

El impacto de los factores socio-laborales sobre la salud, el consumo de hipnosedantes y adictivos en España

Raúl Payá Castiblanque⁽¹⁾ y *Alejandro Daniel Pizzi*⁽²⁾

¹Universidad de Valencia, Valencia, España.

²Universidad de Valencia, Valencia, España.

Correspondencia:

Raúl Payá Castiblanquea

Avenida de los Naranjos 4b, 46021 Valencia, España.

Correo electrónico: Raul.Paya@uv.es

La cita de este artículo es: R Payá et al. El impacto de los factores socio-laborales sobre la salud, el consumo de hipnosedantes y adictivos en España. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2019; 28: 311-327

RESUMEN.

Objetivo: Identificar patrones de salud (general y mental) y de consumo (hipnosedantes y sustancias adictivas) en el medio laboral según factores socio-laborales estratificados por sexo.

Métodos: Estudio transversal con una muestra representativa de la población activa española (nº=12.260) correspondiente a la Encuesta Nacional de Salud de 2017. Se estimaron a través de modelos de regresión logística las odds ratio ajustadas (ORa) por variables sociodemográficas y sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC95%). **Resultados:** Se identificaron dos patrones. Por un lado, las personas desempleadas refirieron un peor estado de salud autopercebido [(ORa=0,61;IC95%:0,45-0,83;para los hombre(H);ORa=0,65;IC95%:0,45-0,94;para las mujeres (M)], mayor prevalencia de depresión [ORa=4,19;IC95%:2,15-

THE IMPACT OF SOCIO-LABOR FACTORS ON HEALTH, THE CONSUMPTION OF HYPNOSEDATIVES AND ADDICTIVES IN SPAIN.

ABSTRACT

Objective: To identify patterns of health (general and mental) and consumption (hypnotics and addictive substances) in the workplace, according to socio-labor factors stratified by sex. **Methods:** Cross-sectional study with a representative sample of the Spanish Active Population (nº=12,260), corresponding to the National Health Survey of 2017. The adjusted odds ratios (ORa) by sociodemographic variables were estimated through logistic regression models, and their corresponding 95% confidence intervals (95% CI). **Results:** Two patterns were identified. On the one hand, unemployed people reported a worse self-perceived state of health [(ORa=0.61;95%CI: 0.45-0.83; for men(H); ORa=0.65;95%CI:0.45-0.94; for women(M)],

8,16(H);ORa=1,83;IC95%:1,05-3,21(M)], consumo de tranquilizantes [ORa=2,21;IC95%:1,29-3,77(H);ORa=1,83;IC95%:1,02-3,32(M)] y de tabaco [ORa=1,66;IC95%:1,28-2,16(H)] que los/as empresarios/as. Por otro lado, los/as directivos/as refirieron mayor estrés laboral que los/as técnicos/as no cualificados/as [ORa=0,50;IC95%:0,38-0,66(H);ORa=0,64;IC95%:0,50-0,84(M)] y de consumo de alcohol [ORa=0,54;IC95%:0,41-0,70(H);ORa=0,43;IC95%:0,34-0,55(M)].

Conclusión: Los resultados muestran diferentes patrones que pueden servir para la puesta en marcha programas preventivos.

Palabras clave: salud autopercebida; salud mental; hipnosedantes, fumar; alcohol; salud ocupacional; prevención.

higher prevalence of depression [ORa=4.19;95%CI:2.15-8.16(H); ORa=1.83;95%CI: 1.05-3.21(M)], tranquilizer consumption [ORa=2.21;95%CI:1.29-3.77 (H); ORa=1.83;95% CI: 1.02-3, 32 (M)], and tobacco [ORa=1.66;95% CI:1.28-2.16 (H)] than the businessmen. On the other hand, the managers referred more occupational stress than unskilled technicians [ORa=0.50;95%CI:0.38-0.66(H);ORa=0.64;95%CI:0.50-0.84(M)] and alcohol consumption [ORa=0.54;95%CI:0.41-0.70(H);ORa=0.43;95%;CI:0.34-0.55(M)].

Conclusion: The results show different patterns that can be used to start preventive programs.

Keywords: self-perceived health; mental health; hypnotics; smoking; alcohol; occupational health; prevention.

Fecha de recepción: 24 de octubre de 2019

Fecha de aceptación: 18 de diciembre de 2019

Introducción

El artículo se inscribe dentro de una preocupación general por el impacto de las condiciones de trabajo sobre la calidad de vida en España. Más específicamente, estudia los efectos de las condiciones socio-laborales sobre la salud, el consumo de hipnosedantes y adictivos. Las consecuencias de las políticas de austeridad sobre la salud de la población española han sido objeto de numerosas investigaciones desde el ámbito de la salud pública. De las mismas observamos que los efectos sobre la población son heterogéneos y controvertidos^(1,2). Tras una década desde el inicio de la crisis económica (2007-2017), España es el tercer país de la Unión Europea con mayor tasa de desempleo (17,3%) y el segundo en temporalidad (26,8%)⁽³⁾. Por un lado, el desempleo y el trabajo precario e inestable han sido asociados con un peor estado de salud general autopercebido por los asalariados. También se han asociado las

situaciones de paro y precariedad con el hecho de padecer trastornos mentales^(4,5,6), el consumo de hipnosedantes^(7, 8), de alcohol⁽⁸⁾ o tabaco⁽⁹⁾, e incluso el aumento de la mortalidad por consumo de alcohol⁽¹⁰⁾. Por otro lado, las personas con contrato temporal usan con menor frecuencia los servicios de salud⁽¹¹⁾. Además, trabajar durante jornadas extensas se asocia con mayores niveles de consumo de alcohol⁽¹¹⁾, mientras que el trabajo nocturno se asocia con el consumo regular de tabaco⁽¹⁰⁾. Asimismo, las personas con mala salud mental y con estrés laboral presentan mayor prevalencia en el consumo de alcohol^(13,14) y uso de hipnosedantes⁽¹⁵⁾. Por lo que refiere al vínculo entre la clase social ocupacional y la salud en el trabajo, se ha identificado que los trabajadores manuales se asocian, en mayor proporción relativa, con una mala salud mental⁽¹⁶⁾ y con el consumo regular de tabaco⁽¹¹⁾.

A la luz de los hallazgos de la literatura previa, se pueden plantear múltiples relaciones bilaterales

y multilaterales complejas entre los factores de precariedad laboral, por un lado, y la espiral de deterioro constante de la salud, por otro. Por ejemplo, el estrés laboral ha sido relacionado con la depresión o ansiedad^(17,18). A su vez, estos trastornos mentales se vinculan con el uso de hipnosedantes⁽¹³⁾ y conductas adictivas^(13,14). Incluso, se ha hallado que el consumo de alcohol entre los trabajadores manuales más desfavorecidos se relaciona con un temor más elevado de perder el empleo⁽¹⁷⁾. Ello profundiza la retroalimentación entre la precariedad laboral y el deterioro de la salud.

