareas de cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)

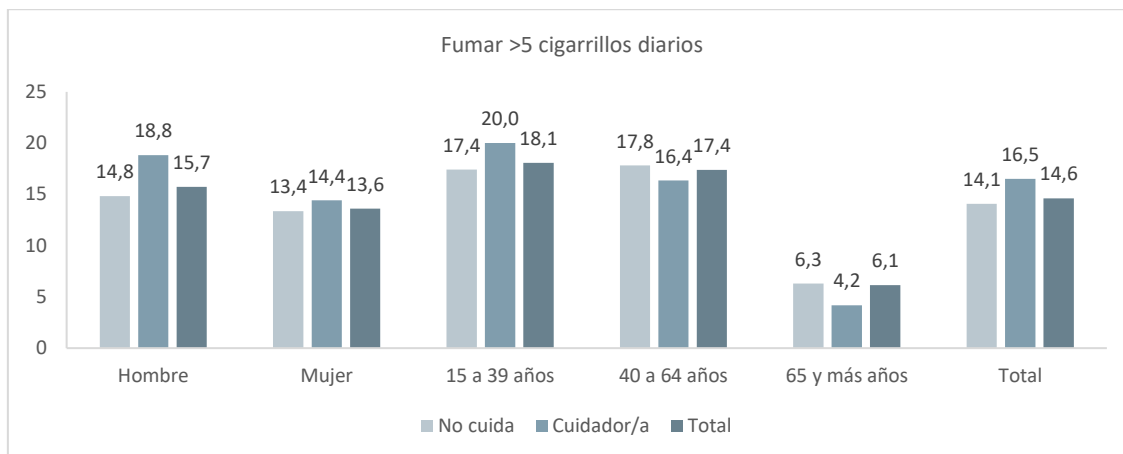
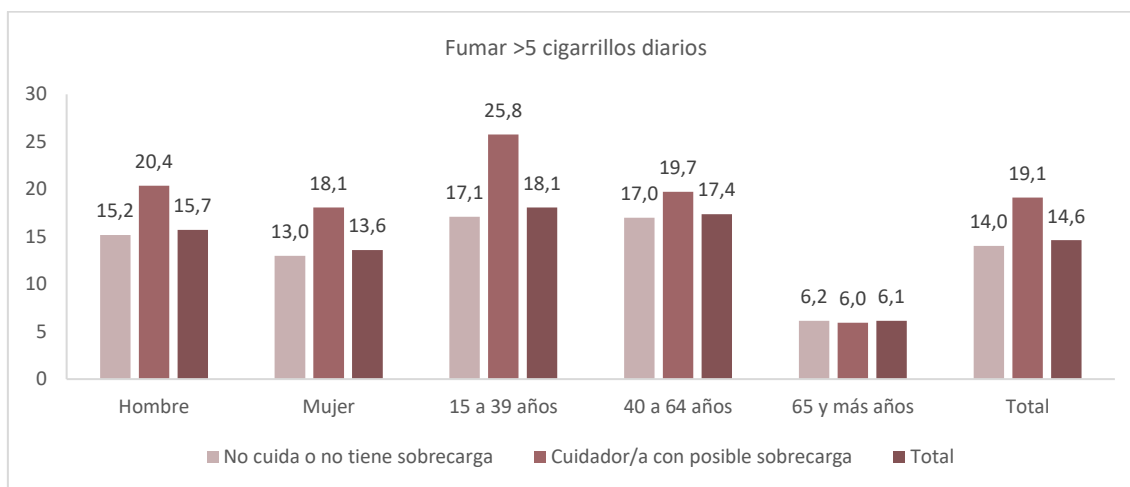


Gráfico 43. Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la existencia de sobrecarga por cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)



Para valorar si las diferencias que se observan en el consumo de tabaco en función de la asunción de roles de cuidado son independientes del sexo y la edad se ha recurrido al análisis de regresión logística. Los resultados del modelo que incluye la variable "cuidador" indican que, una vez se tienen en cuenta el sexo y la edad, la asunción de responsabilidades de cuidado en general no influye en el consumo diario de tabaco (Anexo 9).

Por el contrario, sí se obtienen efectos estadísticamente significativos para la variable "posible sobrecarga por cuidados" (Anexo 10), que indican una mayor probabilidad de consumo diario de tabaco para las personas que ejercen labores de cuidado de personas menores de edad o adultas con cierta intensidad y posible sobrecarga. Controlando el efecto del sexo y la edad, las personas con posible sobrecarga por cuidados tendrían, de acuerdo con los resultados, una probabilidad un

54% mayor de consumir tabaco a diario (OR=1,541), siendo este efecto estadísticamente significativo ($p=0,014$).

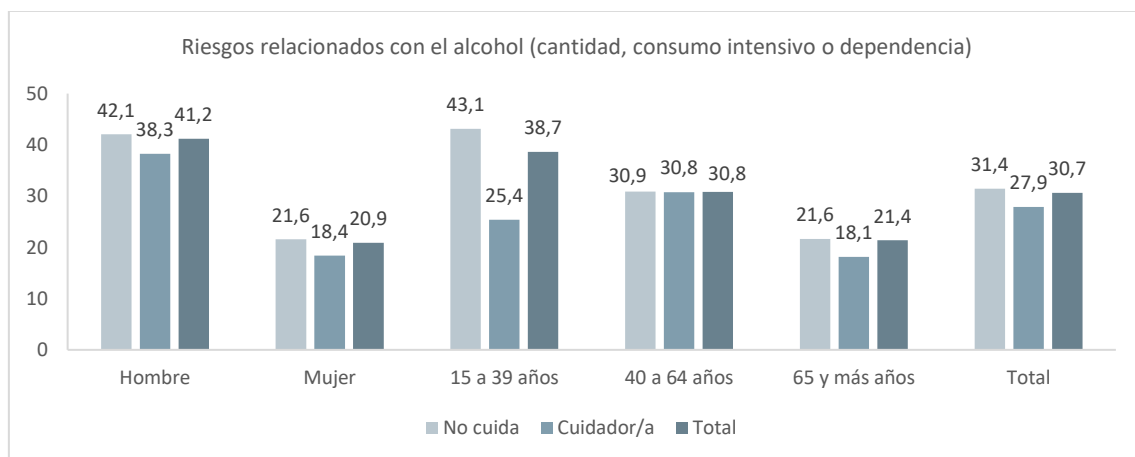
5.2.2. Consumo de alcohol, cuidados, sexo y edad

Tal y como se ha señalado, la asunción de roles de cuidado parece ejercer un efecto de moderación en el consumo de alcohol, con lo que la prevalencia de conductas de riesgo —ya sea por la cantidad media de alcohol ingerida, por el hecho de realizar consumos intensivos o por el riesgo de desarrollar síndrome de dependencia al alcohol— es más reducida en la población que presta cuidados (27,9%), en comparación con quienes no tienen responsabilidades de cuidado (31,4%).

En el Gráfico 44 se recogen las prevalencias de consumo de alcohol de riesgo en función de la asunción de tareas de cuidado, desagregadas por sexo y por grupos de edad. Aparentemente, el efecto protector de ejercer el rol de cuidador/a se da en todos los grupos, pero de forma mucho más llamativa en la población joven y adulta de entre 15 y 39 años. En este grupo de edad, hasta un 43% de las personas sin responsabilidades de cuidado respecto a miembros de su hogar han adoptado conductas de riesgo en relación con el consumo de alcohol, frente a solamente el 25% de las personas de la misma edad con responsabilidades respecto al cuidado.

En relación con el sexo, al margen de la menor prevalencia de consumos de riesgo entre las mujeres —el porcentaje de hombres que asumen este tipo de conductas en relación con el alcohol (41,2%) es prácticamente el doble que entre las mujeres (20,9%)—, el efecto protector que supone el tener responsabilidades de cuidado se da tanto entre los hombres como entre las mujeres, reduciendo la prevalencia en 3,8 y 3,2 puntos porcentuales, respectivamente.

