

# ENCUESTA SOBRE ADICCIONES EN EUSKADI 2017

## Monográfico sobre psicofármacos y sustancias dopantes



## ÍNDICE

ÍNDICE .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
<b>1. OBJETIVOS, ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. Objetivos .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. Estructura del monográfico .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3. Metodología .....</b>	<b>6</b>
1.3.1. El cuestionario .....	6
1.3.2. El diseño muestral.....	6
1.3.3. Trabajo de campo.....	7
1.3.4. La serie temporal de datos de la Encuesta sobre Adicciones / Euskadi y Drogas.....	7
<b>1.4. Las variables utilizadas .....</b>	<b>7</b>
1.4.1. Las variables independientes .....	7
1.4.2. Las variables dependientes .....	9
<b>1.5. Los métodos utilizados para el análisis de las variables .....</b>	<b>14</b>
<b>2. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS Y SUSTANCIAS DOPANTES EN EUSKADI.....</b>	<b>15</b>
<b>3. PSICOFÁRMACOS .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1. Introducción .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2. Prevalencias generales de consumo de psicofármacos .....</b>	<b>22</b>
<b>3.3. Prevalencias de consumo combinado de psicofármacos .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4. Evolución de las prevalencias generales de consumo de psicofármacos .....</b>	<b>39</b>
<b>3.5. Contextualización de las prevalencias generales de consumo de     psicofármacos .....</b>	<b>46</b>
<b>3.6. Edad del primer consumo de psicofármacos .....</b>	<b>49</b>
3.6.1. Edad media del primer consumo de psicofármacos .....	49
3.6.2. Distribución de la población en función de la edad de inicio en el consumo de psicofármacos.....	52
3.6.3. Evolución de la edad de inicio en el consumo de psicofármacos .....	56
<b>3.7. Perfil mayoritario de la población consumidora de psicofármacos.....</b>	<b>61</b>
<b>3.8. Accesibilidad y percepción social en torno al consumo de     psicofármacos en Euskadi .....</b>	<b>63</b>
3.8.1. Opinión sobre los problemas que acarrea el consumo de psicofármacos.....	63
3.8.2. Grado de accesibilidad a los psicofármacos.....	66
<b>3.9. Estimación del riesgo de consumo de psicofármacos en función del     sexo, la edad y el nivel de estudios.....</b>	<b>69</b>
<b>4. SUSTANCIAS DOPANTES .....</b>	<b>71</b>
<b>4.1. Introducción .....</b>	<b>71</b>
<b>4.2. Prevalencias generales de consumo de sustancias dopantes .....</b>	<b>72</b>
<b>4.3. Evolución de las prevalencias generales de consumo de sustancias     dopantes .....</b>	<b>75</b>
<b>4.4. Edad media del primer consumo de sustancias dopantes .....</b>	<b>75</b>
<b>5. ANEXOS .....</b>	<b>77</b>
<b>5.1. Anexo 1: Modificaciones sobre psicofármacos en el cuestionario .....</b>	<b>77</b>
<b>5.2. Anexo 1: Modificaciones sobre sustancias dopantes en el cuestionario .....</b>	<b>81</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>82</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente informe monográfico es el quinto de los seis realizados a partir de la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi realizada en el año 2017. El primer monográfico mostraba los resultados en relación con el consumo de alcohol, el segundo se centró en el consumo de tabaco, el tercero en el consumo de cannabis y el cuarto en las adicciones comportamentales. Este quinto monográfico está centrado en los psicofármacos y las sustancias dopantes y el sexto estará centrado en el consumo de otras drogas ilegales.

Este quinto monográfico proporciona una panorámica general de la situación de Euskadi en torno al consumo de psicofármacos y sustancias dopantes. Asimismo, el estudio permite conocer las actitudes y la percepción de la ciudadanía en relación con estas sustancias.

La Encuesta sobre Adicciones en Euskadi (anteriormente denominada Encuesta Euskadi y Drogas) es una operación promovida por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco e incluida en el Plan Vasco de Estadística 2014-2017. Esta operación estadística consiste en una encuesta domiciliaria dirigida a conocer la incidencia de diversas adicciones, con y sin sustancia, entre la población vasca de 15 a 74 años, así como la percepción y valoración de la ciudadanía sobre diversas cuestiones relacionadas con el consumo de drogas y las adicciones.

La primera edición de esta encuesta se realizó en el año 1992 y, a partir de ese año, se fue efectuando con una periodicidad bianual hasta el año 2012 [1]–[11]. Actualmente, su periodicidad es quinquenal, con lo que los resultados de esta edición suponen una actualización de los resultados que se obtuvieron en el año 2012. En términos generales, la encuesta cubre un periodo de 25 años, cuenta ya con doce ediciones y es una de las operaciones estadísticas en materia de adicciones más antigua y consolidada de nuestro entorno.

Es importante considerar el papel que desempeña la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi a la hora de conocer la incidencia, prevalencia y problemática que determinados consumos y/o comportamientos adictivos tienen en nuestra sociedad, así como conocer su extensión, identificar las principales pautas de consumo y valorar su evolución. Igualmente, su utilidad es fundamental a la hora de evaluar la percepción de la ciudadanía vasca respecto al fenómeno de las drogas y respecto a las políticas públicas aplicadas en materia de drogodependencias. Finalmente, merece especial atención destacar la indudable utilidad de la encuesta a la hora de orientar el diseño o la evaluación de las políticas en materia de drogodependencias.

## 1. OBJETIVOS, ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

### 1.1. Objetivos

El objetivo principal de este monográfico es el de describir y analizar los principales resultados que en relación con los psicofármacos y las sustancias dopantes ofrece la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi 2017. El monográfico profundiza en las prevalencias de consumo, la edad de inicio, la evolución, distribución por grupos sociales, el perfil de las personas consumidoras y su percepción social.

Los objetivos específicos del estudio con relación a los psicofármacos son los siguientes:

- Conocer la prevalencia y extensión del consumo de psicofármacos (con y sin receta médica) alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y últimos 30 días entre la población de Euskadi, así como su evolución a lo largo de las últimas seis ediciones de encuesta desde 2006.
- Analizar las diferencias en las prevalencias de consumo de psicofármacos (tranquilizantes, sedantes y somníferos o antidepresivos) con receta, sin receta y con o sin receta médica, así como la edad de inicio.
- Analizar las diferencias por sexo, grupos de edad y nivel de estudios en lo referente a las prevalencias de consumo de psicofármacos.
- Describir el perfil mayoritario de la población consumidora de psicofármacos, con y sin receta médica en Euskadi.
- Conocer la percepción de la población de Euskadi con respecto a los problemas que acarrea el consumo de psicofármacos, así como en relación con la facilidad/dificultad percibida en torno a la obtención de estas sustancias sin receta en un plazo aproximado de 24 horas.

Los objetivos específicos del estudio en relación con las sustancias dopantes son los siguientes:

- Conocer la prevalencia y la extensión del consumo de sustancias dopantes alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y últimos 30 días entre la población de Euskadi.
- Analizar la evolución de las prevalencias de consumo de sustancias dopantes en Euskadi en los últimos cinco años, así como la edad de inicio en su consumo.
- Analizar las diferencias por sexo, grupos de edad y nivel de estudios en lo referente a las prevalencias de consumo de sustancias dopantes en Euskadi.