Dada la alta vulnerabilidad laboral actual en España, este tema ha sido objeto de gran interés para los especialistas de medicina en el trabajo desde los inicios del siglo XXI^(20,21). Sin embargo, son escasas las investigaciones específicas y de carácter parcial que estudian las asociaciones entre la salud mental, el consumo de hipnosedantes y sustancias adictivas en el medio laboral. A ello, habría que agregarle la importancia de profundizar el conocimiento de dichas relaciones según el género. Este insuficiente volumen de investigaciones sobre un tema tan relevante justifica la necesidad de llevar a cabo análisis más amplios que exploren posibles patrones de relación entre todas las variables mencionadas de salud y consumo en la población activa. Dichos análisis podrían aportar insumos de conocimiento que ayuden a establecer políticas sanitarias y laborales específicas que afronten los problemas de salud vinculados con las condiciones laborales. Con todo, el objetivo principal de la presente investigación es explorar de manera conjunta y holística las asociaciones entre: 1) los factores laborales (tipo de contrato o relación laboral, la clase social ocupacional, el tiempo de trabajo y tipo de jornada laboral) y 2) factores que afectan/influyen o que están relacionados con la salud en la población activa (estado de salud general y mental, consumo de hipnosedantes, tabaco y alcohol). El objetivo del artículo consiste, entonces, en identificar relaciones más frecuentes entre ambos factores, con el fin de detectar patrones de comportamiento vinculados con distintos tipos de riesgos sobre la salud. Ello, a su vez, lo diferenciamos según el género.

Material y Métodos

Muestra y población de estudio

Presentamos un estudio transversal a través de los microdatos del cuestionario para adultos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2017)⁽²²⁾, realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. El muestreo es poelietápico; para cada comunidad autónoma se diseñó una muestra independiente, lo que permitió disponer de una muestra de gran tamaño y representativa de todo el país⁽²³⁾. Se seleccionó en la primera etapa las secciones censales y, en la segunda, las viviendas familiares principales. En cada vivienda se seleccionó una persona adulta con 15 o más años de edad para realizar el cuestionario de adultos. El trabajo de campo se extendió entre los meses de octubre de 2016 a octubre de 2017, con el objetivo de recopilar datos que puedan estar afectados por la estacionalidad. El tamaño total de la muestra fue de 23.089 personas. La tasa de respuesta sobre la muestra de la ENSE para adultos fue del 95%. La recogida de información se realizó a través de entrevista personal. La misma fue complementada, en casos excepcionales, mediante entrevista telefónica. Para el presente estudio se seleccionó únicamente la población activa. Se consideró como población activa, aquellas personas que estaban en edad de trabajar (16 o más años en la legislación española) y realizaban una actividad profesional, como también, aquellas personas en edad de trabajar que se encontraban desempleadas y que buscaban activamente un empleo⁽²⁴⁾. Por ello, la muestra para realizar la presente investigación fue de 12.260 personas, en edades comprendidas entre 16 a 64 años. En concreto, el estudio comprende una muestra de población activa de 6.299 hombres [5.163 (82%) empleados y 1.136 (18%) desempleados] y 5.961 mujeres [4.610 (77,3%) empleadas y 1.351 (22,7%) desempleadas] (Tabla 1).

Variables dependientes, independientes y covariables de ajuste

Se utilizaron nueve variables dependientes dicotomizadas. El estado de salud general se evaluó a partir de dos preguntas: a) "En los últimos doce meses,

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ACTIVA EN ESPAÑA, ESTADO DE SALUD, CONSUMO DE HIPNOSEDANTES, TABACO Y ALCOHOL, SEGÚN SEXO. ENSE 2017

Variables	Hombres (n=6299; 51,4%)	Mujeres (n=5961;48,6%)	P valor ^a
	N(%)	N(%)	
Estado de salud autopercebida			P<0.001
Mala	1168(18,5)	1486(24,9)	
Buena	5131(81,5)	4475(75,1)	
Visitas al médico de familia			P<0.001
No	1902(30,2)	1069(17,9)	
Sí	4397(69,8)	4892(82,1)	
Depresión			P<0.001
No	6012(95,5)	5391(90,4)	
Sí	285(4,5)	566(9,5)	
NS/NC	2(0,0)	4(0,1)	
Ansiedad crónica			P<0.001
No	5960(94,6)	5302(89,0)	
Sí	334(5,3)	651(10,9)	
NS/NC	5(0,1)	8(0,1)	
Estrés			P<0.001
No	2670(51,7)	2209(48,1)	
Sí	2484(48,1)	2388(51,8)	
NS/NC	9(0,2)	3(0,1)	
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir			P<0.001
No	2840(45,0)	3137(52,6)	
Sí	369(5,9)	601(10,1)	
NS/NC	3090(49,1)	2223(37,3)	
Antidepresivos, estimulantes			P<0.001
No	3072(48,7)	3431(57,6)	
Sí	137(2,2)	307(5,1)	
NS/NC	3090(49,1)	2223(37,3)	
Fumar			P<0.001
No	4148(65,9)	4205(70,6)	
Sí	2144(34,1)	1753(29,4)	
NS/NC	7(0,1)	3(0,0)	

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ACTIVA EN ESPAÑA, ESTADO DE SALUD, CONSUMO DE HIPNOSEDANTES, TABACO Y ALCOHOL, SEGÚN SEXO. ENSE 2017 (CONTINUACION)

Alcohol			P<0.001
No	2102(33,4)	3384(56,8)	
Sí	4192(66,6)	2573(43,2)	
NS/NC	5(0,1)	4(0,1)	
Tipo de contrato o situación laboral			P<0.001
Empresario/a	370(5,9)	182(3,1)	
Funcionario/a	505(8,0)	607(10,2)	
Asalariado/a indefinido/a	2754(43,7)	2517(42,2)	
Asalariado/a temporal	769(12,2)	788(13,2)	
Autónomo/a	742(11,8)	460(7,7)	
Sin contrato	23(0,4)	56(0,9)	
Desempleado/a	1136(18%)	1351(22,7)	
Categoría Ocupacional			P<0.001
Directivos/as con más 10 trabajadores/as	732(11,6)	759(12,8)	
Directivos/as con menos 10 trabajadores/as	525(8,3)	584(9,8)	
Técnicos/as intermedios/as	1190(18,9)	1270(21,4)	
Supervisores/as cualificados	957(15,2)	582(9,8)	
Técnicos/as manuales cualificados/as	2045(32,5)	1808(30,3)	
Técnicos/as manuales no cualificados/as	809(12,8)	924(15,5)	
NS/NC	41(0,7)	34(0,6)	
Tiempo de trabajo			P<0.001
A tiempo completo	4894(94,8)	3616(78,5)	
A tiempo parcial	268(5,2)	987(21,4)	
NS/NC	1(0,0)	7(0,1)	
Tipo de jornada			P<0.001
Partida	2105(40,8)	1379(29,9)	
Continua por la mañana	1383(26,8)	1638(35,9)	
Continua por la tarde	117(2,3)	201(4,4)	
Continua por la noche	68(1,3)	37(0,8)	
Turnos	39(0,8)	183(4)	
Jornada irregular o variable según los días	757(14,8)	616(13,4)	
Otros tipos	637(12,5)	506(10,9)	
NS/NC	57(1,1)	50(1,0)	

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ACTIVA EN ESPAÑA, ESTADO DE SALUD, CONSUMO DE HIPNOSEDANTES, TABACO Y ALCOHOL, SEGÚN SEXO. ENSE 2017 (CONTINUACIÓN)

Edad			P=0.006
16-24	230(3,7)	200(3,4)	
25-34	946(15,0)	1022(17,1)	
35-44	1924(30,5)	1844(30,9)	
45-54	1851(29,4)	1851(29,0)	
=>55	1348(21,4)	1168(19,6)	
Nacionalidad			P=0.014
Española	5516(87,6)	5131(86,1)	
Extranjero/a	783(12,4)	830 (13,9)	
Estado Civil			P<0.001
Soltero/a	1937(30,7)	1667(28,0)	
Casado/a	3840(61)	3310(55,7)	
Viudo/a	54(0,9)	181(3,0)	
Divorciado/a	463(7,4)	789(13,3)	
NS/NC	5 (0,1)	14 (0,2)	
Nivel de educación			P<0.001
Primario	860(13,7)	604(10,1)	
Secundario	4077(64,7)	3501(58,7)	
Terciario	1362(21,6)	1856(31,1)	

¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?”. Esta pregunta se dicotomizó en 0 = Mala salud (regular/malo/muy malo) y 1= Buena salud (muy bueno/bueno); y b) “¿Cuándo fue la última vez que consultó al médico general o médico de familia para usted mismo/a?”. La variable fue dicotomizada en 0 = No (Hace 12 meses o más/Nunca) y 1=Sí (En las últimas 4 semanas / Entre 4 semanas y 12 meses).