Gráfico 44. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al consumo de alcohol en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la asunción de tareas de cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)

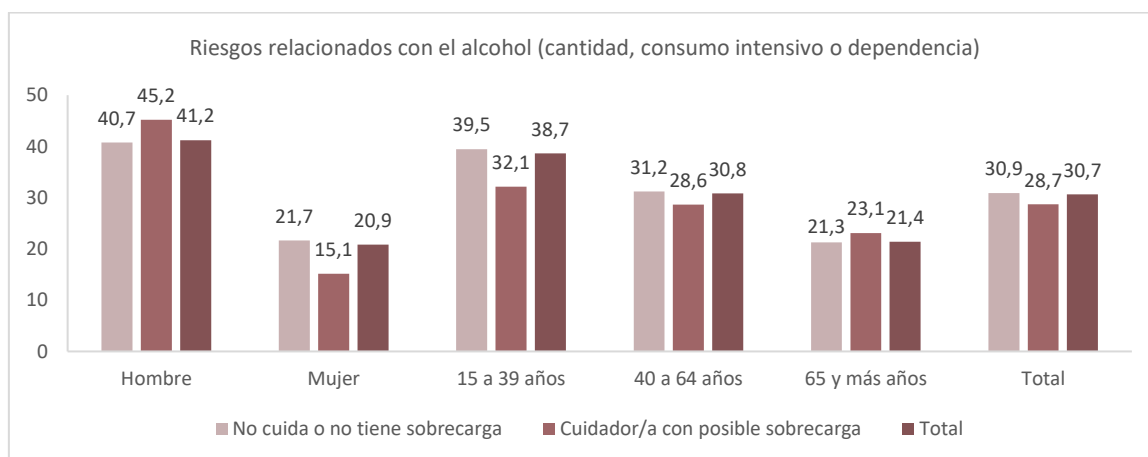


Pasando a analizar los consumos de riesgo en función de la variable que indicaría una posible sobrecarga por cuidados, se aprecia una situación diferente (Gráfico 45): el efecto protector de asumir este rol no se observa entre los hombres y las personas mayores de 65 años. Al contrario, en estos grupos, las personas que podrían tener una posible sobrecarga de cuidados tienen prevalencias más altas que quienes no cuidan o lo hacen sin tanta intensidad.

Entre los hombres, el 45,2% de quienes cuidan y podrían estar sobrecargados consumen alcohol por encima de los umbrales de bajo riesgo, frente al 40,7% de quienes no cuidan o no tienen esa sobrecarga de cuidados. Para las mujeres, en cambio, el ejercer el rol de cuidadoras, incluso con posible sobrecarga, mantiene el efecto protector frente a consumos que superan los umbrales de bajo riesgo.

Entre las personas mayores de 65 años, consumen por encima de los niveles recomendados el 23,1% de las personas que cuidan de otras personas y el 21,3% de quienes no tienen responsabilidades de cuidado o cuidan con menor intensidad. En cambio, entre las personas adultas de 40 a 64 años y sobre todo entre las más jóvenes, de 15 a 39 años, la asunción del rol de cuidadoras mantiene su efecto protector, reduciendo la prevalencia de consumos que superan los umbrales de bajo riesgo, del 31,2% al 28,6% en el primer grupo, y del 39,5% al 32,1% en el segundo.

Gráfico 45. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas al consumo de alcohol en la población de 15 y más años de Euskadi, en función de la asunción de tareas de cuidados (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)



Los análisis de regresión con los que se ha modelado la adopción de prácticas de riesgo relacionadas con el alcohol a partir del sexo, la edad y la situación de la persona respecto a los cuidados que presta a otros miembros del hogar confirman que los roles de género vinculados al cuidado ejercen un efecto sobre el consumo de alcohol que es independiente del sexo y la edad. Concretamente, se aprecia lo siguiente:

- El tener responsabilidades de cuidado reduce la probabilidad de consumos de alcohol que superen los umbrales de bajo riesgo (Anexo 11). Este efecto protector es estadísticamente significativo ($p < 0,01$) e independiente del sexo (el efecto de interacción con la variable sexo no resulta significativo) pero sí difiere con la edad. En este sentido, los resultados indican que el efecto protector desaparece cuando se considera a la población de 40 a 64 años, de manera que, en este grupo, las personas cuidadoras y no cuidadoras tienen aproximadamente el mismo riesgo.
- Cuando las responsabilidades de cuidado son más intensas (Anexo 12), los modelos indican un efecto independiente de la edad, pero no del sexo. Para las mujeres, el cuidado, incluso cuando supone una posible sobrecarga, reduce la probabilidad de consumir alcohol por encima de los umbrales de bajo riesgo, y este efecto es estadísticamente significativo ($OR = 0,541$, $p = 0,015$); en los hombres, en cambio, el efecto es el contrario, la sobrecarga asociada a los consumos tiende a incrementar la probabilidad de consumo por encima de

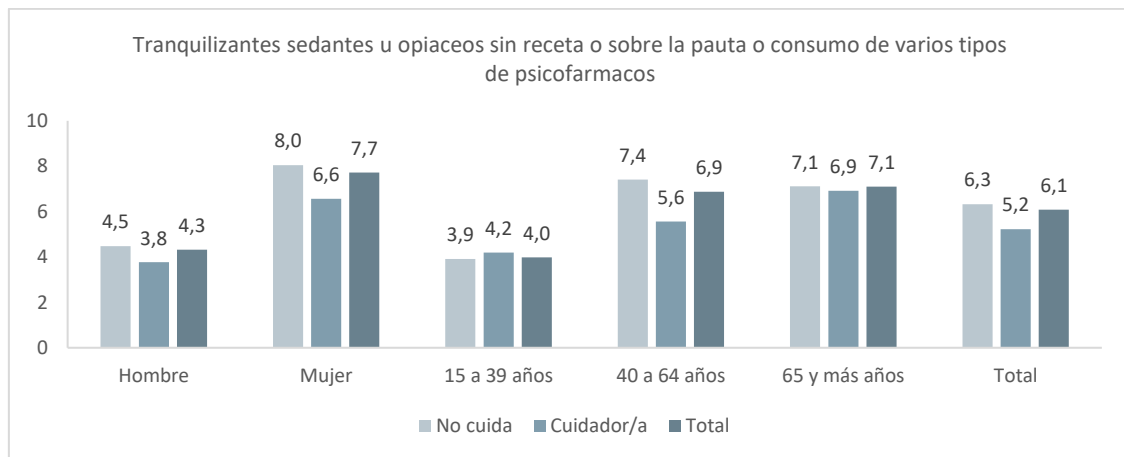
niveles de bajo riesgo, aunque el efecto no resulta estadísticamente significativo (OR =1,09, p=0,663).

5.2.3. Consumo de psicofármacos, cuidados, sexo y edad

Por lo que se refiere al consumo de psicofármacos sin receta, sobre la pauta indicada por prescripción médica o combinando varios tipos de fármacos en el último año, la prevalencia es del 6,1% considerando toda la población de 15 y más años, con importantes diferencias por sexo (4,3% en hombres y 7,7% en mujeres) y también por edad (4% en personas de 15 a 39 años, 6,9% en personas de 40 a 64 años y 7,1% en personas mayores de 65 años).

Las personas que cuidan de otros miembros del hogar, menores o adultos dependientes, tienen en general prevalencias más reducidas de estos consumos (Gráfico 46), salvo entre las personas jóvenes de 15 a 39 años, para quienes la prevalencia es similar, incluso algo mayor entre las personas con responsabilidades de cuidado (4,2% en este grupo y 3,9% entre las personas de la misma edad sin ese rol). En el resto de los grupos, la prevalencia de estos consumos es, como se ha dicho, ligeramente menor en las personas que cuidan: el 4,5% de los hombres sin responsabilidades de cuidado han consumido sin receta, fuera de pauta o combinando fármacos en el último año, frente al 3,8% entre los hombres con responsabilidades de cuidado. Entre las mujeres, también se da esta diferencia: el 8% de las que no refieren responsabilidades de cuidado han consumido, frente al 6,6% entre las que sí tienen que hacerse cargo de los cuidados a otras personas.