## 1.2. Estructura del monográfico

Se ha optado por estructurar el capítulo del presente informe sobre psicofármacos en función de los siguientes aspectos:

- Prevalencias generales de consumo de psicofármacos.
- Evolución de las prevalencias generales de consumo de psicofármacos.
- Edad del primer consumo de psicofármacos.
- Perfil mayoritario de la población consumidora de psicofármacos.
- Accesibilidad y percepción social en torno del consumo de psicofármacos.
- Estimación del riesgo respecto al consumo de sustancias dopantes en función del sexo, la edad y el nivel de estudios.

El capítulo sobre sustancias dopantes ha sido estructurado en función de los siguientes aspectos:

- Prevalencias generales del consumo de sustancias dopantes.
- Evolución de las prevalencias generales de consumo de sustancias dopantes.
- Edad media del primer consumo de sustancias dopantes.

En cuanto a la estructura para cada uno de los indicadores analizados en el presente monográfico, los resultados se presentan desagregados, principalmente, por sexo, edad y nivel de estudios. En el caso del perfil mayoritario de las personas consumidoras de psicofármacos, además de por sexo, edad y nivel de estudios, la distribución se muestra también para el lugar de nacimiento y la autovaloración tanto de la situación familiar como del estado de salud. En lo referente al análisis evolutivo, en el caso de los psicofármacos se presentan los resultados de las últimas cinco ediciones de la encuesta (desde 2006), mientras que en el caso del consumo de sustancias dopantes, la evolución hace referencia a los últimos cinco años desde 2012. Si bien es cierto que anteriormente también se preguntaba por estas cuestiones en la encuesta, las preguntas fueron modificadas y no recogen exactamente la misma información, por lo que los resultados no son completamente comparables y se ha optado por no incluirlos en el presente informe.

- Los resultados se muestran desagregados por sexo por los siguientes motivos:
  - En primer lugar, entender mejor el consumo de psicofármacos y sustancias dopantes de mujeres y de hombres por separado (puesto que, muchas veces, los resultados globales para toda la población dejan ocultas grandes diferencias entre mujeres y hombres);
  - En segundo lugar, analizar la evolución que ha tenido el consumo para mujeres y para hombres de forma individual respecto a las ediciones anteriores y;
  - En tercer lugar, poder comparar los resultados entre los dos sexos.
- El análisis del consumo de psicofármacos y sustancias dopantes se presenta, también, de forma desagregada por tramos de edad, con el objetivo de examinar hasta qué punto las diferencias generacionales resultan importantes a la hora de conocer la realidad del consumo de estas sustancias. En algunos casos los grupos de edad varían y no se han mantenido iguales en todos los casos, puesto que se ha considerado que un análisis más o menos desagregado podría ayudar mejor en la comprensión del fenómeno y su interpretación.

- Asimismo, el análisis de las prevalencias generales de estas sustancias se ha realizado desagregado por nivel de estudios, con el objetivo de analizar si existen desigualdades entre grupos con un nivel educativo diferente.

En todo caso, este estudio va más allá de un análisis desagregado por sexo y edad, y se plantea desde una perspectiva de interacción, en la que se combinan al mismo tiempo el sexo y la edad de la población. Es decir, tiene en cuenta no sólo las desigualdades entre mujeres y hombres, sino las que existen entre las diferentes generaciones dentro del colectivo de mujeres y de hombres.

Por último, es importante subrayar que el uso y aprovechamiento de los datos de la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi 2017, y sus anteriores ediciones, no acaban con la redacción del presente informe. Es importante recordar en ese sentido que las bases de datos están disponibles para las personas que estén interesadas en el estudio de la relación de la población vasca con el ámbito de las adicciones. Los principales resultados de la encuesta se recogen, además, en el banco de datos sobre adicciones disponibles en la página web [www.drogomedia.com](http://www.drogomedia.com), promovida por la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco.

### **1.3. Metodología**

#### **1.3.1. El cuestionario**

El cuestionario utilizado en la edición de 2017 de la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi ha sido diseñado por el equipo técnico de la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco, en colaboración con el SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga, responsable de la redacción de este monográfico.

En esta última edición, el cuerpo de preguntas habituales ha sufrido algún cambio y, además, se han incluido algunas preguntas nuevas. El cuestionario se estructura de igual modo que viene haciéndose desde 2004, se organiza en tres grandes bloques y contiene en total 94 preguntas, la mayoría de ellas cerradas. El primer bloque consta de nueve preguntas diseñadas con el objetivo de conocer la percepción que la ciudadanía vasca tiene sobre el consumo de drogas y su opinión sobre las políticas y principales medidas de actuación adoptadas en esta materia. El segundo bloque, y núcleo central del cuestionario, está compuesto de 64 preguntas, dirigidas en su mayoría a conocer la extensión y las pautas de consumo de tabaco, alcohol, psicofármacos, sustancias dopantes y principales drogas ilegales y la incidencia de ciertas conductas problemáticas asociadas al juego y uso de internet. El cuestionario concluye con un tercer bloque de preguntas, 20 en total, que recogen las principales características sociodemográficas, socioeconómicas y de salud de las personas entrevistadas.

El cuestionario empleado en la presente edición introduce ciertas modificaciones respecto al utilizado en el año 2012. Dichas modificaciones se describen en los anexos del presente monográfico.

#### **1.3.2. El diseño muestral**

La muestra utilizada en la presente edición de la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi ha sido diseñada por Eustat (Euskal Estatistika Erakundea/Instituto Vasco de Estadística), a petición de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. El marco de la muestra está compuesto por la población de 15 a 74 años residente en viviendas familiares de la Comunidad Autónoma del País Vasco y la encuesta ha sido realizada a una muestra de 2.013 personas.

### 1.3.3. Trabajo de campo

El trabajo de campo ha sido desarrollado por la empresa QUOR entre los meses de noviembre de 2017 y febrero de 2018.

### 1.3.4. La serie temporal de datos de la Encuesta sobre Adicciones / Euskadi y Drogas

Como se ha comentado anteriormente, en el presente monográfico se ha prestado especial atención al análisis evolutivo, mostrando, en la medida de lo posible, los datos desde el inicio de la serie Euskadi y Drogas. A pesar de la dificultad que suponen los cambios que se aplican sucesivamente en la estructura del cuestionario, una de las principales fortalezas de la serie Euskadi y Drogas reside en la posibilidad de analizar el fenómeno a largo plazo. Para ello, se ha recurrido a las bases de datos correspondientes a las diferentes ediciones de la encuesta, realizando nuevas explotaciones de datos, extrayendo a partir de ellas nuevos indicadores o, en su caso, indicadores comparables con los que se vienen utilizando en los últimos años. En los casos en los que en los resultados no aparecen determinados años, se debe a que no se encuentra disponible la información en esa edición o que los datos no son comparables.

Entre 1992 y 1996, la muestra de la encuesta estaba compuesta por personas de 15 y más años; entre 1998 y 2002 por individuos de entre 15 y 79 años. En lo que a este monográfico se refiere, sin embargo, a partir de 2006, la muestra la componen personas con edades comprendidas entre los 15 y los 74 años.

Evolución de las características del tamaño de la muestra y la población de la encuesta				
Edición	Características originales		Características en el monográfico	
	Tamaño (N)	Población	Tamaño (N)	Población
2006	2.004	15-74 años	2.004	15-74 años
2008	2.016	15-74 años	2.016	15-74 años
2010	2.016	15-74 años	2.016	15-74 años
2012	2.007	15-74 años	2.007	15-74 años
2017	2.013	15-74 años	2.013	15-74 años

## 1.4. Las variables utilizadas

Se resumen a continuación las definiciones de las principales variables utilizadas. En primer lugar, las variables independientes relativas a las características de la persona encuestada y, en segundo lugar, las variables relacionadas con los psicofármacos y las sustancias dopantes.