Por lo que se refiere al estado de la salud mental, se utilizaron tres variables. Dos de ellas refieren a si la persona entrevistada padeció depresión en los últimos 12 meses (0=No; 1=Sí) o ansiedad crónica (0=No; 1=Sí). La tercera variable, correspondiente al estrés laboral, fue medida a través de la siguiente pregunta: “Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo

considera Ud. el nivel de estrés de su trabajo según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante)”. La pregunta fue dicotomizada por la mediana que fue de 4 siendo 0= No (de 1 a 4) y 1=Sí (de 5 a 7). El consumo de hipnosedantes se midió a través de dos preguntas referidas a si en los últimos 12 meses la persona entrevistada consumió tranquilizantes, relajantes y/o pastillas para dormir (0=No; 1=Sí), o si tomo antidepresivos y/o estimulantes (0=No; 1=Sí). Finalmente, las conductas adictivas se midieron a través de dos preguntas: a) “¿Podría decirme si fuma?”. La pregunta se dicotomizo en 0=No (No fumo actualmente, pero he fumado antes/ No fumo ni he fumado nunca de manera habitual) y 1=Sí (Sí, fumo a diario/Sí fumo, pero no a diario); y b) “Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo?”.

Se dicotomizó por la mediana; de ello resultó 0=No (Nunca / No en los últimos 12 meses/ De 3 días al mes a menos de un día en un mes) y 1=Sí (A diario o casi a diario/ de 6 a 1 días por semana).

Las variables independientes corresponden a las principales características socio-laborales de la encuesta ENSE. Estas son: el tipo de contrato o situación laboral, la clase social ocupacional, el tiempo de trabajo y el tipo de jornada laboral. Ninguna de estas cuatro variables han sido transformadas puesto que la ENSE ya las proporcionaba de forma adecuada para realizar el estudio. Las variables sociodemográficas de ajuste han sido la edad, la nacionalidad, el estado civil y el nivel educativo. Para la selección de las variables de ajuste se ha tenido en consideración las utilizadas en estudios previos^(7,12), que controlan adecuadamente los potenciales efectos de orden social que puedan alterar nuestras estimaciones. Se eliminaron del análisis las respuestas “no sabe” y “no contesta”.

Análisis estadístico

Todos los análisis realizados fueron estratificados por sexo. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias absolutas y relativas (%) de todas las variables utilizadas, y se registraron las diferencias entre hombres y mujeres a través de la prueba de chi cuadrado ($p < 0,05$) (Tabla 1). En segundo lugar, se calcularon tanto para los hombres (Tabla 2) como para las mujeres (Tabla 3) las odds ratio ajustadas (ORa) por las variables sociodemográficas descritas, y sus correspondientes intervalos de confianza del 95%, a través de modelos de regresión logística binarios. Ello ha permitido analizar específicamente las asociaciones entre los factores laborales y los indicadores de salud y consumo (de hiposedantes y adictivos) que hemos señalado. En los modelos de regresión se han tomado como referencia las categorías sociolaborales que se estimaron como más favorables (Situación laboral=Empresario/a; Categoría social ocupacional= Directivo/a con más de 10 trabajadores/as; Tiempo de trabajo= A tiempo completo; Tipo de jornada= partida), siguiendo los criterios de favorabilidad utilizados en estudios previos de similares características⁷. La bondad de ajuste de los modelos se evaluó a través de la prueba

de Hosmer-Lemeshow. Los cálculos fueron realizados con el programa SPSS (versión 24) que permite analizar muestras complejas.

Resultados

Por un lado, el análisis descriptivo muestra que las mujeres trabajadoras presentaron en los últimos 12 meses, y en relación con los hombres, peor estado de salud autopercebido (24,9% frente a 18,5%), visitaron con mayor frecuencia al médico de familia (82,1% frente a 69,8%), padecieron con mayor prevalencia depresión (9,5% frente a 4,5%), ansiedad crónica (10,9% frente a 5,3%), estrés laboral (51,8% frente a 48,1%), y consumieron con mayor frecuencia tranquilizantes (10,1% frente a 5,9%) y antidepressivos (5,1% frente a 2,2%). Por otro lado, se identificó que el consumo de tabaco fue mayor en los hombres (34,1% frente a 29,4%), de igual forma que el consumo de alcohol (66,6%, frente a 43,2%) (Tabla 1).

Relación laboral o situación profesional

Como puede observarse en la Tabla 2 y la Tabla 3, las personas desempleadas presentaron un peor estado de salud autopercebido con respecto los empresarios/as, tanto en los hombres (ORa=0,61; IC95%:0,45-0,83) como en las mujeres (ORa=0,65; IC95%:0,45-0,94). También una mayor prevalencia de sufrir depresión (ORa=4,19; IC95%:2,15-8,16 en los hombres; ORa=1,83; IC95%:1,05-3,21 en las mujeres), ansiedad crónica (ORa=4,14; IC95%:2,12-8,06; solo en hombres) y consumo de tranquilizantes (ORa=2,21; IC95%:1,29-3,77; en los hombres ORa=1,83; IC95%:1,02-3,32; en las mujeres). Entre el colectivo de personas empleadas, independientemente del tipo de contrato o situación laboral, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas sobre el estado de salud autopercebido, referir depresión, ansiedad crónica o el consumo de tranquilizantes.

Los hombres autónomos visitaron con menor frecuencia a su médico/a de familia que los empresarios (ORa=0,73; IC95%:0,56-0,97). Además, los varones con contrato temporal y desempleados

en relación con los empresarios, mostraron una mayor prevalencia en el consumo de antidepresivos (ORa=3,64; IC95%:1,03-12,8 y ORa=5,90; IC95%:1,80-19,2; respectivamente), así como en el consumo de tabaco (ORa=1,30; IC95%:1,00-1,72 y ORa=1,66; IC95%:1,28-2,16; respectivamente). Las prevalencias sobre el consumo de antidepresivos y tabaco fueron más elevadas en los hombres que trabajan sin contrato que los temporales o desempleados con respecto a los empresarios, sin embargo, éstas relaciones no resultaron estadísticamente significativas. Además, entre la población activa femenina tampoco se hallaron diferencias significativas entre las empleadas y desempleadas, ni entre las empleadas que tenían una situación contractual distinta, tanto en lo referente a las visitas al médico/a de familia como en el consumo de antidepresivos y tabaco.