Gráfico 46. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos* en la población de 15 y más años de Euskadi en función de la asunción de tareas de cuidados, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)



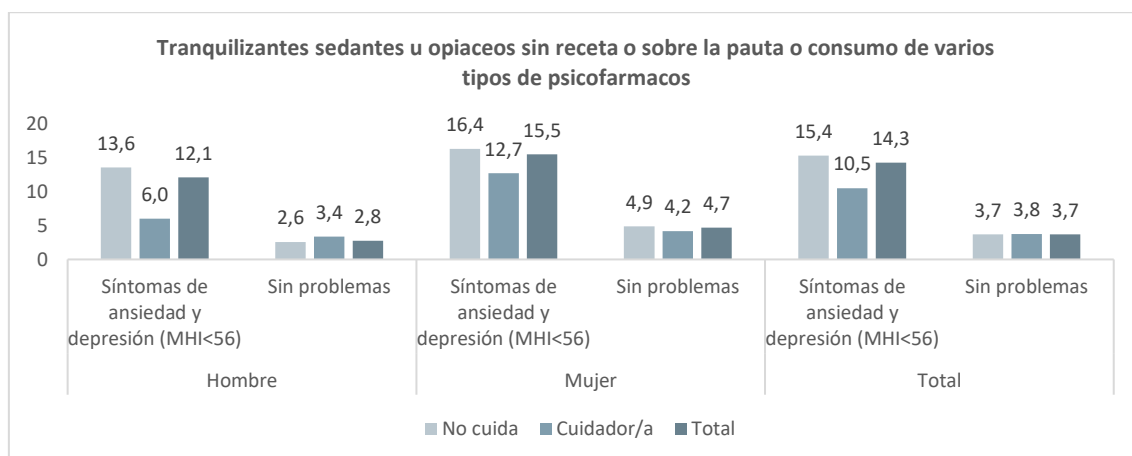
Tal y como se ha indicado al analizar las variables aproximadoras de la clase social, la variable más estrechamente relacionada con estos consumos es la presencia de síntomas de ansiedad o depresión, medida con la escla MHI-5. Cuando se considera el estado de salud mental junto con la asunción de responsabilidades de cuidado (Gráfico 47) se aprecia que, entre las personas con posibles dificultades relacionadas con la salud mental, la prevalencia de consumos de psicofármacos fuera de pauta médica o sin receta es más frecuente entre las personas que no tienen responsabilidades de cuidado: entre los hombres, un 13,6% de quienes pueden tener síntomas de

ansiedad y depresión y no tienen responsabilidades de cuidado han realizado consumos fuera de pauta médica, frente al 6% entre quienes sí tienen responsabilidades de cuidado. Entre las mujeres con síntomas de ansiedad y depresión la prevalencia de consumos de riesgo se reduce del 16,4% entre quienes no tienen que prestar cuidados, al 12,7% entre quienes sí los prestan.

Entre las personas sin síntomas de ansiedad o depresión, las diferencias entre personas que cuidan y las que no asumen este rol son apenas inexistentes, y parecen variar en función del sexo, de manera que entre los hombres sin dificultades de salud mental los que cuidan tienen consumos de riesgo con mayor frecuencia que quienes no prestan cuidados (3,4% y 2,6% respectivamente), mientras que entre las mujeres sucede lo contrario: las que cuidan de otras personas tienen una prevalencia menor (4,2%) en comparación a las que no ejercen este rol (4,9%).

Los modelos de regresión logística elaborados para verificar estos resultados (Anexo 13) indican, no obstante, que una vez tenidos en cuenta el sexo y la edad, la situación en relación con los cuidados no tiene un efecto independiente, estadísticamente significativo, sobre los consumos de riesgo de psicofármacos.

Gráfico 47. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos* en la población de 15 y más años de Euskadi en función de la asunción de tareas de cuidados, por sexo y estado de salud mental (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)



En relación con la existencia de una posible sobrecarga por cuidados, y cómo afecta a los consumos de riesgo vinculados a los psicofármacos (Gráfico 48) los resultados de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi indican que puede ser un factor de riesgo para algunos grupos, en particular los hombres, las personas cuidadoras jóvenes y las personas mayores, aunque los resultados deben considerarse con cautela, debido al reducido tamaño de la muestra en algunos grupos (por ejemplo personas cuidadoras jóvenes, hombres, etc.).

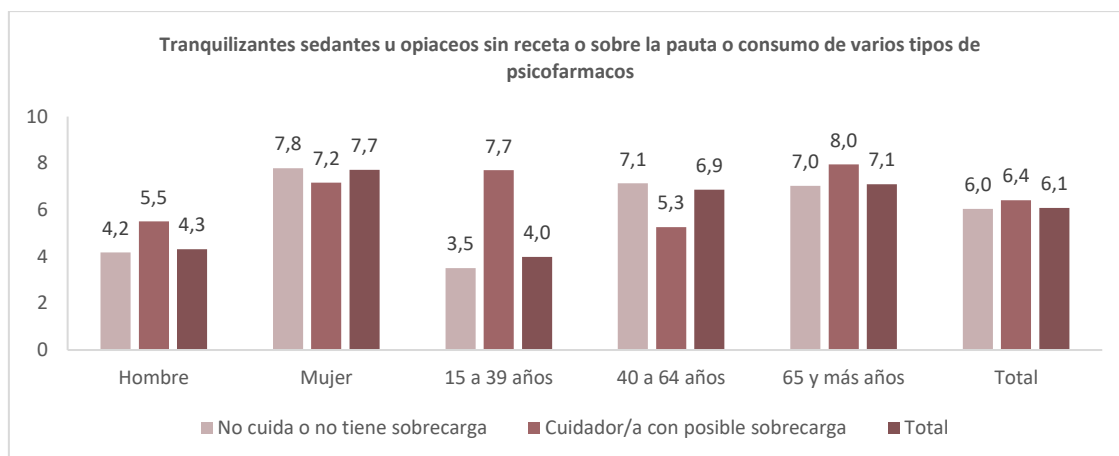
De acuerdo con los datos, entre los hombres, la prevalencia de consumo de psicofármacos fuera de pauta médica o combinando varios fármacos es del 5,5% cuando se considera a hombres con una posible sobrecarga por cuidados, y algo más baja, del 4,2% entre los que no tienen responsabilidades respecto al cuidado o no tienen sobrecarga.

Entre las personas jóvenes por otra parte, el impacto de la sobrecarga de cuidados es aparentemente mayor, dado que la prevalencia de consumos de riesgo en la población con sobrecarga (7,7%) duplica la de la población de la misma edad que no tiene esta sobrecarga (3,5%).

Por último, entre las personas mayores de 65 años también se observa el mismo efecto, que la sobrecarga por cuidados tiende a incrementar la prevalencia de consumos de riesgo de psicofármacos, aunque las diferencias son menores que en el caso de las personas jóvenes: un 8% de las personas mayores con posible sobrecarga de cuidados consumen sin receta o fuera de pauta médica, frente al 7% entre quienes no padecen esta sobrecarga.

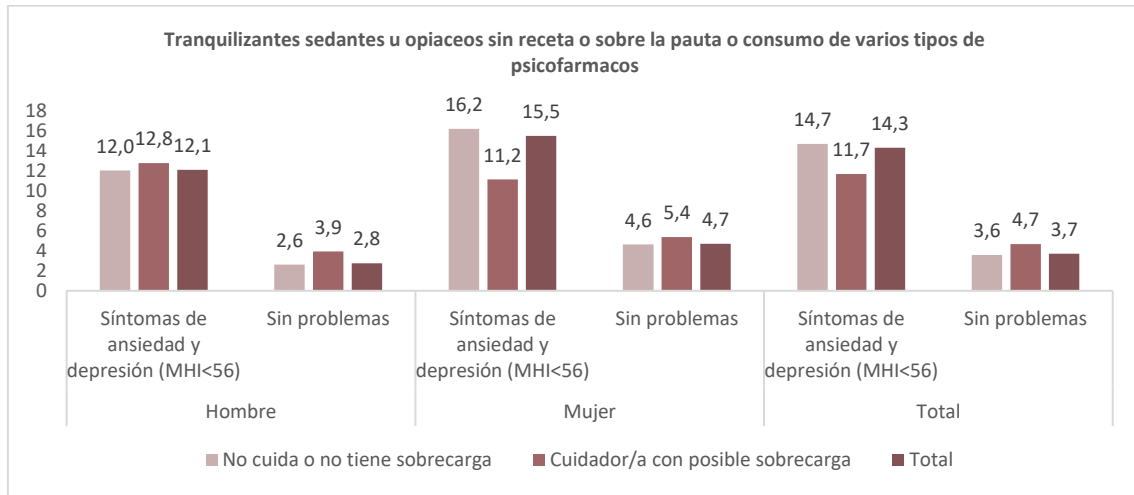
Es necesario tener en cuenta, no obstante, que la mayoría de las personas que ejercen cuidados con esta intensidad son mujeres, particularmente cuando nos referimos a personas jóvenes o mayores que ejercen el rol de cuidadoras. Dado que las mujeres son, en general, más propensas al consumo de psicofármacos que los hombres, el efecto tan llamativo en el grupo de edad más joven puede deberse a la mayor presencia de mujeres en el grupo con sobrecarga por cuidados.