### 1.4.1. Las variables independientes

En el presente informe han sido tres las variables independientes principales utilizadas para el análisis: el sexo, la edad y el nivel de instrucción. No se han utilizado, por tanto, otras variables incluidas en el cuestionario como la ocupación o la actividad, entre otras.

- **Sexo:** Esta variable diferencia a la población en mujeres y hombres, según la categoría de sexo asignada.
- **Edad:** La edad recogida para cada persona ha sido la que tenía en el momento de realizar la encuesta. La edad ha sido agrupada en diferentes categorías. Como se ha señalado previamente, no se han empleado los mismos grupos de edad en todo el estudio, puesto que hay casos en los que se ha considerado que un análisis más o menos desagregado podría ayudar mejor en la comprensión del fenómeno y su interpretación.
- **Nivel de estudios:** El nivel de estudios ha sido agrupado en dos categorías a partir de las respuestas obtenidas del cuestionario.

- Nivel de estudios inferior: “no sabe leer ni escribir”, “estudios primarios incompletos”, “estudios primarios o equivalentes” y “educación secundaria de 1ª etapa”.
- Nivel de estudios superior: “estudios de bachillerato”, “enseñanzas profesionales de grado medio o equivalente”, “enseñanzas profesionales de grado superior o equivalente”, “estudios universitarios de 1er ciclo”, “estudios universitarios de 2º ciclo o equivalente” y “doctorado o equivalente”.

En el caso de los resultados relativos al perfil mayoritario que presentan las personas consumidoras de psicofármacos se muestran los resultados de la distribución por lugar de nacimiento, autovaloración de la situación familiar y autovaloración de la salud:

- **Lugar de nacimiento:** esta variable agrupa a aquellas personas que han nacido en el resto del Estado Español (fuera de Euskadi), y aquellas que han nacido en el extranjero, ya sea en un país de la Unión Europea o fuera de la Unión Europea. En concreto, esta variable está calculada a partir de la siguiente pregunta: “¿Dónde nació Ud.?” y las siguientes categorías de respuesta: “En la CAPV”, “Resto Estado Español”, “Extranjero, país de la Unión Europea” y “Extranjero, país no incluido en la Unión Europea”.
- **Clase social familiar percibida:** esta variable ha sido creada en base a la siguiente pregunta: “En el momento actual definiría su familia como...” y las siguientes categorías de respuesta: “muy pobre”, “pobre”, “más bien pobre”, “apañándose, por debajo de la media”, “por encima de la media, confortable”, “próspera, acomodada”, “rica”, “muy rica” y “no sabe/no contesta”. En este caso las categorías se han clasificado en cuatro, en base a la percepción sobre su situación de las personas encuestadas: a) rica o muy rica, b) por encima de la media, c) por debajo de la media y d) pobre o muy pobre.
- **Autovaloración de la salud:** esta variable ha sido creada en base a la siguiente pregunta: “¿Considera usted que su salud en general es...?” y las siguientes categorías de respuesta: “excelente”, “muy buena”, “buena”, “regular” y “mala”. Estas categorías se han agrupado en tres: a) excelente o muy buena, b) buena y c) regular o mala.

La tabla siguiente presenta las características de las variables independientes de la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi del año 2017 utilizadas en este estudio:

Variable	Categorías	N	Absolutos	Distribución (%)
Sexo	Mujeres	982	825.351	49,7
	Hombres	1.031	836.873	50,3
	Total	2.013	1.662.224	100,0
Edad	15-24	445	183.260	11,0
	25-34	431	217.814	13,1
	35-54	687	698.089	42,0
	55-74	450	563.061	33,9
	Total	2.013	1.662.224	100,0
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	525	469.033	28,2
	Estudios secundarios	890	720.404	43,3
	Estudios universitarios	598	472.787	28,4
	Total	2.013	1.662.224	100,0
Lugar de nacimiento	Estado	1.785	1.500.317	90,3
	Fuera Estado	228	161.907	9,7
	Total	2.013	1.662.224	100,0

Variable	Categorías	N	Absolutos	Distribución (%)
Clase social familiar percibida	Pobre o muy pobre	79	64140	3,9
	Por debajo de la media	631	528.482	31,8
	Por encima de la media	1.037	853.114	51,3
	Rica o muy rica	227	186.391	11,2
	Ns/Nc	39	30.097	1,8
	Total	2.013	1.662.224	100,0
Estado de salud autopercebido	Excelente o muy buena	846	566.658	34,1
	Buena	904	813.011	48,9
	Regular o mala	263	282.555	17,0
	Total	2.013	1.662.224	100,0

### 1.4.2. Las variables dependientes

A continuación se describen las variables e indicadores principales de la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi 2017 que se han utilizado en el análisis del presente monográfico.

#### a) Psicofármacos:

**Psicofármacos con receta médica:** Hace referencia a los medicamentos que han sido prescritos por un/una médico/a.

- Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos alguna vez en la vida con receta médica:** Hace referencia al consumo alguna vez en la vida, aunque fuera sólo una vez, de algún medicamento prescrito por un/una médico/a para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir como *Diazepam, Lorazepam, Orfidal, Lexatin, Valium, Alprazolam, Trankimazin, Loramet, Noctamid, Rohypnol, Dormodor, Idalprem*, etc. No incluye *valeriana, pasiflora, dormidina o melatonina*.
- Consumo de antidepresivos alguna vez en la vida con receta médica:** Hace referencia al consumo alguna vez en la vida, aunque fuera sólo una vez, de algún medicamento prescrito por un/una médico/a para tratar los síntomas de la depresión como *Prozac, Paxil, Zoloft, Lexapro, Cymbata, Rexer, Lantanón, Xerosat, Triptizol...*
- Consumo de algún psicofármaco alguna vez en la vida con receta médica:** Hace referencia al consumo alguna vez en la vida, aunque fuera sólo una vez, de algún medicamento tranquilizante, sedante, somnífero y/o antidepresivo prescrito por un/una médico/a para calmar los nervios, la ansiedad, para dormir o para tratar los síntomas de la depresión.
- Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos en los últimos 12 meses con receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 12 meses de algún medicamento prescrito por un/una médico/a para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir como *Diazepam, Lorazepam, Orfidal, Lexatin, Valium, Alprazolam, Trankimazin, Loramet, Noctamid, Rohypnol, Dormodor, Idalprem*, etc. No incluye *valeriana, pasiflora, dormidina o melatonina*.
- Consumo de antidepresivos en los últimos 12 meses con receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 12 meses de algún medicamento prescrito por un/una médico/a para tratar los síntomas de la depresión como *Prozac, Paxil, Zoloft, Lexapro, Cymbata, Rexer, Lantanón, Xerosat, Triptizol...*

6. **Consumo de algún psicofármaco en los últimos 12 meses con receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 12 meses de algún medicamento tranquilizante, sedante, somnífero y/o antidepresivo prescrito por un/una médico/a para calmar los nervios, la ansiedad, para dormir o para tratar los síntomas de la depresión.
7. **Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos en los últimos 30 días con receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 30 días de algún medicamento prescrito por un/una médico/a para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir como *Diazepam, Lorazepam, Orfidal, Lexatin, Valium, Alprazolam, Trankimazin, Loramet, Noctamid, Rohypnol, Dormodor, Idalprem*, etc. No incluye *valeriana, pasiflora, dormidina o melatonina*.
8. **Consumo de antidepresivos en los últimos 30 días con receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 30 días de algún medicamento prescrito por un/una médico/a para tratar los síntomas de la depresión como *Prozac, Paxil, Zoloft, Lexapro, Cymbata, Rexer, Lantanón, Xerosat, Triptizol...*
9. **Consumo de algún psicofármaco en los últimos 30 días con receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 30 días de algún medicamento tranquilizante, sedante, somnífero y/o antidepresivo prescrito por un/una médico/a para calmar los nervios, la ansiedad, para dormir o para tratar los síntomas de la depresión.
10. **Edad de inicio en el consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos con receta médica:** Hace referencia a la edad en la que la persona encuestada consumió, por primera vez en su vida, tranquilizantes, sedantes y/o somníferos prescritos por un/una médico/a.
11. **Edad de inicio en el consumo de antidepresivos con receta médica:** Hace referencia a la edad en la que la persona encuestada consumió, por primera vez en su vida, antidepresivos prescritos por un/una médico/a.