Finalmente, se observó que los hombres funcionarios (ORa=0,60; IC95%:0,46-0,79), asalariados con contrato indefinido (ORa=0,76; IC95%:0,61-0,95), asalariados/as con contrato temporal (ORa=0,52; IC95%:0,40-0,67 en los hombres; ORa=0,62; IC95%:0,44-0,86 en las mujeres), los varones autónomos (ORa=0,62; IC95%:0,48-0,80) y las mujeres que trabajan sin contrato (ORa=0,49; IC95%:0,26-0,94), refirieron menor estrés laboral con respecto a los/as empresarios/as. Además, los/as desempleados/as presentaron menor consumo de alcohol (ORa=0,61; IC95%:0,47-0,80 en los hombres; ORa=0,53; IC95%:0,38-0,73 en las mujeres) que los/as empresarios/as.

Clase social ocupacional

Por lo que refiere a los indicadores de salud general, según clase social ocupacional (Tabla 2 y Tabla 3), se observó que los individuos pertenecientes a las clases sociales más vulnerables presentaron peores estándares de salud. Tanto los/as supervisores/as (ORa=0,72; IC95% 0,52-0,99, en los hombres; ORa=0,66; IC95% 0,49-0,89, en las mujeres) como los/as técnicos/as manuales cualificados/as (ORa=0,72; IC95% 0,53-0,97, en los hombres; ORa=0,66; IC95% 0,51-0,85, en las mujeres) y no cualificados/as (ORa=0,58; IC95% 0,42-0,81, en

los hombres; ORa=0,60; IC95% 0,45-0,79, en las mujeres) manifestaron un peor estado de salud general autopercibido, en relación con los/as directivos/as. Además, los varones directivos con 10 o más trabajadores/as a su cargo visitaron con menor frecuencia al médico de familia que el resto de clases sociales ocupacionales. Por el contrario, los supervisores (ORa=1,55; IC95%:1,21-1,98) y los técnicos manuales no cualificados (ORa=1,45; IC95%:1,12-1,88) son los que con mayor intensidad visitaron al médico de cabecera. Para las mujeres, por su parte, solo fue significativa la mayor prevalencia de visitar al médico de familia en las trabajadoras manuales no cualificadas (ORa=1,34; IC95%:1,00-1,79) con respecto a las directivas de empresas de mayor tamaño.

Los resultados correspondientes a las relaciones entre la clase social ocupacional y referir patologías psicosomáticas mostraron que la probabilidad de sufrir depresión fue mayor tanto en los/as técnicos/as manuales cualificados/as (ORa=2,18; IC95%:1,14-4,20 en los hombres; ORa=1,80; IC95%:1,18-2,74 en las mujeres) como en los/as no cualificados/as (ORa=2,53; IC95%:1,26-5,07 en los hombres; ORa=1,91; IC95%:1,23-2,98 en las mujeres) en comparación a los/as directivos/as. También fue mayor la probabilidad de referir ansiedad crónica entre los varones técnicos no cualificados (ORa=2,01; IC95%:1,14-3,53). Por último, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los índices de ansiedad en la población activa femenina.

Por lo que refiere al estrés laboral, tanto las directivas de empresas con menos de 10 trabajadores/as (ORa=0,67; IC95%:0,53-0,84) como los/as técnicos/as cualificados/as (ORa=0,65; IC95%:0,52-0,82 en los hombres; ORa=0,63; IC95%:0,49-0,82 en las mujeres) y no cualificados/as (ORa=0,50; IC95%:0,38-0,66 en los hombres; ORa=0,64; IC95%:0,50-0,84 en las mujeres) refirieron un menor grado de estrés laboral con respecto a los/as directivos/as de empresas de mayor tamaño.

En cuanto al consumo de hipnosedantes, por un lado, se observó que los/as trabajadores/as técnicos/as manuales no cualificados refirieron un mayor consumo de tranquilizantes (ORa=2,03; IC95%:1,19-

3,46 en los hombres; ORa=1,70; IC95%:1,10-2,62 en las mujeres) y en las mujeres técnicas cualificadas (ORa=1,63; IC95%:1,09-2,44). Por otro lado, no se identificaron diferencias significativas en el consumo de antidepressivos en ambos sexos.

Finalmente, en cuanto al consumo de sustancias adictivas, los hombres supervisores y los técnicos manuales (cualificados y no cualificados) presentaron una mayor probabilidad de fumar (ORa=1,49; IC95% 1,15-1,94; ORa=1,57; IC95%:1,23-1,99; ORa=1,86; IC95%:1,42-2,43; respectivamente) con respecto los directivos de empresas con más de 10 trabajadores; mientras que entre la población activa femenina no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al consumo de alcohol, este fue menor tanto en los/as trabajadores/as técnicos/as cualificados/as (ORa=0,79; IC95%:0,62-0,99 en los hombres; ORa=0,55; IC95%:0,46-0,67 en las mujeres) como en los/as no cualificados/as (ORa=0,54; IC95%:0,41-0,70 en los hombres; ORa=0,43; IC95%:0,34-0,55 en las mujeres) y en las supervisoras (ORa=0,61; IC95%:0,48-0,77) con respecto a los/as directivos/as de empresas de mayor tamaño

Tiempo y tipo de jornada laboral

Con respecto al impacto del tiempo de trabajo y el tipo de jornada laboral (tabla 2 y 3) sobre los indicadores de salud general, los resultados mostraron patrones diferenciados según sexo. Entre los hombres solo se observó (de forma significativa) una mayor prevalencia de visitas al médico de familia entre los trabajadores con jornada irregular o variable (ORa=1,21; IC95% 1,01-1,46) con respecto a los que trabajan a jornada partida. Por su parte, las mujeres contratadas en jornadas continuas de mañanas, de tardes o que trabajan a turnos fueron las que presentaron un peor estado de salud general autopercebido (ORa=0,83; IC95% 0,69-0,99; ORa=0,62; IC95% 0,44-0,87; y ORa=0,67; IC95% 0,46-0,98; respectivamente).

En referencia a las patologías psicósomáticas, las mujeres que trabajaban a tiempo parcial (ORa=1,48; IC95% 1,15-1,91), en jornadas continuas de tardes (ORa=2,49; IC95%1,58-3,90), a turnos (ORa=1,86; IC95%1,06-3,27) u otro tipo de jornada (ORa=1,64;

IC95%1,14-2,37) refirieron una mayor posibilidad de sufrir depresión respecto a aquellas que trabajaban a tiempo completo y en jornada partida. Por su parte, los hombres con otros tipos de jornadas presentaron menores índices de depresión (ORa=0,46; IC95% 0,23-0,95). A su vez, los hombres con jornadas de trabajo irregulares presentaron mayor posibilidad de referir ansiedad crónica (ORa=1,68; IC95% 1,14-2,48), mientras que entre las mujeres fue mayor la prevalencia de ansiedad cuando trabajaban en jornadas continuas de tarde (ORa=1,87; IC95% 1,21-2,89). Los/as trabajadores/as contratados/as a tiempo parcial (ORa=0,61; IC95% 0,47-0,79, en los hombres; ORa=0,55; IC95% 0,47-0,64) en las mujeres) refirieron menor estrés laboral que aquellos/as que realizaban jornadas más extensas. No obstante, mientras que los hombres con jornadas continuas de mañana refirieron menor estrés laboral (ORa=0,55; IC95% 0,47-0,64), entre las mujeres trabajadoras las prevalencias de estrés fueron menores en las que trabajan de tardes (OR=0,64; IC95%:0,48-0,87) o a turnos (OR=0,69; IC95%:0,51-0,95) y mayores cuando trabajaban en jornadas irregulares (ORa=1,27; IC95% 1,05-1,55).