Gráfico 48. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos* en la población de 15 y más años de Euskadi en función de la existencia de una posible sobrecarga de cuidados, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)



Cuando se considera la presencia de síntomas de ansiedad y depresión junto con la existencia de una posible sobrecarga por cuidados y el sexo (Gráfico 49), se aprecia que la sobrecarga por cuidados incrementa el consumo de riesgo de psicofármacos particularmente entre las personas sin síntomas de ansiedad o depresión y también entre los hombres que tienen este tipo de síntomas.

Gráfico 49. Prevalencia de conductas de riesgo vinculadas a los psicofármacos* en la población de 15 y más años de Euskadi en función de la existencia de una posible sobrecarga de cuidados, por sexo y presencia de síntomas de ansiedad o depresión (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)



Para tratar de desentrañar estos efectos se han llevado a cabo análisis de regresión logística, modelando el consumo de riesgo de psicofármacos en función del sexo, la edad, el estado de salud mental y la existencia de una posible sobrecarga de cuidados (Anexo 14). Los resultados del modelo indican lo siguiente:

- Entre los hombres jóvenes (categoría de referencia en el modelo), el tener una posible sobrecarga por cuidados incrementa la probabilidad de consumos de riesgo. El efecto resulta estadísticamente significativo ($p < 0,05$) cuando se controla el sexo y se mantiene marginalmente significativo ($p = 0,053$) cuando se considera el estado de salud mental.
- El efecto de interacción entre el sexo y la variable de sobrecarga por cuidados no resulta significativo, indicando que el efecto de la sobrecarga por cuidados no difiere significativamente por sexos, una vez se tienen en cuenta la edad y el estado de salud mental. En todo caso, los resultados sugieren una moderación del efecto entre las mujeres.
- La interacción entre la edad y la sobrecarga por cuidados, en cambio, resulta marginalmente significativa para el grupo de 40 a 64 años ($p = 0,078$), lo que indica que el efecto es menor que en el grupo de 15 a 39 años. De hecho, teniendo en cuenta el intervalo de confianza de las estimaciones, se puede decir que, en este grupo de edad, no hay diferencias entre las personas que podrían padecer sobrecarga por cuidados y las que no cuidan o lo hacen de manera menos intensa.
- Consideradas todas las variables, el estado de salud mental es la que más estrechamente se relaciona con en el consumo de riesgo de psicofármacos, cuadruplicando, de media, la probabilidad de este tipo de consumos ($OR = 4,205$, $p < 0,01$).

5.2.4. Uso compulsivo de internet, cuidados, sexo y edad

Como se ha indicado, las personas que, de acuerdo con el cuestionario *Compulsive Internet Use Scale*, presentan indicios de hacer un uso compulsivo de esta herramienta son mayoritariamente

jovenes, lo que implica que, en principio, debería ser una conducta menos prevalente en la población que presta cuidados, siendo ésta una población mayoritariamente madura.

Los datos de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi 2023 (gráfico 50) confirman una menor prevalencia de posibles problemas derivados del uso de internet en la población con responsabilidades de cuidado (3,2%), frente a la población sin este tipo de responsabilidades (4,7%). Se aprecia también que la prevalencia es mucho mayor en personas jóvenes (11,8% en el grupo de 15 a 39 años), en comparación con la que se da en la población madura (2% en el grupo de 40 a 64 años) y que las mayores diferencias en función de los roles de género como el cuidado se dan también en este grupo: el 13,5% de las personas jóvenes hasta 40 años sin responsabilidades de cuidado podrían estar haciendo un uso compulsivo de internet, frente a prácticamente la mitad (7%) entre las personas de la misma edad con responsabilidades de cuidado.

Gráfico 50. Prevalencia del posible uso compulsivo de internet en la población de 15 y más años, en función de la asunción de tareas de cuidados, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)

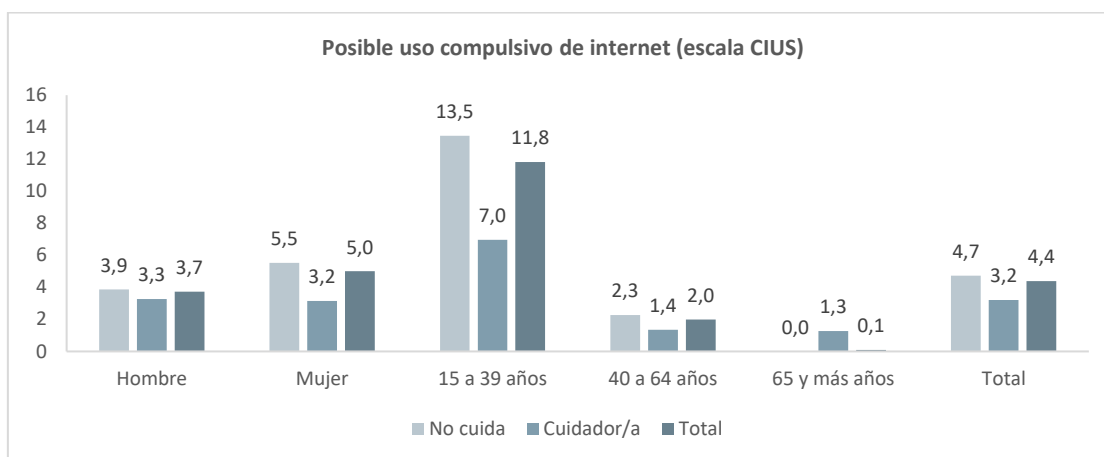
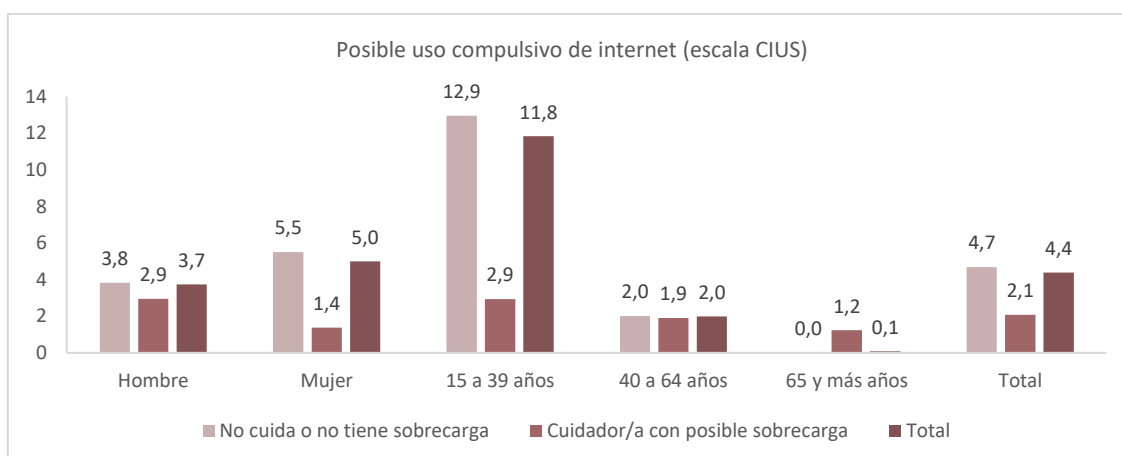


Gráfico 51. Prevalencia del posible uso compulsivo de internet en función de la existencia de una posible sobrecarga por cuidados, por sexo y grupos de edad (%). CAE, 2023 (N=1.908.568)



Al considerar una dedicación más intensa a los cuidados (Gráfico 51) las diferencias se acentúan aún más, de manera que las personas que cuidan con cierta intensidad tienen una prevalencia mucho menor, particularmente entre las mujeres y en el grupo de población más joven. Entre ellas,

el 5,5% de las que no padecen sobrecarga relacionada con los cuidados podría estar haciendo un uso compulsivo de internet, frente al 1,4% entre aquellas que tienen una dedicación relativamente intensa al cuidado. Entre los hombres también se aprecia una diferencia, aunque mucho menor, reduciéndose del 3,8% al 2,9% entre los que prestan cuidados intensos.