**Psicofármacos sin receta médica:** hace referencia a los medicamentos que se han obtenido sin receta médica. Es decir, el/la médico/a se lo ha recetado a otra persona de la familia y la persona encuestada los toma de vez en cuando, el/la médico/a se lo recetó a la persona encuestada en alguna ocasión pero lo ha seguido tomando sin control por su médico/a, o la persona encuestada los ha conseguido por otros medios distintos a la receta médica.

12. **Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos alguna vez en la vida sin receta médica:** Hace referencia al consumo alguna vez en la vida, aunque fuera sólo una vez, de algún medicamento sin prescripción médica para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir como *Diazepam, Lorazepam, Orfidal, Lexatin, Valium, Alprazolam, Trankimazin, Loramet, Noctamid, Rohypnol, Dormodor, Idalprem*, etc. No incluye *valeriana, pasiflora, dormidina o melatonina*.
13. **Consumo de antidepresivos alguna vez en la vida sin receta médica:** Hace referencia al consumo alguna vez en la vida, aunque fuera sólo una vez, de algún medicamento sin prescripción médica para tratar los síntomas de la depresión como *Prozac, Paxil, Zoloft, Lexapro, Cymbata, Rexer, Lantanón, Xerosat, Triptizol...*
14. **Consumo de algún psicofármaco alguna vez en la vida sin receta médica:** Hace referencia al consumo alguna vez en la vida, aunque fuera sólo una vez, de algún medicamento tranquilizante, sedante, somnífero y/o antidepresivo sin prescripción médica para calmar los nervios, la ansiedad, para dormir o para tratar los síntomas de la depresión.

15. **Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos en los últimos 12 meses sin receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 12 meses de algún medicamento sin prescripción médica para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir como *Diazepam, Lorazepam, Orfidal, Lexatin, Valium, Alprazolam, Trankimazin, Loramet, Noctamid, Rohypnol, Dormodor, Idalprem*, etc. No incluye *valeriana, pasiflora, dormidina o melatonina*.
16. **Consumo de antidepresivos en los últimos 12 meses sin receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 12 meses de algún medicamento sin prescripción médica para tratar los síntomas de la depresión como *Prozac, Paxil, Zoloft, Lexapro, Cymbata, Rexer, Lantanón, Xerosat, Triptizol...*
17. **Consumo de algún psicofármaco en los últimos 12 meses sin receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 12 meses de algún medicamento tranquilizante, sedante, somnífero y/o antidepresivo sin prescripción médica para calmar los nervios, la ansiedad, para dormir o para tratar los síntomas de la depresión.
18. **Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos en los últimos 30 días sin receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 30 días de algún medicamento sin prescripción médica para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir como *Diazepam, Lorazepam, Orfidal, Lexatin, Valium, Alprazolam, Trankimazin, Loramet, Noctamid, Rohypnol, Dormodor, Idalprem*, etc. No incluye *valeriana, pasiflora, dormidina o melatonina*.
19. **Consumo de antidepresivos en los últimos 30 días sin receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 30 días de algún medicamento sin prescripción médica para tratar los síntomas de la depresión como *Prozac, Paxil, Zoloft, Lexapro, Cymbata, Rexer, Lantanón, Xerosat, Triptizol...*
20. **Consumo de algún psicofármaco en los últimos 30 días sin receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 30 días de algún medicamento tranquilizante, sedante, somnífero y/o antidepresivo sin prescripción médica para calmar los nervios, la ansiedad, para dormir o para tratar los síntomas de la depresión.
21. **Edad de inicio en el consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos sin receta médica:** Hace referencia a la edad en la que la persona encuestada consumió, por primera vez en su vida, tranquilizantes, sedantes y/o somníferos sin prescripción médica.
22. **Edad de inicio en el consumo de antidepresivos sin receta médica:** Hace referencia a la edad en la que la persona encuestada consumió, por primera vez en su vida, antidepresivos sin prescripción médica.

**Psicofármacos con o sin receta médica:** Hace referencia a los medicamentos consumidos que han sido prescritos o no por un/una médico/a.

23. **Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos alguna vez en la vida con o sin receta médica:** Hace referencia al consumo alguna vez en la vida, aunque fuera sólo una vez, de algún medicamento prescrito o no por un/una médico/a para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir como *Diazepam, Lorazepam, Orfidal, Lexatin, Valium, Alprazolam, Trankimazin, Loramet, Noctamid, Rohypnol, Dormodor, Idalprem*, etc. No incluye *valeriana, pasiflora, dormidina o melatonina*.

24. **Consumo de antidepresivos alguna vez en la vida con o sin receta médica:** Hace referencia al consumo alguna vez en la vida, aunque fuera sólo una vez, de algún medicamento prescrito o no por un/una médico/a para tratar los síntomas de la depresión como *Prozac, Paxil, Zoloft, Lexapro, Cymbata, Rexer, Lantanón, Xerosat, Triptizol...*
25. **Consumo de algún psicofármaco alguna vez en la vida con o sin receta médica:** Hace referencia al consumo alguna vez en la vida, aunque fuera sólo una vez, de algún medicamento tranquilizante, sedante, somnífero y/o antidepresivo prescrito o no por un/una médico/a para calmar los nervios, la ansiedad, para dormir o para tratar los síntomas de la depresión.
26. **Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos en los últimos 12 meses con o sin receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 12 meses de algún medicamento prescrito o no por un/una médico/a para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir como *Diazepam, Lorazepam, Orfidal, Lexatin, Valium, Alprazolam, Trankimazin, Loramet, Noctamid, Rohypnol, Dormodor, Idalprem*, etc. No incluye *valeriana, pasiflora, dormidina o melatonina*.
27. **Consumo de antidepresivos en los últimos 12 meses con o sin receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 12 meses de algún medicamento prescrito o no por un/una médico/a para tratar los síntomas de la depresión como *Prozac, Paxil, Zoloft, Lexapro, Cymbata, Rexer, Lantanón, Xerosat, Triptizol...*
28. **Consumo de algún psicofármaco en los últimos 12 meses con o sin receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 12 meses de algún medicamento tranquilizante, sedante, somnífero y/o antidepresivo prescrito o no por un/una médico/a para calmar los nervios, la ansiedad, para dormir o para tratar los síntomas de la depresión.
29. **Consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos en los últimos 30 días con o sin receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 30 días de algún medicamento prescrito o no por un/una médico/a para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir como *Diazepam, Lorazepam, Orfidal, Lexatin, Valium, Alprazolam, Trankimazin, Loramet, Noctamid, Rohypnol, Dormodor, Idalprem*, etc. No incluye *valeriana, pasiflora, dormidina o melatonina*.
30. **Consumo de antidepresivos en los últimos 30 días con o sin receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 30 días de algún medicamento prescrito o no por un/una médico/a para tratar los síntomas de la depresión como *Prozac, Paxil, Zoloft, Lexapro, Cymbata, Rexer, Lantanón, Xerosat, Triptizol...*
31. **Consumo de algún psicofármaco en los últimos 30 días con o sin receta médica:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 30 días de algún medicamento tranquilizante, sedante, somnífero y/o antidepresivo prescrito o no por un/una médico/a para calmar los nervios, la ansiedad, para dormir o para tratar los síntomas de la depresión.