Finalmente, se identificaron diferencias de género importantes en el consumo de hipnosedantes y sustancias adictivas. Por un lado, mientras que las trabajadoras con jornadas continuas de mañana, irregulares u otro tipo de jornada presentaron una mayor prevalencia en el uso de tranquilizantes (ORa=1,44; IC95% 1,08-1,92; ORa=1,55; IC95% 1,08-2,23; ORa=1,74; IC95% 1,20-2,52; respectivamente) con respecto a las que trabajan a jornada partida; entre los hombres no se hallaron diferencias significativas. Por otro lado, los hombres con jornadas continuas de mañana fueron los que presentaron una mayor adicción al consumo de tabaco (ORa=1,17; IC95% 1,01-1,36). Por su parte, las mujeres que trabajan en jornadas irregulares presentaron mayor probabilidad de fumar (ORa=1,28; IC95% 1,04-1,58). Además, los hombres contratados a tiempo parcial y con jornadas irregulares manifiestan un consumo menor de alcohol (ORa=0,75; IC95% 0,58-0,97 y ORa=0,79; 0,66-0,53; respectivamente), mientras que las mujeres con jornadas continuas de tardes o a turnos fueron

TABLA 2. REGRESIONES LOGÍSTICAS AJUSTADAS POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE LA CATEGORÍA OCUPACIONAL, EL TIEMPO Y TIPO DE JORNADA

Tipo de contrato o situación laboral	Estado de salud últimos 12 meses		Ha padecido trastornos mentales en	
	Buen estado de salud autopercebida ORa(IC95%) ^a	Visitas al médico de familia ORa(IC95%) ^a	Depresión ORa(IC95%) ^a	Ansiedad crónica ORa(IC95%) ^a
Empresario	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b
Funcionario	0,99(0,69-1,42)	1,04(0,77-1,41)	1,74(0,80-3,81)	1,87(0,87-4,01)
Asalariado indefinido	1,08(0,81-1,44)	1,01(0,79-1,29)	0,98(0,49-1,92)	1,56(0,81-3,02)
Asalariado temporal	0,92(0,66-1,29)	1,10(0,83-1,46)	1,53(0,72-3,25)	1,77(0,85-3,68)
Autónomo	1,05(0,76-1,46)	0,73(0,56-0,97) ^e	1,15(0,54-2,44)	1,87(0,92-3,26)
Sin contrato	1,07(0,34-3,3)	1,12(0,44-2,83)	3,40(0,67-17,1)	- ^c
Desempleado	0,61(0,45-0,83) ^e	1,13(0,86-14,4)	4,19(2,15-8,16) ^e	4,14(2,12-8,06) ^e
Categoría Ocupacional				
Directivos con más 10 trabajadores	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b
Directivos con menos 10 trabajadores	0,86(0,61-1,21)	1,33(1,04-1,70) ^e	1,77(0,86-3,65)	1,25(0,69-2,24)
Técnicos intermedios	0,78(0,58-1,05)	1,35(1,08-1,68) ^e	1,88(0,98-3,63)	1,32(0,78-2,23)
Supervisores cualificados	0,72(0,52-0,99) ^e	1,55(1,21-1,98) ^e	1,77(0,88-3,56)	1,39(0,79-2,45)
Técnicos manuales cualificados	0,72(0,53-0,97) ^e	1,38(1,11-1,73) ^e	2,18(1,14-4,20) ^e	1,41(0,84-2,39)
Técnicos manuales no cualificados	0,58(0,42-0,81) ^e	1,45(1,12-1,88) ^e	2,53(1,26-5,07) ^e	2,01(1,14-3,53) ^e
Tiempo de trabajo				
A tiempo completo	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b
A tiempo parcial	0,88(0,63-1,24)	1,04(0,79-1,36)	1,42(0,75-2,70)	1,47(0,85-2,56)
Tipo de jornada				
Partida	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b
Continua por la mañana	0,94(0,77-1,13)	1,10(0,95-1,28)	1,33(0,90-1,97)	1,17(0,82-1,66)
Continua por la tarde	0,75(0,46-1,22)	1,22(0,80-1,85)	1,51(0,58-3,92)	1,99(0,92-4,27)
Continua por la noche	0,79(0,43-1,43)	1,07(0,63-1,83)	0,92(0,22-3,91)	0,35(0,05-2,63)
Tornos	1,41(0,54-3,71)	1,49(0,69-3,18)	0,82(0,10-6,24)	0,67(0,09-5,03)
Jornada irregular o variable según los días	0,84(0,67-1,06)	1,21(1,01-1,46) ^e	1,27(0,79-2,05)	1,68(1,14-2,48) ^e
Otros tipos	1,14(0,89-1,48)	0,89(0,73-1,08)	0,46(0,23-0,95) ^e	1,00(0,62-1,60)

^a ORa: odds ratio ajustados por edad, nacionalidad, estado civil, nivel de educación; IC95%: intervalo de confianza del 95%

^b Categoría de referencia.

^c Tamaño de la muestra insuficiente para el análisis.

^d Indicadores medido solo en las personas empleadas.

^e Diferencias estadísticamente significativas con un p-valor <0.05.

LOS INDICADORES DE SALUD Y CONSUMO SELECCIONADOS CON LA SITUACIÓN LABORAL, LABORAL DE LA POBLACIÓN ACTIVA MASCULINA. ENSE 2017

los últimos 12 meses	Consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses			Conductas adictivas	
Estrés laboral ORa(IC95%) ^a	Tranquilizantes ORa(IC95%) ^a	Antidepresivos, estimulantes ORa(IC95%) ^a	Fumar ORa(IC95%) ^a	Alcohol ORa(IC95%) ^a	
1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b	
0,60(0,46-0,79) ^e	1,59(0,86-2,93)	3,37(0,91-12,4)	0,77(0,56-1,05)	0,84(0,61-1,14)	
0,76(0,61-0,95) ^e	1,10(0,65-1,85)	1,82(0,55-6,01)	0,96(0,75-1,22)	0,85(0,66-1,08)	
0,52(0,40-0,67) ^e	0,96(0,51-1,80)	3,64(1,03-12,8) ^e	1,30(1,00-1,72) ^e	0,78(0,59-1,03)	
0,62(0,48-0,80) ^e	0,91(0,49-1,68)	2,73(0,77-9,59)	0,93(0,71-1,23)	0,91(0,68-1,21)	
0,39(0,16-1,01)	- ^c	5,42(0,50-58,2)	1,71(0,72-4,05)	0,51(0,21-1,24)	
- ^d	2,21(1,29-3,77) ^e	5,90(1,80-19,2) ^e	1,66(1,28-2,16) ^e	0,61(0,47-0,80) ^e	
1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b	
0,88(0,69-1,11)	1,54(0,91-2,61)	1,05(0,35-3,12)	1,17(0,89-1,54)	0,77(0,59-0,99) ^e	
0,89(0,72-1,11)	1,35(0,83-2,18)	1,84(0,77-4,41)	1,11(0,87-1,41)	0,81(0,64-1,03)	
0,86(0,67-1,09)	1,33(0,78-2,26)	1,96(0,77-4,98)	1,49(1,15-1,94) ^e	0,85(0,66-1,10)	
0,65(0,52-0,82) ^e	1,13(0,69-1,85)	1,36(0,55-3,34)	1,57(1,23-1,99) ^e	0,79(0,62-0,99) ^e	
0,50(0,38-0,66) ^e	2,03(1,19-3,46) ^e	2,26(0,88-5,81)	1,86(1,42-2,43) ^e	0,54(0,41-0,7) ^e	
1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b	
0,61(0,47-0,79) ^e	1,37(0,8-2,34)	1,38(0,58-3,28)	1,22(0,94-1,58)	0,75(0,58-0,97) ^e	
1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b	
0,68(0,59-0,78) ^e	1,17(0,84-1,62)	0,91(0,51-1,60)	1,17(1,01-1,36) ^e	0,86(0,74-1,00)	
0,74(0,50-1,08)	1,73(0,82-3,65)	0,92(0,21-4,02)	0,97(0,64-1,47)	0,73(0,49-1,09)	
0,69(0,42-1,13)	1,03(0,30-3,50)	2,68(0,75-9,48)	1,08(0,64-1,81)	0,81(0,48-1,36)	
0,84(0,44-1,60)	1,03(0,23-4,57)	1,28(0,16-10,2)	0,42(0,17-1,04)	0,92(0,46-1,86)	
0,98(0,83-1,16)	1,39(0,94-2,05)	1,23(0,66-2,29)	0,96(0,80-1,16)	0,79(0,66-0,53) ^e	
1,03(0,86-1,23)	0,82(0,51-1,31)	0,36(0,12-1,02)	1,07(0,88-1,30)	0,86(0,71-1,05)	