En todo caso, y con la cautela debida al reducido tamaño de la muestra en algunos de los grupos, los datos sugieren que la asociación entre la dedicación al cuidado y el uso compulsivo de internet depende totalmente de la edad: aparentemente, la dedicación intensa al cuidado tiene un efecto protector en la población más joven (hasta 40 años), reduciendo la prevalencia de uso compulsivo a una cuarta parte (del 12,9% en población sin sobrecarga, al 2,9% en la población con posible sobrecarga). En la población madura de 40 a 64 años (la población que presta cuidados mayoritariamente) no parece tener un efecto significativo en el uso compulsivo de internet y entre las personas mayores, tendría en todo caso el efecto opuesto, con una mayor prevalencia (1,3%) entre las personas que prestan cuidados intensos.

Los análisis de regresión logística generalizada sobre la variable “posible uso compulsivo de internet”, en función del sexo, la edad y las variables relativas al cuidado (Anexo 15 y Anexo 16) indican que el efecto protector de los roles de cuidado sobre el uso compulsivo de internet es independiente del sexo y la edad.

Para la variable que indica si la persona presta cuidados (Anexo 15), los resultados indican que, controlando el sexo y la edad, la probabilidad de uso compulsivo es, de media, un 45% menor entre las personas que prestan cuidados, y el efecto es estadísticamente significativo ($OR=0,553$, $p<0,05$). Teniendo en cuenta la edad y el estatus frente a los cuidados, las mujeres tendrían una probabilidad casi 1,7 veces mayor que los hombres de realizar un uso compulsivo de esta herramienta.

Para la variable que indica una posible sobrecarga por cuidados (Anexo 16), el efecto también resulta significativo, pero solamente para la población joven (hasta 40 años). En este grupo, una dedicación intensa a los cuidados reduce el riesgo de uso compulsivo de internet significativamente ($OR=0,222$, $p=0,012$). Considerando el resto de la población a partir de 40 años, el efecto de interacción indica que el efecto es significativamente distinto en este grupo ($p=0,02$). De hecho, considerando los intervalos de confianza que se obtienen, se puede decir que la dedicación intensa a los cuidados no tiene efecto en este grupo.

6. CONCLUSIONES

El análisis de las conductas de riesgo vinculadas al consumo de drogas legales y al uso de internet en Euskadi pone de manifiesto la relevancia de los determinantes sociales y de género en la configuración de los patrones de consumo y en la distribución de sus consecuencias sobre la salud. Lejos de ser fenómenos individuales o meramente conductuales, los consumos de riesgo se insertan en un entramado de desigualdades estructurales relacionadas con la posición socioeconómica, el género y las condiciones materiales y emocionales de vida.

En primer lugar, los resultados confirman la existencia de gradientes sociales en las conductas de riesgo. Las personas con menor nivel educativo y mayores dificultades económicas presentan prevalencias más elevadas de consumo de tabaco y psicofármacos, mientras que el consumo de alcohol y el uso problemático de internet son más frecuentes entre los grupos con niveles socioeconómicos medios y altos. Estas diferencias expresan no solo desigualdades en el acceso o la exposición, sino también en las formas de afrontamiento del malestar y en la disponibilidad de recursos personales y sociales.

En segundo lugar, se observan desigualdades de género persistentes, tanto en la prevalencia como en los determinantes de las conductas de riesgo. Los hombres presentan todavía tasas más altas de consumo de tabaco y de alcohol, prácticas más normalizadas socialmente y asociadas a espacios de ocio y socialización. En contraste, las mujeres registran un mayor consumo de psicofármacos, más vinculado a la medicalización del malestar y al afrontamiento de la carga emocional derivada de los cuidados y del estrés cotidiano. Estas diferencias evidencian que el género no actúa solo como una variable biológica o demográfica, sino como un sistema de organización social que condiciona las oportunidades, responsabilidades y estrategias de bienestar.

Asimismo, el análisis por edad muestra un patrón de riesgo diferenciado según el ciclo vital. El consumo de alcohol y tabaco es más frecuente en los grupos jóvenes y adultos, mientras que el uso de psicofármacos aumenta progresivamente con la edad, especialmente entre las mujeres. En paralelo, el uso intensivo o problemático de internet se concentra en los grupos más jóvenes, donde cumple a menudo una función de sociabilidad y evasión. Este patrón se asocia, además, con una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en este grupo, lo que sugiere una relación bidireccional entre el malestar psicológico y el uso intensivo de entornos digitales.

Otro resultado de interés se refiere a la asociación entre las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias legales y el uso de cannabis y otras drogas ilegales. Los datos indican que las personas que presentan patrones problemáticos de consumo de alcohol, tabaco o psicofármacos muestran también una mayor probabilidad de haber consumido cannabis u otras sustancias ilegales en los últimos meses. Esta relación apunta a la existencia de perfiles de vulnerabilidad compartida, donde los factores de riesgo —como el malestar psicológico, la búsqueda de alivio o la socialización en contextos de consumo— operan de manera transversal entre distintas sustancias. Lejos de tratarse de comportamientos aislados, el consumo de drogas legales y el de drogas ilegales forman parte de un continuo de riesgo, que requiere intervenciones integrales de prevención.

Un aspecto particularmente interesante, en el análisis realizado, es el papel que desempeñan los roles de género asociados a los cuidados. En general, a partir de los datos de la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, el tener responsabilidades de cuidado no parece tener un efecto significativo importante, independiente del sexo y la edad, en el consumo de tabaco y de psicofármacos sin receta o por encima de las indicaciones médicas. En cambio, se observa un efecto protector para algunas sustancias y grupos de población: por una parte, reduce el riesgo de consumos excesivos de alcohol, para personas menores de 40 años y mayores de 65 años que tienen responsabilidades de cuidado; por otra parte, los resultados sugieren también un menor riesgo de uso compulsivo de internet en la población cuidadora. Estos resultados apoyarían la hipótesis de que, en general, las responsabilidades familiares conllevan una moderación de las pautas de consumo. Resulta además de interés que ese efecto protector se da tanto en hombres como en mujeres, lo que indica que, al margen del sexo, el rol femenino ejerce un efecto de moderación, al menos respecto del uso de alcohol y de internet. Estos resultados estarían en la línea de otros estudios que indican que el rol femenino se vincula con un consumo reducido de alcohol (Patrón-Hernández et al., 2020).

Los datos muestran, al mismo tiempo, que una dedicación más intensiva al cuidado de menores, personas mayores o dependientes se asocia, en cambio, con peor salud mental y con un incremento de los consumos de riesgo en algunos grupos: por un lado, se observa mayor riesgo de consumo diario de tabaco, controlando el sexo y la edad; en hombres, se detecta además una mayor tendencia a consumos de riesgo de alcohol, aunque no alcanza significatividad estadística; por otro lado, también se incrementa la probabilidad de consumos de riesgo de psicofármacos en personas jóvenes (hasta 40 años) y en mayores de 65 años, incluso tras controlar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión.

En conjunto, los resultados ponen de manifiesto que algunas conductas de riesgo para la salud — particularmente las relacionadas con el alcohol— están relativamente extendidas y normalizadas en nuestra sociedad, lo que indicaría la necesidad de reforzar las campañas de concienciación respecto a pautas de consumo que implican un mayor riesgo para la salud. En el caso del alcohol en concreto, otros estudios han señalado la necesidad de difundir información sobre la revisión a la baja de los umbrales de bajo riesgo recomendados por las autoridades sanitarias, a la vista de que parte considerable de la población realiza consumos que superan dicho umbral (Colom & Segura-García, 2020).

A la luz de los resultados, otra línea de trabajo importante en el ámbito de la salud pública debería ser la prevención del uso compulsivo de internet, teniendo en cuenta las elevadas prevalencias obtenidas en la población joven y la asociación que se observa con una peor salud mental entre estas personas. Reforzar las estrategias preventivas, así como la detección y el abordaje del uso

compulsivo de las tecnologías desde los servicios de atención primaria de salud podría contribuir a mejorar significativamente la salud mental de este grupo de población.