**Sustancias dopantes:**

32. **Consumo de sustancias dopantes alguna vez en la vida:** Hace referencia al consumo alguna vez en la vida, aunque fuera sólo una vez, de alguna sustancia, por ejemplo, *EPO, anfetaminas, esteroides, testosterona* o a la práctica de algún método de dopaje farmacológico con el propósito de mejorar su rendimiento físico o aumentar su masa muscular.

33. **Consumo de sustancias dopantes en los últimos 12 meses:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 12 meses de alguna sustancia, por ejemplo, *EPO*, *anfetaminas*, *esteroides*, *testosterona* o a la práctica de algún método de dopaje farmacológico con el propósito de mejorar su rendimiento físico o aumentar su masa muscular.
34. **Consumo de sustancias dopantes en los últimos 30 días:** Hace referencia al consumo por lo menos en una ocasión en los últimos 30 días de alguna sustancia, por ejemplo, *EPO*, *anfetaminas*, *esteroides*, *testosterona* o a la práctica de algún método de dopaje farmacológico con el propósito de mejorar su rendimiento físico o aumentar su masa muscular.
35. **Edad de inicio en el consumo de sustancias dopantes:** Hace referencia a la edad en la que la persona encuestada consumió, por primera vez en su vida, sustancias dopantes.

El siguiente cuadro resume de forma gráfica las definiciones de los principales indicadores de consumo de la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi 2017 que se han utilizado en el presente monográfico:

Edición 2017		Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
- <i>Tranquilizantes, sedantes y/o somníferos</i>	Con receta médica	Def. 1	Def. 4	Def. 7
	Sin receta médica	Def. 12	Def. 15	Def. 18
	Con o sin receta médica	Def. 23	Def. 26	Def. 29
- <i>Antidepresivos</i>	Con receta médica	Def. 2	Def. 5	Def. 8
	Sin receta médica	Def. 13	Def. 16	Def. 19
	Con o sin receta médica	Def. 24	Def. 27	Def. 30
<b>Psicofármacos</b> (tranquilizantes, sedantes, somníferos o antidepresivos)	Con receta médica	Def. 3	Def. 6	Def. 9
	Sin receta médica	Def. 14	Def. 17	Def. 20
	Con o sin receta médica	Def. 25	Def. 28	Def. 31
<b>Sustancias dopantes</b>	--	Def. 32	Def. 33	Def. 34

En relación con los datos evolutivos, las preguntas sobre el consumo de psicofármacos han ido variando a lo largo de las diferentes ediciones de la encuesta. En la última edición de 2017 se pregunta, por un lado, por el consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos de forma conjunta y, por otro lado, por el consumo de antidepresivos. En las dos ediciones anteriores de 2010 y 2012, las preguntas sobre tranquilizantes, somníferos y antidepresivos estaban diferenciadas (3 preguntas diferentes). En las ediciones de 2006 y 2008, por su parte, las preguntas también estaban diferenciadas en el caso del consumo con receta médica (tres preguntas diferenciadas para el consumo de tranquilizantes, somníferos y antidepresivos), aunque se pregunta de forma conjunta por el consumo de psicofármacos sin receta médica (una única pregunta). Finalmente, hay que mencionar que en la edición de 2006 las preguntas sobre el consumo con receta médica se limitan al consumo realizado en los últimos 12 meses –no así en el caso del consumo sin receta médica en el que también se incluye el consumo realizado en los últimos 30 días–.

El siguiente cuadro resume de forma gráfica los principales cambios que se han producido en las preguntas sobre el consumo de psicofármacos a lo largo de las diferentes ediciones de la encuesta.

		2006	2008	2010	2012	2017
<i>Con receta</i>	Tranquilizantes	X*	X	X	X	X**
	Somníferos	X*	X	X	X	
	Antidepresivos	X*	X	X	X	X
<i>Sin receta</i>	Tranquilizantes	X	X	X	X	X**
	Somníferos			X	X	
	Antidepresivos			X	X	X

\* Consumo en los últimos 12 meses.

\*\* Tranquilizantes, sedantes y/o somníferos.

## 1.5. Los métodos utilizados para el análisis de las variables

Para la elaboración de este informe se han utilizado dos métodos de análisis complementarios. Por un lado, se ha realizado un análisis descriptivo de las principales variables relacionadas con el consumo de psicofármacos y sustancias dopantes así como de las variables que recogen la percepción de la ciudadanía sobre el consumo de estas sustancias. Los resultados de este análisis descriptivo han permitido obtener una imagen global de la situación actual en torno al consumo de psicofármacos y sustancias dopantes en Euskadi, así como conocer las actitudes y la opinión que mantiene la ciudadanía en relación con su consumo.

Para las variables dependientes cualitativas, se han calculado las prevalencias estandarizadas por edad tanto para mujeres como para hombres y por nivel de estudios. La estandarización por edad ha sido realizada mediante el método directo, tomando como referencia la población de Euskadi correspondiente al Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE<sup>1</sup>. Los análisis se han realizado desagregados por sexo, edad y nivel de estudios.

Este análisis descriptivo se ha completado con un análisis explicativo sobre el impacto que tienen las principales variables sociodemográficas –el sexo, la edad y el nivel de estudios– en el consumo de psicofármacos y sustancias dopantes. Se ha tratado de determinar si existen, entre las personas de distinto sexo, edad y nivel educativo, diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su consumo. Para realizar este análisis se ha utilizado, en primer lugar, la prueba de Chi-cuadrado, con un nivel de significación de 95% ( $\alpha >= 0.05$ ) para determinar si existe una relación, más allá de la que sería esperable por puro azar, entre las variables sociodemográficas y las variables de consumo de psicofármacos y sustancias dopantes.

Una vez detectadas las relaciones que sí resultan significativas, se ha procedido a calcular las *Odds Ratio* (OR) correspondientes, mediante modelos de regresión logística, para conocer cuánto más de probabilidad tienen unos grupos sobre otros (las mujeres frente a los hombres, los jóvenes frente a los adultos, las personas con un nivel de estudios bajo frente a quienes tienen un nivel superior, etc.). Las *odds ratios* (OR) calculadas a partir de modelos de regresión logística, se han estratificado por sexo, grupos de edad y nivel de estudios. Asimismo, en el caso del sexo y del nivel de estudios, los modelos de regresión se han ajustado por edad, para poder controlar esta variable como factor de confusión que puede intervenir en la relación entre las variables independientes y dependientes.

---

<sup>1</sup> Para realizar la comparación entre diferentes grupos sociales es necesario que el método de estandarización y la población elegida sean los mismos. En el presente monográfico estos dos requisitos se han cumplido. En este sentido, hay que recordar que el objetivo de la estandarización es favorecer la comparación, y no ofrecer valores reales de la población. Por tanto, debido a la estandarización, los resultados estandarizados pueden no coincidir con los resultados brutos de cada indicador.