TABLA 3: REGRESIONES LOGÍSTICAS AJUSTADAS POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE LA CATEGORÍA OCUPACIONAL, EL TIEMPO Y TIPO DE JORNADA LABORAL DE LA

Tipo de contrato o situación laboral	Estado de salud últimos 12 meses		Ha padecido trastornos mentales en	
	Buen estado de salud autopercebida ORa(IC95%) ^a	Visitas al médico de familia ORa(IC95%) ^a	Depresión ORa(IC95%) ^a	Ansiedad crónica ORa(IC95%) ^a
Empresaria	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b
Funcionaria	1,01(0,67-1,50)	1,07(0,70-1,64)	0,86(0,46-1,64)	0,87(0,49-1,54)
Asalariada indefinida	1,06(0,74-1,53)	1,09(0,74-1,60)	0,97(0,56-1,71)	0,89(0,54-1,47)
Asalariada temporal	1,01(0,68-1,49)	1,03(0,68-1,57)	1,29(0,71-2,34)	0,96(0,56-1,65)
Autónoma	1,03(0,68-1,55)	0,91(0,58-1,40)	0,94(0,50-1,78)	0,77(0,43-1,38)
Sin contrato	0,92(0,46-1,83)	1,16(0,49-2,70)	2,25(0,93-5,40)	1,87(0,81-4,33)
Desempleada	0,65(0,45-0,94) ^d	1,28(0,85-1,93)	1,83(1,05-3,21) ^d	1,61(0,97-2,66)
Categoría Ocupacional				
Directivas con más 10 trabajadores	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b
Directivas con menos 10 trabajadores	0,93(0,69-1,24)	0,92(0,71-1,18)	1,01(0,61-1,68)	1,00(0,66-1,51)
Técnicas intermedias	0,83(0,64-1,06)	1,16(0,91-1,47)	1,36(0,89-2,07)	1,11(0,78-1,59)
Supervisoras cualificadas	0,66(0,49-0,89) ^d	1,35(0,99-1,82)	1,56(0,96-2,52)	1,25(0,82-1,89)
Técnicas manuales cualificadas	0,66(0,51-0,85) ^d	1,13(0,88-1,45)	1,80(1,18-2,74) ^d	1,34(0,94-1,91)
Técnicas manuales no cualificadas	0,60(0,45-0,79) ^d	1,34(1,00-1,79) ^d	1,91(1,23-2,98) ^d	1,37(0,93-2,02)
Tiempo de trabajo				
A tiempo completo	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b
A tiempo parcial	0,89(0,75-1,06)	1,02(0,84-1,23)	1,48(1,15-1,91) ^d	1,22(0,96-1,55)
Tipo de jornada				
Partida	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b
Continua por la mañana	0,83(0,69-0,99) ^d	0,97(0,81-1,16)	1,32(0,98-1,76)	1,16(0,89-1,51)
Continua por la tarde	0,62(0,44-0,87) ^d	0,88(0,60-1,28)	2,49(1,58-3,90) ^d	1,87(1,21-2,89) ^d
Continua por la noche	1,04(0,46-2,34)	1,07(0,44-2,61)	1,62(0,55-4,78)	0,92(0,27-3,06)
Turnos	0,67(0,46-0,98) ^d	1,09(0,73-1,64)	1,86(1,06-3,27) ^d	1,52(0,91-2,54)
Jornada irregular o variable según los días	1,01(0,79-1,29)	0,89(0,70-1,14)	1,17(0,80-1,71)	0,90(0,63-1,29)
Otros tipos	0,83(0,65-1,06)	1,15(0,87-1,52)	1,64(1,14-2,37) ^d	1,41(1,00-1,98)

^a ORa: odds ratio ajustados por edad, nacionalidad, estado civil, nivel de educación; IC95%: intervalo de confianza del 95%

^b Categoría de referencia.

^c Indicadores medido solo en las personas empleadas.

^d Diferencias estadísticamente significativas con un p-valor <0.05.