Por último, el análisis realizado confirma que reducir las conductas de riesgo vinculadas a drogas legales y al uso de internet requiere estrategias de salud pública integrales y sensibles a las desigualdades sociales y de género, que incorporen la perspectiva de los cuidados, la salud mental y las condiciones socioeconómicas como elementos estructurales del riesgo. En definitiva, el estudio pone de relieve que los consumos de riesgo son también un reflejo de las desigualdades sociales y de los modelos de género vigentes. Abordarlos de forma efectiva implica no solo intervenir sobre las conductas individuales, sino también sobre las estructuras sociales que las producen y las sostienen.

BIBLIOGRAFÍA

- Bacigalupe, A., & Martín, U. (2021). Mujeres y psicofármacos. *Drogomedia Monografikoak*, n. 8. <https://www.drogomedia.com/es/monograficos/Record/559723/>
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware, J. E. J., Barsky, A. J., & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29(2), 169-176. <https://doi.org/10.1097/00005650-199102000-00008>
- Caluzzi, G. (2022). Double shifts, double trouble: Alcohol as a problematic panacea for working mothers. *International Journal of Drug Policy*.
- Calvo, M., Echeverría, C., Montoya, I., Pardillo, B., Velasco, C., & Sánchez, I. (2024). *Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2023*. Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_enc_salud_2023/es_def/adjuntos/ES_CAV23_DATOS_RELEVANTES_FINAL.pdf
- Colom, J., & Segura-García, L. (2020). [The update of the limits for low risk alcohol consumption. An opportunity for implementing strategies for early intervention and brief interventions in Spain.]. *Revista española de salud pública*, 94, e202011166.
- Departamento de Salud. (2023). *Metodología. Encuesta de Salud del País Vasco 2023*. Gobierno Vasco. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_23_metodologia/es_def/adjuntos/Metodologia-encuesta-salud-2023.pdf
- Departamento de Salud, G. V. (2024). *Principales resultados de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi 2023—Euskadiko adikzioei buruzko 2023ko inkestaren emaitza nagusiak*. Gobierno Vasco-Eusko Jaularitza. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_euskadi_drogas/es_def/adjuntos/encuesta-adicciones-euskadi-2023.pdf
- Díaz, M., Estévez, A., & Momeñe, J. (2020). Mujeres, cuidados y psicofármacos. En *Mujeres y psicofármacos* (Arostegui, E., pp. 165-188). Universidad de Deusto.
- Fernández-Carro, C., Faus-Bertomeu, A., Rodríguez-Blazquez, C., Forjaz, M. J., Bernal-Alonso, A., & Ayala, A. (2025). The Impact of Caregiving on Older Caregivers' Health: A Scoping Review. *Ageing International*, 50(2), 34.
- Firth, D. (1993). Bias reduction of maximum likelihood estimates. *Biometrika*, 80(1), 27-38.
- García Carretero, M. Á., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Delgado, J. M., & O'Ferrall González, C. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones*, 28(4), 194-204. Redalyc.
- Gobierno Vasco (ed.). (2021). Emakumeak eta psikofarmakoak = Mujeres y psicofármacos. *Drogomedia Monografikoak*, 8. http://www.siiis.net/documentos/DrogomediaMonografikoak/MD_08.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Informe sobre trastornos comportamentales 2022. Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_Trastornos_Comportamentales.pdf?utm_source=social&utm_medium=Twitter_perfil
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2024). *Monografía alcohol 2024. Consumo y consecuencias*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2024_OEDA_MonografiaAlcoholConsumoConsecuencias.pdf
- Patrón-Hernández, R., Nieto Robles, Y., & Limiñana-Gras, R. (2020). The relationship between Gender Norms and Alcohol Consumption: A Systematic Review. *Adicciones*, 32(2).
- Rospenda, K. M., Minich, L. M., Milner, L. A., & Richman, J. A. (2010). Caregiver burden and alcohol use in a community sample. *Journal of Addictive Diseases*, 29(3), 314-324. <https://doi.org/10.1080/10550887.2010.489450>

- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., Ricceri, F., d'Errico, A., Barros, H., Bochud, M., Chadeau-Hyam, M., Clavel-Chapelon, F., Costa, G., Delpierre, C., Fraga, S., Goldberg, M., Giles, G. G., Krogh, V., Kelly-Irving, M., ... Kivimäki, M. (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: A multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet (London, England)*, 389(10075), 1229-1237. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
- Vidal, C. (2024). *Energy Control 2024: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados*. Energy Control. <https://energycontrol.org/wp-content/uploads/2025/02/INFORME-OEC2024.pdf>

ANEXOS: RESULTADOS DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN

Anexo 1. Resultados de un modelo de regresión logística generalizada para la variable “Consumo de 5 cigarrillos diarios o más”. Efectos principales y de interacción de las variables sexo, grupos de edad y nivel de estudios. CAE, 2023 (n=2.527)

Parámetro	Estimación de los parámetros									
	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Chi-cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercepto)	-1,089	0,3505	-1,776	-0,402	9,654	1	0,002***	0,336	0,169	0,669
[Sexo=mujer]	0,242	0,3239	-0,393	0,876	0,556	1	0,456	1,273	0,675	2,402
[Edad=65 y más]	-2,28	0,4442	-3,151	-1,41	26,361	1	0,000***	0,102	0,043	0,244
[Edad=40 a 64]	-0,226	0,4029	-1,015	0,564	0,314	1	0,575	0,798	0,362	1,758
[Nivel de estudios=Universitarios]	-1,264	0,4336	-2,114	-0,414	8,501	1	0,004***	0,282	0,121	0,661
[Nivel de estudios=Secundarios]	-0,37	0,3699	-1,096	0,355	1,003	1	0,317	0,690	0,334	1,426
[Sexo=mujer] * [Nivel de estudios=Universitarios]	-0,03	0,4191	-0,851	0,792	0,005	1	0,943	0,971	0,427	2,207
[Sexo=mujer] * [Nivel de estudios=Secundarios]	-0,437	0,3556	-1,134	0,26	1,513	1	0,219	0,646	0,322	1,296
[Edad=65 y más] * [Nivel de estudios=Universitarios]	1,793	0,67	0,479	3,106	7,159	1	0,007***	6,005	1,615	22,325
[Edad=65 y más] * [Nivel de estudios=Secundarios]	1,333	0,5084	0,336	2,329	6,873	1	0,009***	3,792	1,400	10,272
[Edad=40 a 64] * [Nivel de estudios=Universitarios]	0,496	0,484	-0,452	1,445	1,052	1	0,305	1,643	0,636	4,242
[Edad=40 a 64] * [Nivel de estudios=Secundarios]	0,338	0,4323	-0,509	1,186	0,612	1	0,434	1,403	0,601	3,273

Anexo 2. Resultados del modelo de regresión logística generalizada para la variable “Consumo de 5 cigarrillos diarios o más” Efectos principales y de interacción de las variables sexo, grupos de edad y situación económica. CAE, 2023 (n=2.527)

Parámetro	Parameter Estimates									
	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercept)	-,830	,1877	-1,198	-,462	19,561	1	,000	,436	,302	,630
[Sexo=Mujer]	-,386	,2239	-,825	,053	2,974	1	,085	,680	,438	1,054
[Edad=65 y más]	-2,262	,4840	-3,211	-1,313	21,844	1	,000	,104	,040	,269
[Edad=40 a 64]	,038	,2292	-,411	,487	,027	1	,869	1,039	,663	1,628
[Sit. Econ.=Buena]	-,919	,3219	-1,550	-,288	8,155	1	,004	,399	,212	,750
[Sit. Econ.=Normal]	-1,079	,2345	-1,539	-,620	21,181	1	,000	,340	,215	,538
[Sexo=Mujer] * [Sit. Econ.=Buena]	,372	,3631	-,340	1,083	1,047	1	,306	1,450	,712	2,954
[Sexo=Mujer] * [Sit. Econ.=Normal]	,391	,2746	-,147	,929	2,026	1	,155	1,478	,863	2,532
[Edad=65 y más] * [Sit. Econ.=Buena]	1,415	,6099	,220	2,611	5,384	1	,020	4,118	1,246	13,610
[Edad=65 y más] * [Sit. Econ.=Normal]	1,411	,5448	,343	2,478	6,704	1	,010	4,099	1,409	11,923
[Edad=40 a 64] * [Sit. Econ.=Buena]	-,387	,4005	-1,172	,398	,933	1	,334	,679	,310	1,489
[Edad=40 a 64] * [Sit. Econ.=Normal]	,193	,2871	-,370	,755	,451	1	,502	1,213	,691	2,129