## 2. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS Y SUSTANCIAS DOPANTES EN EUSKADI

### PSICOFÁRMACOS

#### Prevalencias generales de consumo de psicofármacos:

- En Euskadi el **28,7%** de la población de 15 a 74 años –más de 477.000 personas– declara que ha consumido algún psicofármaco **a lo largo de su vida**, el **15,4%** lo ha hecho en los **últimos 12 meses** y uno de cada diez en los **últimos 30 días** (10,4%).
- En el caso de los **hombres**, el 20,8% de aquellos que tienen entre 15 y 74 años declaran haber consumido algún psicofármaco a lo largo de su vida, el 11,0% lo ha hecho en los últimos 12 meses y el 8% en los últimos 30 días. En el caso de las **mujeres**, las prevalencias de consumo son más elevadas: el 36,2% de las mujeres de 15 a 74 años han consumido algún psicofármaco alguna vez en su vida, el 19,5% en el último año y el 12,6% en el último mes.
- Por tipo de fármaco, la **prevalencia de consumo** de **tranquilizantes, sedantes o somníferos** es **mayor** que la de **antidepresivos**. Por un lado, el 27,2% de la población ha consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos para calmar los nervios o la ansiedad o para poder dormir alguna vez, el 14,3% lo ha hecho en los últimos 12 meses y el 9,7% en los últimos 30 días. Por otro lado, en el caso de los medicamentos para tratar los síntomas de la depresión, cerca de una de cada diez personas en Euskadi ha tenido que recurrir a este tipo de fármaco en algún momento de su vida (9,8%), el 5,3% lo ha hecho en el último año y el 3,9% a lo largo del último mes.
- En cuanto a la vía de acceso, la **gran mayoría** de la población consumidora de este tipo de fármacos lo ha hecho **a través de la prescripción** de un o una **profesional de la medicina**. Los casos que **no** han sido **prescritos** son **minoritarios**. El 2,3% de la población de Euskadi reconoce que en algún momento de su vida ha consumido tranquilizantes, sedantes y/o antidepresivos sin receta médica, el 1,0% en el último año y menos del 0,5% en el último mes.
- Se observan grandes **diferencias por sexo, grupos de edad y nivel de estudios** en el consumo, tanto de **tranquilizantes, sedantes y somníferos** como **antidepresivos**. La prevalencia de consumo entre las **mujeres** es notablemente **mayor** a la de los hombres, tanto en el consumo experimental, como reciente y actual, y tanto en el caso del consumo prescrito, como aquel que se realiza sin la supervisión de un/una profesional.
- La prevalencia de consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos bajo **prescripción** facultativa **aumenta gradualmente con la edad**. Sin embargo, este patrón no se mantiene en el caso del consumo sin receta médica. El grupo poblacional de **25 a 34 años** es el que presenta una mayor prevalencia de **consumo sin prescripción** médica, tanto en el caso del consumo a lo largo de la vida (3,9%), en el último año (1,4%) y en el último mes (0,5%).
- Los resultados por **nivel de estudios** muestran un **patrón diferente** en función de la **vía de acceso** al fármaco tranquilizante, sedante o somnífero. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses de este tipo de medicamentos con receta médica **aumenta a medida que disminuye el nivel de estudios** de la población. En cambio, la prevalencia de consumo **sin receta médica aumenta a medida que es mayor** también el **nivel de instrucción** de la población.
- La prevalencia de consumo de **antidepresivos** es menor que la de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos. La población que ha consumido **antidepresivos a través de la receta** médica alguna

vez en la vida es inferior al 10% –algo más de 160.000 personas–. La prevalencia de consumo en el último año es del 5,2% –cerca de 87.000 personas– y en los últimos 30 días del 3,9% –en torno a 65.000 personas–. El consumo de antidepresivos sin receta médica es muy minoritario entre la población de 15 a 74 años de Euskadi y se sitúa por debajo del 0,3% en todos los casos.

- Los resultados indican que la prevalencia de consumo antidepresivos es mayor entre las mujeres que entre los hombres, a medida que aumenta la edad y entre la población con un nivel educativo inferior.

### Prevalencias de consumo combinado de psicofármacos:

- En 2017, el 28,7% de la población de 15 a 74 años de Euskadi –477.757 personas– declara que ha consumido algún psicofármaco a lo largo de su vida. El 15,4% ha consumido este tipo de fármaco en los últimos 12 meses, lo que equivale a 255.638 personas y una de cada diez personas (10,4%) lo ha hecho en los últimos 30 días, en términos absolutos, 173.517 personas.
- El consumo de psicofármacos no prescritos médicamente es minoritario. De hecho, tan sólo el 1,1% de la población de Euskadi reconoce haber consumido psicofármacos sin receta médica alguna vez en su vida, y el 1,2% con y sin receta médica. La proporción de personas que han realizado un consumo combinado en el último año es inferior al 1% y prácticamente inexistente en el caso del consumo en el último mes (0,3%).
- El consumo de algún tipo de psicofármaco –tranquilizante, sedante, somnífero o antidepresivo– es mayor entre las mujeres que entre los hombres. El consumo experimental alguna vez en la vida es del 36,2% entre las mujeres y del 20,8% entre los hombres –ratio de 0,6–. El consumo reciente en los últimos 12 meses alcanza a uno de cada diez hombres (11,0%) y a casi dos de cada diez mujeres (19,5%) –ratio 0,6–. Finalmente, el consumo actual en los últimos 30 días es del 8,0% entre los hombres y el 12,6% entre las mujeres –ratio 0,6–.
- Se observan diferencias por sexo, tanto en el consumo de psicofármacos con receta médica como sin ella. El 18,3% de las mujeres y el 10,8% de los hombres han consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos con receta médica en los últimos 12 meses –ratio de 0,6–. Asimismo, la proporción de mujeres consumidoras sin receta médica en los últimos 12 meses (1,5%) también es mayor que entre los hombres (0,4%).
- El consumo de psicofármacos aumenta con la edad y es mayor entre las mujeres que entre los hombres en todos los grupos de edad. En el caso del consumo de psicofármacos sin receta médica, la prevalencia es algo mayor entre las mujeres que entre los hombres y prácticamente inexistente entre la población de menor y mayor de edad.
- El consumo de psicofármacos presenta un patrón claro por nivel de estudios entre las mujeres, aunque contrapuesto en función de la vía de acceso a los fármacos. En el caso del consumo de psicofármacos con receta médica, la prevalencia de consumo aumenta, a medida que disminuye el nivel de estudios de las mujeres. En cambio, el patrón de consumo de sustancias sin receta médica es inverso. La prevalencia de consumo de psicofármacos sin receta médica aumenta, a medida que aumenta también el nivel de estudios de la población. En el caso de los hombres el patrón no es tan claro, aunque apunta hacia la misma dirección.

### Evolución de las prevalencias generales de consumo de psicofármacos:

- Los datos evolutivos muestran un aumento en la prevalencia de consumo de psicofármacos con prescripción médica a lo largo de la vida, en el último año y en los últimos 30 días. Entre 2012 y

2017 la prevalencia de consumo de **psicofármacos con receta médica a lo largo de la vida** ha  **aumentado**, tanto en **hombres** (del 13,9% al 20,4%) como en **mujeres** (del 26,7% al 34,4%).