LOS INDICADORES DE SALUD Y CONSUMO SELECCIONADOS CON LA SITUACIÓN LABORAL, POBLACIÓN ACTIVA FEMENINA. ENSE 2017

los últimos 12 meses	Consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses		Conductas adictivas	
Estrés laboral ORa(IC95%) ^a	Tranquilizantes ORa(IC95%) ^a	Antidepresivos, estimulantes ORa(IC95%) ^a	Fumar ORa(IC95%) ^a	Alcohol ORa(IC95%) ^a
1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b
0,85(0,60-1,2)	1,54(0,81-2,91)	1,05(0,45-2,43)	0,71(0,48-1,04)	0,82(0,58-1,15)
1,04(0,76-1,42)	1,26(0,70-2,26)	0,87(0,40-1,85)	0,86(0,61-1,21)	0,81(0,59-1,10)
0,62(0,44-0,86) ^d	1,02(0,53-1,94)	1,29(0,57-2,91)	0,97(0,67-1,40)	0,72(0,52-1,01)
0,78(0,55-1,11)	1,30(0,68-2,49)	0,94(0,40-2,23)	0,69(0,47-1,03)	0,81(0,70-1,14)
0,49(0,26-0,94) ^d	1,58(0,58-4,29)	2,79(0,89-8,57)	0,52(0,23-1,12)	0,56(0,29-1,09)
- ^c	1,83(1,02-3,32) ^d	1,84(0,87-3,90)	0,97(0,68-1,37)	0,53(0,38-0,73) ^d
1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b
0,67(0,53-0,84) ^d	1,20(0,75-1,92)	0,86(0,45-1,68)	1,18(0,91-1,53)	0,98(0,79-1,23)
0,84(0,68-1,03)	1,46(0,98-2,18)	1,08(0,63-1,88)	1,08(0,86-1,37)	0,83(0,68-1,00)
0,63(0,49-0,82) ^d	1,47(0,93-2,34)	1,02(0,54-1,92)	1,18(0,90-1,55)	0,61(0,48-0,77) ^d
0,81(0,66-1,02)	1,63(1,09-2,44) ^d	1,38(0,81-2,37)	1,24(0,98-1,57)	0,55(0,45-0,67) ^d
0,64(0,50-0,84) ^d	1,70(1,10-2,62) ^d	1,35(0,75-2,41)	1,16(0,89-1,50)	0,43(0,34-0,55) ^d
1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b
0,55(0,47-0,64) ^d	1,19(0,92-1,54)	0,97(0,68-1,39)	1,00(0,85-1,11)	0,91(0,79-1,06)
1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b	1 ^b
0,88(0,76-1,02)	1,44(1,08-1,92) ^d	1,11(0,75-1,64)	1,09(0,92-1,28)	0,95(0,82-1,10)
0,64(0,48-0,87) ^d	1,31(0,78-2,20)	1,07(0,52-2,18)	0,95(0,68-1,34)	0,73(0,53-0,99) ^d
1,56(0,79-3,07)	0,84(0,25-2,89)	1,04(0,23-4,55)	1,39(0,69-2,82)	0,55(0,27-1,12)
0,69(0,51-0,95) ^d	1,58(0,89-2,81)	1,43(0,67-3,04)	0,78(0,54-1,14)	0,69(0,49-0,95) ^d
1,27(1,05-1,55) ^d	1,55(1,08-2,23) ^d	1,20(0,73-1,96)	1,28(1,04-1,58) ^d	0,82(0,67-1,01)
1,06(0,86-1,30)	1,74(1,20-2,52) ^d	1,33(0,80-2,20)	1,28(0,95-1,51)	1,10(0,89-1,36)

las que refirieron un menor consumo de alcohol (ORa=0,73; IC95% 0,53-0,99 y ORa=0,69; 0,49-0,95; respectiva).

Discusión

Los resultados obtenidos confirman algunos resultados de estudios previos, en la medida que la prevalencia de una mala salud autopercebida, el hecho de padecer trastornos mentales y consumir hipnosedantes resulta mayor en las mujeres^(8,15,25), mientras que el consumo de alcohol y tabaco es superior en los hombres^(8,26,27). Asimismo, se confirma para ambos sexos que el desempleo se relaciona con una peor salud autopercebida, el hecho de padecer depresión y consumir de hipnosedantes^(5,7,8).

Ahora bien, el impacto del desempleo sobre la salud mental resulta superior en los hombres por diversos motivos. En primer lugar, porque las prevalencias de referir depresión entre los trabajadores que se encuentran parados y aquellos que están empleados son mucho más elevadas que las diferencias halladas en la población activa femenina. En segundo lugar, porque mientras que los desempleados han presentado prevalencias elevadas de ansiedad crónica y consumo de antidepresivos (en comparación con los hombres que están trabajando activamente), entre las mujeres que actualmente trabajan y las paradas no se han hallado dichas diferencias. Un patrón similar se observa para las clases sociales ocupacionales más vulnerables (técnicos/as cualificados/as y no cualificados/as), ya que ambos sexos han referido un peor estado de salud general autopercebido y mayores probabilidades de sufrir trastornos mentales. Sin embargo, el impacto ha sido superior en los varones técnicos manuales no cualificados. Dicha situación se podría explicar por la división de roles y responsabilidades familiares entre hombres y mujeres, tal y como han puesto de manifiesto estudios previos^(16,27).

Dado que el objetivo de la presente investigación es explorar y describir, en su conjunto, las asociaciones entre los factores laborales con los diferentes indicadores de salud y consumo, podemos observar diferentes patrones de relaciones, según la situación

laboral y clase social ocupacional. Por un lado, se ha identificado que las personas desempleadas, y que pertenecen a las clases sociales más vulnerables, padecen con mayor frecuencia depresión y ansiedad crónica. Dichos trastornos mentales, a su vez, están asociados tal y como manifiestan estudios previos, con el mayor consumo de hipnosedantes¹³ y de tabaco⁽²⁹⁾. Ello explicaría, en cierto modo, los patrones y asociaciones de vulnerabilidad social con los trastornos mentales, el consumo de hipnosedantes y de tabaco obtenidas en nuestro estudio.

Por otro lado, los/as empresarios/as y directivos/as en las empresas de mayor tamaño son los que más padecen estrés laboral, en comparación con las clases sociales ocupacionales más vulnerables. Este vínculo coincide con estudios previos⁽³⁰⁾, lo que confirma a su vez otros hallazgos previos, en la medida que estos colectivos presentan una mayor adicción al alcohol⁽⁵⁾. Existen dos hipótesis que podrían explicar el mayor consumo de alcohol en el personal de alta dirección. La primera consiste en que las diferencias de consumo entre clases se explican por los patrones culturales y por el menor acceso a tales sustancias por parte de los trabajadores manuales⁽⁵⁾. La segunda hipótesis es que el consumo más elevado de alcohol por parte de los directivos se asocia con una mayor necesidad de combatir el estrés^(14,31). Ambas hipótesis podrían llegar a explicar las relaciones encontradas en el presente estudio entre el personal de alta dirección con el estrés laboral y el alcohol.

También se puede observar la influencia de las relaciones entre la situación profesional y la clase social sobre el tiempo de trabajo. Por un lado, si consideramos (aunque con ciertos matices) que el empleo a tiempo parcial forma parte del empleo precario⁽²⁸⁾, los resultados obtenidos muestran que dicha parcialidad se asocia con una mayor prevalencia de depresión en las mujeres. Por otro lado, los resultados permiten ver que trabajar a tiempo completo se asocia con mayor estrés laboral en ambos sexos, y con el consumo de alcohol en los hombres. Los estudios previos registran resultados similares, en la medida que dichas investigaciones han asociado las jornadas de trabajo más extensas con el mayor consumo de alcohol⁽¹¹⁾.

Finalmente, por lo que refiere al tipo de jornada, los resultados obtenidos muestran diferencias de género importantes. Mientras que en los hombres se han identificado pocas asociaciones, siendo las jornadas irregulares más dañinas para la salud mental, para las mujeres se han identificados múltiples asociaciones. Al respecto, cabría destacar que las trabajadoras con jornada continua por la tarde, y a turnos, son las que presentan mayor prevalencia de depresión y ansiedad crónica; mientras que las jornadas irregulares afectan más al estrés, el consumo de tranquilizantes y de tabaco.

Estos resultados difieren de estudios previos que asociaban las patologías mentales y el consumo de sustancias al trabajo nocturno⁽¹²⁾, o a turnos⁽³²⁾, por lo que se necesita seguir investigando para mejorar la comprensión de esta relación. Sin embargo, permite observar que, mientras que la situación laboral o clase social ocupacional afecta más a los hombres, el tipo de jornada afecta más a las mujeres. Ello se podría explicar, de nuevo, por la división de roles de género, que implica una mayor carga de trabajo femenino en el ámbito familiar^(16, 27).