Anexo 3. Resultados del modelo de regresión logística para la variable "Riesgo por consumo de alcohol (por cantidad consumida, consumo intensivo o riesgo SDA)". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, grupos de edad y nivel de estudios. CAE, 2023 (n=2.527)

Parámetros	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercepto)	-0,218	0,0867	-0,388	-0,048	6,309	1	0,012	0,804	0,679	0,953
[Sexo=Mujer]	-0,883	0,1077	-1,094	-0,672	67,27	1	0	0,414	0,335	0,511
[Edad=65 y más]	-0,727	0,1317	-0,985	-0,468	30,418	1	0	0,484	0,374	0,626
[Edad=40 a 64]	-0,163	0,1233	-0,405	0,079	1,746	1	0,186	0,85	0,667	1,082
[Nivel de estudios=Alto]	0,678	0,1778	0,33	1,027	14,556	1	0	1,971	1,391	2,792
[Sexo=Mujer] * [Nivel de estudios=Alto]	0,12	0,1987	-0,269	0,509	0,365	1	0,546	1,128	0,764	1,664
[Edad=65 y más] * [Nivel de estudios=Alto]	-0,057	0,2877	-0,62	0,507	0,039	1	0,844	0,945	0,538	1,661
[Edad=40 a 64] * [Nivel de estudios=Alto]	-0,671	0,2177	-1,097	-0,244	9,486	1	0,002	0,511	0,334	0,784

Anexo 4. Resultados del modelo de regresión logística para la variable "Riesgo por consumo de alcohol (por cantidad consumida, consumo intensivo o riesgo SDA)". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, grupos de edad y situación económica. CAE, 2023 (n=2.527)

Parámetro	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercepto)	-0,501	0,176	-0,846	-0,156	8,116	1,000	0,004	0,606	0,429	0,855
[Sexo=Mujer]	-1,086	0,220	-1,517	-0,655	24,414	1,000	0,000	0,337	0,219	0,519
[Edad=65 y más]	-0,848	0,308	-1,451	-0,244	7,568	1,000	0,006	0,428	0,234	0,784
[Edad=40 a 64]	0,253	0,234	-0,207	0,712	1,162	1,000	0,281	1,287	0,813	2,038
[Sit. Econ=Buena]	0,706	0,259	0,198	1,215	7,410	1,000	0,006	2,026	1,219	3,370
[Sit. Econ=Normal]	0,497	0,200	0,105	0,888	6,190	1,000	0,013	1,643	1,111	2,430
[SEXO=Mujer] * [Sit. Econ=Buena]	0,005	0,291	-0,565	0,575	0,000	1,000	0,986	1,005	0,568	1,778
[Sexo=Mujer]*[Sit. Econ=Normal]	0,481	0,248	-0,005	0,966	3,762	1,000	0,052	1,617	0,995	2,628
[Edad=65 y más] * [Sit. Econ=Buena]	0,484	0,387	-0,274	1,242	1,564	1,000	0,211	1,622	0,760	3,463
[Edad=65 y más] * [Sit. Econ=Normal]	-0,293	0,345	-0,970	0,384	0,720	1,000	0,396	0,746	0,379	1,468
[Edad=40 a 64] * [Sit. Econ=Buena]	-0,551	0,333	-1,204	0,101	2,740	1,000	0,098	0,576	0,300	1,107
[Edad=40 a 64] * [Sit. Econ=Normal]	-0,814	0,269	-1,341	-0,288	9,189	1,000	0,002	0,443	0,262	0,750

Anexo 5. Resultados del modelo de regresión logística generalizada para la variable "Conducta de riesgo relacionada con psicofármacos*". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, edad (continua), estado de salud mental y nivel de estudios bajo. CAE, 2023 (n=2.527)

Parameter	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
Intercepto	-4,341	0,267	-4,864	-3,818	264,738	1	0,000	0,013	0,008	0,022
Edad (continua)	0,012	0,004	0,003	0,020	7,058	1	0,008	1,012	1,003	1,021
Sexo=Mujer	0,384	0,190	0,012	0,756	4,087	1	0,043	1,468	1,012	2,129
[MHI< 56]	1,654	0,216	1,230	2,078	58,501	1	0,000	5,227	3,421	7,986
[Nivel de estudios=Sin estudios o primarios]	0,648	0,309	0,043	1,253	4,402	1	0,036	1,911	1,044	3,501
[Nivel de estudios=Sin estudios o primarios]* [MHI< 56]	-0,849	0,400	-1,633	-0,064	4,499	1	0,034	0,428	0,195	0,938

Anexo 6. Resultados del modelo de regresión logística generalizada para la variable "Conducta de riesgo relacionada con psicofármacos*". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, edad (continua), presencia de síntomas de ansiedad y depresión y nivel de estudios alto. CAE, 2023 (n=2.527)

Parameter	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercepto)	-4,12	0,2658	-4,641	-3,599	240,216	1	0	0,016	0,01	0,027
EDADN	0,013	0,0038	0,006	0,021	12,809	1	0	1,014	1,006	1,021
[Sexo=Mujer]	0,406	0,1909	0,031	0,78	4,514	1	0,034	1,5	1,032	2,181
[MHI<56]	1,167	0,2069	0,762	1,573	31,839	1	0	3,213	2,142	4,82
[Nivel de estudios=Alto]	-0,773	0,3665	-1,492	-0,055	4,454	1	0,035	0,461	0,225	0,946
[MHI<56]*[Nivel de estudios=Alto]	1,191	0,4593	0,29	2,091	6,718	1	0,01	3,289	1,337	8,092

Anexo 7. Resultados del modelo de regresión logística generalizada para la variable "Posible uso compulsivo de internet". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, edad (continua) y nivel de estudios alto. CAE, 2023 (n=2.527)

Parámetro	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercepto)	0,074	0,2512	-0,418	0,566	0,087	1	0,769	1,077	0,658	1,762
[Sexo=Mujer]	0,462	0,1764	0,116	0,807	6,843	1	0,009	1,586	1,123	2,242
Edad (continua)	-0,093	0,009	-0,111	-0,076	108,238	1	0,000	0,911	0,895	0,927
[Nivel de estudios=Alto]	0,473	0,1956	0,089	0,856	5,844	1	0,016	1,604	1,094	2,354

Anexo 8. Resultados del modelo de regresión logística generalizada para la variable "Posible uso compulsivo de internet". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, edad (continua) y situación económica. CAE, 2023 (n=2.527)

Parameter	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercept)	-0,703	0,3908	-1,469	0,063	3,235	1	0,072	0,495	0,230	1,065
[Sexo=Mujer]	0,533	0,1746	0,191	0,876	9,324	1	0,002	1,704	1,210	2,400
Edad (continua)	-0,089	0,0082	-0,105	-0,073	117,655	1	0,000	0,915	0,901	0,930
[Sit. econ=Mala]	1,196	0,3331	0,543	1,849	12,895	1	0,000	3,308	1,722	6,354
[Sit. Econ=Normal]	0,744	0,3061	0,144	1,344	5,904	1	0,015	2,104	1,155	3,833

Anexo 9. Resultados de regresión logística generalizada para la variable "Consumo de 5 o más cigarrillos diarios". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, grupos de edad y asunción de roles de cuidado. CAE, 2023 (n=2.527)

Parámetro	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercepto)	-1,632	0,1042	-1,836	-1,428	245,393	1	0	0,196	0,159	0,24
[Sexo=Mujer]	-0,127	0,1169	-0,356	0,102	1,183	1	0,277	0,881	0,7	1,107
[Edad=65 y más años]	-1,117	0,1872	-1,484	-0,751	35,633	1	0	0,327	0,227	0,472
[Edad=40 a 64 años]	0,109	0,1275	-0,141	0,359	0,731	1	0,393	1,115	0,869	1,432
[Cuidador/a]	0,111	0,1439	-0,17	0,393	0,6	1	0,438	1,118	0,843	1,482

Anexo 10. Resultados de regresión logística generalizada para la variable "Consumo de 5 o más cigarrillos diarios". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, grupos de edad y existencia de posible sobrecarga de cuidados. CAE, 2023 (n=2.527)