- En los últimos cinco años ha  **aumentado** también la prevalencia de consumo de psicofármacos con receta médica en los  **últimos 12 meses**, tanto en **hombres** (del 7,0% al 10,8%) como en **mujeres** (del 16,3% al 18,3%).
- Los resultados referentes al consumo bajo prescripción en los  **últimos 30 días** son más estables, aunque se aprecia un ligero  **aumento** en la última edición entre los **hombres** (del 5,2% al 8,0%) y un  **descenso** entre las **mujeres** (del 13,9% al 12,0%).
- En el caso del consumo  **sin prescripción** médica, los datos evolutivos indican un descenso en la prevalencia de consumo en el  **último mes** y en el  **último año** en hombres, con cifras  **inferiores al 0,5%**. La prevalencia de consumo sin prescripción entre las mujeres se mantiene estable respecto a la edición anterior, tras un aumento en ediciones anteriores.
- Por tipo de psicofármaco consumido, el consumo de tranquilizantes sedantes y/o somníferos  **con receta médica** en los últimos doce meses mostraban una  **tendencia descendiente** hasta el año 2010 en mujeres y hasta 2012 entre los hombres. En  **2017** la prevalencia de consumo parece haberse  **estabilizado** en el caso de las **mujeres** y  **aumenta** entre los **hombres**. En el caso del consumo  **sin receta médica**, por el contrario, aun siendo  **minoritario**, la prevalencia de consumo aumenta ligeramente entre 2012 a 2017 entre las mujeres (del 1,0% al 1,5%) y parece descender entre los hombres (del 0,7% al 0,4%).
- En el caso del consumo de  **antidepresivos**, las prevalencias de consumo se han mantenido estables desde 2006 por  **debajo del 10%** en todos los casos.

### Edad media del primer consumo de psicofármacos:

- La  **edad media de inicio** en el consumo de  **algún psicofármaco** se sitúa en 2017 en torno a los  **40 años** (38,2 años en hombres y 40,6 en mujeres).
- La edad media de inicio en el consumo de  **psicofármacos sin receta médica** (34,5 años, de media) se produce a una edad más  **temprana** que la edad del primer consumo de este tipo de fármacos  **con prescripción** (40,0 años, de media).
- Los  **hombres** declaran haber comenzado a consumir algún psicofármaco a una  **edad más temprana** que las  **mujeres**, tanto en el caso de los fármacos  **con receta médica** (a la edad de 38,4 años entre los hombres y 40,9 años entre las mujeres) como en el caso del consumo de psicofármacos  **sin prescripción** (32,2 años en hombres y 35,6 en mujeres).
- La edad media de inicio en el consumo de psicofármacos –con y sin receta médica– es más  **tardía** a medida que  **aumenta la edad** de la población. Entre las  **mujeres aumenta** a medida que  **disminuye el nivel de estudios** y no se observa un patrón claro entre los hombres.
- En términos evolutivos, la edad media de inicio en el consumo de psicofármacos con receta médica ha  **variado poco** a lo largo de los años y se ha mantenido prácticamente  **estable** –en torno a los 40 años– a lo largo de toda la serie histórica de la encuesta, aunque con una  **mayor variabilidad** en el caso del  **consumo sin receta médica**.
- La edad media del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos  **sin receta médica** se produce con  **anterioridad** y se ha situado en torno a los  **30-35 años** en las últimas tres ediciones

de la encuesta. Asimismo, cabe destacar un retraso en la edad de inicio del consumo de antidepresivos sin receta médica. En el año 2010 la edad media de inicio en el consumo de fármacos para tratar los síntomas de la depresión se situaba por debajo de los 25 años mientras que, en 2017, se produce en torno a los cuarenta años – 37,0 años en hombres y 42,6 años en mujeres–.

### Perfil mayoritario de la población consumidora de psicofármacos:

- Seis de cada diez personas que han consumido psicofármacos con prescripción médica en los últimos 12 meses son mujeres (63,7%), más de la mitad tienen 55 o más años (50,7%), cuatro de cada diez cuentan con estudios primarios o no tienen estudios (39,7%) y la gran mayoría han nacido en el Estado español (92,8%). Asimismo, más de la mitad definen la clase social de su familia por encima de la media (56,0%) y consideran su estado de salud regular o malo (44,2%).
- El perfil mayoritario de la población que ha consumido psicofármacos en los últimos 12 meses pero sin el seguimiento de un o una profesional de la medicina es el siguiente: ocho de cada diez son mujeres (79,5%), más de la mitad tienen entre 35 y 54 años (54,9%), seis de cada diez cuentan con estudios universitarios (62,7%) y la gran mayoría han nacido en el Estado español (94,9%). Seis de cada diez personas consumidoras de este tipo de sustancias definen la clase social de su familia por encima de la media, rica o muy rica (60,8%) y prácticamente todas las personas consumidoras de psicofármacos sin receta médica perciben su estado de salud como bueno, muy bueno o excelente (94,8%).

### Accesibilidad y percepción social en torno al consumo de psicofármacos en Euskadi:

- Cerca de seis de cada diez personas en Euskadi (57,4%) consideran que el consumo de psicofármacos mensualmente conlleva pocos o ningún problema de salud o de cualquier otro tipo. Algo más de una de cada cuatro personas otorga pocos o ningún problema al consumo de estas sustancias entre una y tres veces por semana (26,7%). Una de cada diez personas (10,5%) consideran que tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos a diario o casi a diario no conlleva problemas o son pocos los problemas derivados de su consumo.
- El porcentaje de quienes atribuyen pocos o ningún problema al consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos es mayor entre las mujeres que entre los hombres y a medida que aumenta la edad. Por nivel de estudios, el porcentaje de quienes consideran que consumir psicofármacos a diario o casi a diario conlleva pocos o ningún problema aumenta a medida que disminuye el nivel de estudios de la población. Por el contrario, los resultados de la percepción en torno al consumo de este tipo de sustancias mensualmente presentan un patrón indirecto.
- La gravedad atribuida al consumo de psicofármacos –medida a través de los problemas atribuidos– se sitúa tan sólo por detrás del consumo diario de un paquete de tabaco (el 97,7% considera que conlleva bastantes o muchos problemas), 5-6 cañas o copas al día (94,1%) y el consumo de cocaína una vez o menos al mes (84,0%).
- En el caso del consumo de psicofármacos semanalmente, la proporción de quienes consideran que el consumo de estas sustancias conlleva muchos problemas (25,0%) es notablemente inferior a la percepción de los problemas asociados al consumo de otras sustancias.
- De entre todas las sustancias analizadas, los problemas asociados al consumo de psicofármacos con una frecuencia mensual o inferior es a la que la población de Euskadi atribuye una menor problemática. De hecho, tan sólo el 33,3% de la población considera que este tipo de consumo conlleva bastantes o muchos problemas.

- En lo referente al **grado de accesibilidad**, cerca de **siete de cada diez** personas en Euskadi (66,5%) consideran que **obtener** en un **plazo de 24 horas** tranquilizantes, sedantes o somníferos sin receta médica les resultaría **difícil** (24,2%) o **prácticamente imposible** (42,3%). Desde la perspectiva contraria, cerca de **una de cada cuatro personas** (24,4%) considera que es **relativamente fácil o muy fácil** conseguir este tipo de sustancias.
- La proporción de quienes consideran que poder **obtener** psicofármacos sin receta médica en un plazo de 24 horas es **difícil o prácticamente imposible** es ligeramente **mayor** entre las **mujeres** (67,4%) que entre los hombres (65,4%). Sin embargo, también es **mayor entre las mujeres** aquellas que consideran relativamente **fácil o muy fácil** conseguir este tipo de fármaco. La facilidad para obtener es un plazo reducido de tiempo psicofármacos parece ser mayor entre la **población de edad intermedia** (25-34 y 35-54 años) y a medida que **aumenta el nivel de estudios** de la población.
- En relación con otras sustancias, la **facilidad percibida** para la obtención en un plazo de 24 horas de psicofármacos sin receta médica se sitúa **por detrás** de la accesibilidad de **anfetaminas o speed** (29,5%) **cocaína** (30,5%) y **cannabis** (51,6%). Por el contrario, la facilidad para obtener psicofármacos sin receta médica parece ser **mayor que el MDMA, éxtasis o pastillas** (24,1%), **alucinógenos** (20,3%) o **heroína** (13,3%).