El estudio presenta algunas limitaciones comunes del uso de este tipo de encuestas. Por un lado, podría existir riesgos de causalidad inversa, sesgos de información y respuestas de complacencia por parte de los participantes; o bien responder aquello que se considera socialmente aceptado. Esta actitud podría producir un subregistro de las patologías mentales o del consumo de sustancias. De hecho, esta situación explicaría el reducido número de respuestas afirmativas sobre trastornos mentales (depresión o ansiedad crónica) o el elevado número de casos no respondidos sobre el consumo de hipnosedantes. Por otro lado, podrían existir sesgos de selección; por ejemplo, sobre las clases ocupacionales más vulnerables debido la potencialidad de abandono del cuestionario, o el aumento del número de preguntas no respondidas. Todo ello puede favorecer el subregistro de patologías y consumos. Además, la escasa representación de algunas categorías (p. ej. trabajar sin contrato, a turnos o jornada nocturna) impide hacer algunos análisis estratificados más completos. También la imposibilidad de disponer de

variables sociolaborales (por ejemplo, el número de horas de trabajo, los ritmos de producción, el apoyo social) puede actuar como factor de confusión. Finalmente, cabe mencionar que las asociaciones encontradas no pueden valorarse como “causales”, ya que se trata de un estudio transversal.

En conclusión, pese a las limitaciones, consideramos relevante el estudio, puesto que la exploración de patrones de salud y consumo puede servir como referencia para planificar políticas preventivas de salud laboral, tanto desde las instituciones laborales y sanitarias, como desde las empresas. Estos programas deberían enfocarse, como mínimo, hacia las personas desempleadas, las que pertenecen a clases sociales ocupacionales más vulnerables, y considerando las diferencias de género descritas. En concreto, se han identificado dos patrones de erosión de la salud derivados de las elevadas tasas de precariedad laboral. Por un lado, las personas más vulnerables (desempleadas y trabajadores/as manuales) sufren con mayor prevalencia depresión, ansiedad crónica, consumo de hipnosedantes y de tabaco, por lo que se deberían potenciar políticas activas de empleo para reducir las elevadas tasas de desempleo que siguen existiendo en España. Por otro lado, los/as directivos/as han referido mayor estrés laboral y consumo de alcohol. El problema de estos colectivos no radicaría tanto en el sostenimiento del empleo, sino en la desregulación de las condiciones de trabajo que han derivado en un incremento de la intensificación del mismo, y que opera como un factor determinante del mayor estrés laboral y de la afección al alcohol. A todo ello, habría que añadir otra serie de políticas de conciliación de vida laboral y familiar (por ejemplo, reducir la jornada de trabajo y establecer horarios compatibles con las tareas familiares), puesto que, como hemos observado, afecta de forma negativa, sobre todo, a las mujeres trabajadoras.

Bibliografía

1. Ferrando J, Palència L, Gotsens, M, et al. Trends in cancer mortality in Spain: the influence of the financial crisis. *Gac Sanit*, 2019; 33 (3): 229-234. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.008>

2. Porthé V, Vargas I, Ronda E, et al. Has the quality of health care for the immigrant population changed during the economic crisis in Catalonia (Spain)? Opinions of health professionals and immigrant users”, *Gac Sanit*, 2018; 32(5): 425-432. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.010>
3. Eurostat. Labour Force Survey. (Consultado el 05/06/2019.) Disponible en: (Consultado el 05/06/2019.) Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
4. Bartoll X, Palencia L, Malmusi D, et al. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health* 2013; 24: 415-8.
5. Urbanos-Garrido RM, Lopez-Valcarcel BG. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *Eur J Health Econ* 2015; 16: 175-84
6. Sirviö A, Ek E, Jokelainen J, Koironen M, et al. Precariousness and discontinuous work history in association with health. *Scand J Public Health*. 2012; 40(4):360-7. doi: 10.1177/1403494812450092.
7. Benavides FG, Ruiz-Forés N, Delclós J, et al. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. *Gac Sanit*. 2013;27:248-53.16.
8. Teixidó-Compañó E, Espelt A, Sordo L, et al. Differences between men and women in substance use: the role of educational level and employment status. *Gac Sanit*. 2018; 32(1):41-47. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.12.017
9. Hammarstrom A. Health consequences of youth unemployment—review from a gender perspective. *Soc Sci Med*. 1994; 38: 699- 709.
10. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009; 374:315-23.
11. Arias-Uriona AM, Ordóñez JC. Factores de precariedad laboral y su relación con la salud de trabajadoras salariales y con contrato en Bolivia. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:e98. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.98>
12. García-Díaz V, Fernández-Feito A, Arias L. Consumo de tabaco y alcohol según la jornada laboral en España. *Gac Sanit* 2015; 29(5)364-369.
13. Colell E, Sanchez-Niubo A, Ferrer M, et al. Gender differences in the use of alcohol and prescription drugs in relation to job insecurity. Testing a model of mediating factors. *International Journal of Drug Policy* 2016; 37: 21-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.07.002>
14. Colell E, Sánchez-Niubò A, Benavides FG. Work-related stress factors associated with problem drinking: A study of the Spanish working population. *Am J Ind Med*. 2014;57(7):837-46. doi: 10.1002/ajim.22333.
15. Colell E, Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A, et al. Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados. *Gac Sanit*. 2014; 28(5): 369-375. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.009>
16. Arias-de la Torre J, Molina AJ, Fernández Villa T, et al. Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gac Sanit*. 2019;33(3):235-241. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.005>
17. Virtanen M, Honkonen T, Kivimaki M, et al. Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *J Affect Disord*. 2007; 98:189-97.
18. Wang J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychol Med*. 2005; 35:865-71.
19. Romelsjo A, Stenbacka M, Lundberg M, et al. A population study of the association between hospitalization for alcoholism among employees in different socio-economic classes and the risk of mobility out of, or within, the workforce. *Eur J Public Health*. 2004; 14: 53- 57.
20. Quinlan M, Mayhew C, Bohle P. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. *Int J Health Serv*. 2001;31(2):335-414.
21. Benach J, Vives A, Amable M, et al. Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. *Annu. Rev. Public Health*. 2014; 35:229-53.
22. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud 2017. ENSE 2017 Metodología. 2017. (Consultado el 05/06/2019.) Disponible en: <https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf11>

23. Henares-Montiel J, Ruíz-Perez I, Sordo L. Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gac Sanit.* 2019. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>
24. Beneyto PJ, Payá R. Mercado de trabajo y estructura ocupacional. En: Perelló S. (ed). *Estructura Social Contemporánea*. Valencia: Tirant lo Blanch; 2019. p.169-204.
25. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011; 21:655-79.
26. Bosque-Prous M, Espelt A, Borrell C, et al. Gender differences in hazardous drinking among middle-aged in Europe: the role of social context and women's empowerment. *Eur J Public Health.* 2015; 25:698-705.
27. Mäkelä P, Gmel G, Grittner U, et al. Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol Alcohol Suppl.* 2006; 41:i8-18.
28. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, et al. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Soc Sci Med.* 2011; 72(4):600-607.
29. Obradiel N, García-Vicent, V. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. *Trastornos Adictivos.* 2007;9(1):31-8. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(07\)75628-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(07)75628-3)
30. Benavides FG, Benach J, Romá C. Tipos de empleo y salud: análisis de la segunda Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo. *Gac Sanit.* 1999; 13(6). 425-430. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71402-0](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71402-0).
31. De Goeij MC, Suhrcke M, Toffolutti V. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. *Soc Sci Med.* 2015; 131:131-46. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.025.
32. Boggild H, Knutson A. Shift work, risk factors and cardiovascular disease. *ScandJ Work Environ Health.* 1999; 25:85-99.17.