Parámetro	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercepto)	-1,861	0,0851	-2,028	-1,694	478,481	1	0	0,156	0,132	0,184
[Sexo=Mujer]	-0,128	0,1169	-0,357	0,101	1,207	1	0,272	0,88	0,699	1,106
Edad (continua, centrada en la media)	-0,014	0,0023	-0,018	-0,009	34,902	1	0	0,986	0,982	0,991
[Posible sobrecarga por cuidados]	0,432	0,1765	0,086	0,778	5,992	1	0,014	1,541	1,09	2,177

Anexo 11. Resultados de regresión logística generalizada para la variable "Consumo de riesgo de alcohol (por cantidad consumida, consumo intensivo o riesgo SDA)". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, grupos de edad y asunción de roles de cuidado. CAE, 2023 (n=2.527)

Parámetro	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercepto)	-0,697	0,0895	-0,872	-0,522	60,732	1	0,000	0,498	0,418	0,593
[Sexo=Hombre]	0,792	0,0886	0,618	0,965	79,94	1	0,000	2,207	1,856	2,626
[Edad=65 y más]	-0,963	0,1194	-1,197	-0,729	65,14	1	0,000	0,382	0,302	0,482
[Edad=40 a 64]	-0,501	0,1163	-0,729	-0,273	18,576	1	0,000	0,606	0,482	0,761
[Cuidador/a]	-0,852	0,1906	-1,225	-0,478	19,966	1	0,000	0,427	0,294	0,62
[Cuidador/a] * [Edad=65 y más]	0,595	0,4309	-0,249	1,44	1,907	1	0,167	1,813	0,779	4,219
[Cuidador/a] * [Edad=40 a 64]	0,882	0,2529	0,386	1,377	12,151	1	0,000	2,415	1,471	3,964

Anexo 12. Resultados de regresión logística generalizada para la variable "Consumo de riesgo de alcohol (por cantidad consumida, consumo intensivo o riesgo SDA)". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, grupos de edad y existencia de posible sobrecarga de cuidados. CAE, 2023 (n=2.527)

Parámetro	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercept)	-1,122	0,0661	-1,252	-0,992	287,765	1	0,000	0,326	0,286	0,371
[Sexo=Hombre]	0,733	0,0922	0,552	0,914	63,209	1	0,000	2,082	1,738	2,494
Edad (continua, centrada en la media)	-0,017	0,002	-0,02	-0,013	67,568	1	0,000	0,984	0,98	0,987
[Sobrecarga por cuidados]	-0,61	0,2529	-1,105	-0,114	5,813	1	0,016	0,543	0,331	0,892
[Sobrecarga por cuidados] * [Sexo=Hombre]	0,705	0,3271	0,064	1,346	4,648	1	0,031	2,024	1,066	3,844

Anexo 13. Resultados del modelo de regresión logística generalizada para la variable "Conducta de riesgo relacionada con psicofármacos*". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, grupos de edad, salud mental y asunción de roles de cuidado. CAE, 2023 (n=2.527)

Parámetro	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercepto)	-4,014	0,2220	-4,449	-3,579	327,070	1	0,000	0,018	0,012	0,028
[Sexo=Mujer]	0,410	0,1885	0,041	0,780	4,732	1	0,030	1,507	1,041	2,181
[Edad=65 y más]	0,672	0,2280	0,225	1,119	8,694	1	0,003	1,958	1,253	3,062
[Edad=40 a 64]	0,681	0,2265	0,237	1,125	9,049	1	0,003	1,976	1,268	3,081
[MHI<56]	1,435	0,1828	1,076	1,793	61,585	1	0,000	4,198	2,934	6,007
[Cuidador/a]	-0,170	0,2479	-0,656	0,315	0,473	1	0,492	0,843	0,519	1,371

Anexo 14. Resultados del modelo de regresión logística generalizada para la variable "Conducta de riesgo relacionada con psicofármacos*". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, grupos de edad, salud mental y existencia de posible sobrecarga de cuidados. CAE, 2023 (n=2.527)

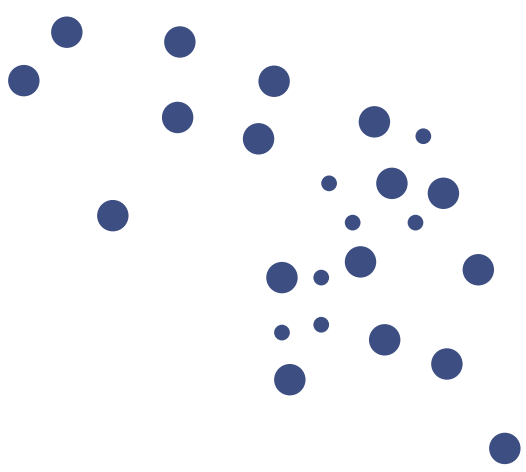
Parámetro	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercept)	-4,167	0,2393	-4,636	-3,698	303,364	1	0	0,015	0,01	0,025
[Sexo=Muejr]	0,44	0,2002	0,048	0,833	4,833	1	0,028	1,553	1,049	2,299
[Edad=65 y más]	0,804	0,243	0,327	1,28	10,932	1	0,001	2,233	1,387	3,596
[Edad=40 a 64]	0,799	0,2401	0,329	1,27	11,079	1	0,001	2,223	1,389	3,559
[MHI<56]	1,436	0,1846	1,075	1,798	60,561	1	0	4,205	2,929	6,038
[Sobrecarga por cuidados]	1,112	0,5749	-0,014	2,239	3,744	1	0,053	3,042	0,986	9,387
[Sexo=Mujer] * [Sobrecarga por cuidados]	-0,302	0,5857	-1,449	0,846	0,265	1	0,607	0,74	0,235	2,331
[Edad=65 y más] * [Sobrecarga por cuidados]	-1,05	0,7544	-2,529	0,428	1,939	1	0,164	0,35	0,08	1,534
[Edad=40 a 64] * [Sobrecarga por cuidados]	-1,173	0,6664	-2,479	0,133	3,099	1	0,078	0,309	0,084	1,142

Anexo 15. Resultados del modelo de regresión logística generalizada para la variable "Posible uso compulsivo de internet". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, grupos de edad y asunción de roles de cuidado. CAE, 2023 (n=2.527)

Parámetro	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercept)	-1,990	0,133	-2,251	-1,729	223,501	1	0,000	0,137	0,105	0,177
[Sexo=Mujer]	0,516	0,172	0,180	0,852	9,054	1	0,003	1,675	1,197	2,345
[Edad=65 y más]	-4,806	1,014	-6,793	-2,819	22,471	1	0,000	0,008	0,001	0,060
[Edad=40 a 64]	-2,079	0,269	-2,607	-1,551	59,644	1	0,000	0,125	0,074	0,212
[Cuidador/a]	-0,592	0,254	-1,090	-0,094	5,437	1	0,020	0,553	0,336	0,910

Anexo 16. Resultados del modelo de regresión logística generalizada para la variable "Posible uso compulsivo de internet". Efectos principales y de interacción de las variables sexo, grupos de edad y existencia de posible sobrecarga de cuidados. CAE, 2023 (n=2.527)

Parámetro	Coef.	Error Est.	Intervalo confianza 95% Wald		Contraste de hipótesis			OR	Intervalo confianza 95% Wald para OR	
			Inferior	Superior	Wald Chi-Cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intercepto)	-1,998	0,1311	-2,255	-1,741	232,061	1	0,000	0,136	0,105	0,175
[Sexo=Mujer]	0,495	0,1715	0,159	0,832	8,340	1	0,004	1,641	1,173	2,297
[Edad=40 o más años]	-2,835	0,2843	-3,392	-2,278	99,419	1	0,000	0,059	0,034	0,103
[Sobrecarga por cuidados]	-1,507	0,5998	-2,683	-,331	6,312	1	0,012	0,222	0,068	0,718
[Sobrecarga por cuidados] * [Edad=40 o más]	2,052	0,8793	0,329	3,776	5,447	1	0,020	7,786	1,389	43,632



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

SiiS

Servicio de
Información e
Investigación Social
Gizarte Informazio
eta Ikerketa
Zerbitzua

Fundación Eguía-Careaga Fundazioa