## **SUSTANCIAS DOPANTES**

### **Prevalencias generales de consumo de sustancias dopantes:**

- En 2017, el **2,8%** de la población de 15 a 74 años de Euskadi –46.674 personas– declara haber consumido **alguna vez en su vida** alguna sustancia dopante o haber practicado algún método de dopaje farmacológico con el objetivo de mejorar su rendimiento físico o aumentar su masa muscular.
- La prevalencia de consumo de este tipo de sustancias en los **últimos 12 meses** es minoritaria y no alcanza al 1% de la población. En concreto, el **0,8%** de la población de Euskadi ha consumido sustancias dopantes en los últimos 12 meses y el **0,6%** lo ha hecho en los **últimos 30 días**.
- La prevalencia de consumo de sustancias dopantes o la práctica de métodos de dopaje alguna vez en la vida entre los **hombres** (**4,1%**) es casi **tres veces mayor** que entre las **mujeres** (**1,5%**) –ratio 2,6–. Esta diferencia se mantiene en el caso del consumo en los **últimos 12 meses** (**1,2%** entre los **hombres** y **0,5%** entre las **mujeres**) –ratio 2,4–.
- La prevalencia de consumo de sustancias dopantes en los **últimos 30 días** entre los **hombres** (**0,8%**) **duplica** a la de las **mujeres** (**0,4%**) –ratio 2,0–.
- La prevalencia de consumo de psicofármacos es ligeramente mayor entre la **población joven y descende** a medida que **aumenta la edad**, siendo muy minoritaria especialmente a partir de los 55 años. En cuanto al **nivel de estudios**, el patrón no es claro, aunque las prevalencias de consumo son mayores entre la población con **estudios secundarios**.

### **Evolución de las prevalencias generales de consumo de sustancias dopantes:**

- Los datos evolutivos indican un **ligero aumento** en las **prevalencias de consumo** de sustancias o práctica de métodos dopantes con respecto a los resultados de la encuesta de **2012**, a pesar de

que en la actualidad el consumo de este tipo de sustancias sigue siendo **minoritario** entre la población de 15 a 74 años en Euskadi.

- La prevalencia de consumo **a lo largo de la vida** ha aumentado **del 0,8% al 2,8%** entre 2012 y 2017. Asimismo, el porcentaje de quienes declaran haber consumido en los **últimos 12 meses** ha pasado **del 0,2% al 0,8%** en los últimos cinco años.
- En el caso del consumo en los **últimos 30 días**, el porcentaje de quienes declaran haber consumido sustancias para mejorar su rendimiento físico o aumentar su masa muscular ha pasado **de 0,1% al 0,6%** entre 2012 y 2017.

### **Edad media del primer consumo de sustancias dopantes:**

- La **edad media** del primer consumo de sustancias o la práctica de métodos dopantes se sitúa en 2017 en torno a los 20 años por término medio **-19,7 años, de media-**.
- El primer contacto con las sustancias dopantes se produce a una edad más **temprana** entre las **mujeres** (18,8 años) que entre los **hombres** (20,1 años).
- En cuanto a la **distribución** de la edad media del primer consumo, el **44,3%** de la población que ha consumido alguna sustancia o que ha practicado algún método de dopaje farmacológico con el propósito de mejorar su rendimiento físico o aumentar su masa muscular lo hizo, por primera vez, a una edad **inferior a los 19 años**.

### 3. PSICOFÁRMACOS

#### 3.1. Introducción

A la hora de hablar sobre la dependencia a determinadas sustancias suele ser frecuente no considerar los psicofármacos. Sin embargo, tras un uso intenso o continuado, el consumo de estas sustancias también puede causar adicción. Entre estos fármacos se encuentran aquellos que son utilizados para calmar los nervios (tranquilizantes), reducir la ansiedad (ansiolíticos), para facilitar el sueño (hipnóticos o sedantes) o para tratar los síntomas de la depresión (antidepresivos). En los últimos años ha aumentado la preocupación social por estas sustancias, así como los estudios que alertan sobre su peligrosidad [11].

Los tranquilizantes, sedantes hipnóticos y ansiolíticos son un grupo de medicamentos que actúan a nivel del sistema nervioso central induciendo cambios en el pensamiento, percepción, afecto, estado de vigilia y comportamiento [12]. Normalmente son consumidos por vía oral, a través de comprimidos o pastillas de diversos tamaños, formatos y colores, aunque también pueden ser suministrados por vía intravenosa.

Los psicofármacos suelen ser prescritos a personas que presentan síntomas de estrés, tristeza, enfermedades físicas leves o dificultad para dormir. Su consumo prolongado aumenta la probabilidad de dependencia, especialmente en personas con un nivel elevado de consumo de alcohol [13], otras drogas [14] u otro tipo de fármacos, así como en personas con trastornos de la personalidad [12].

La adicción a los psicofármacos se denomina también “*adicción silenciosa*”. El consumo de este tipo de sustancias puede causar diversos tipos de adicciones. Por un lado, la adicción física, que produce la demanda de consumo de una dosis mayor; por otro lado, la adicción cognitiva, que produce una mayor necesidad de obtener la sustancia y consumirla y, la adicción conductual, que puede alterar el comportamiento y la conducta tanto de las personas consumidoras, como de su entorno.

Los psicofármacos tienen ciertas características que las diferencia de otras sustancias de consumo [12].

- En primer lugar, son fármacos que, a diferencia de otras sustancias –tales como la heroína o cocaína–, son habitualmente prescritos por profesionales de la medicina.
- En segundo lugar, la principal vía de acceso a los psicofármacos es la receta médica y en la mayoría de los casos el consumo se realiza bajo supervisión de un o una profesional de la medicina. Sin embargo, esta prescripción deriva en autoconsumo y comercialización en mercados ilegales y, por tanto, resulta difícil cuantificar el número de personas que los consumen de forma abusiva o sin control, con las consecuencias que dicho consumo puede conllevar –entre ellas, un empeoramiento de los trastornos [15], las sobredosis, o incluso la muerte– [16].
- En tercer lugar, la edad de inicio en el consumo de estas sustancias se produce, de media, a una edad más tardía que todas las demás drogas, concretamente, entre 15 y 20 años después. Las personas consumidoras de psicofármacos comienzan a consumir, por término medio, a una edad adulta [12].
- Finalmente, otra de las características principales del consumo de estas sustancias, y que ha sido extensamente referenciada en la literatura, es un mayor consumo por parte de las mujeres. La prevalencia de consumo de psicofármacos –tanto alguna vez en la vida como en el último año, en el último mes o a diario– es mayor en mujeres que en hombres en la mayoría de los países de nuestro entorno. Se trata de un patrón diferenciado al del resto de sustancias, donde el consumo es, de forma generalizada, mayor entre los hombres.

Junto con la edad, el género ha sido descrito como uno de los principales factores a la hora de analizar el consumo de psicofármacos. Tal y como se ha mencionado anteriormente, el principal uso del consumo de psicofármacos suele ser el tratamiento indicado para diferentes trastornos mentales, tales como el estrés o la ansiedad. Entre las posibles explicaciones, destaca el hecho de que las mujeres realizan consultas con mayor frecuencia que los hombres por malestar, ansiedad y depresión, mientras que en el caso de ellos predominan las consultas por trastornos debidos al abuso de sustancias [12].

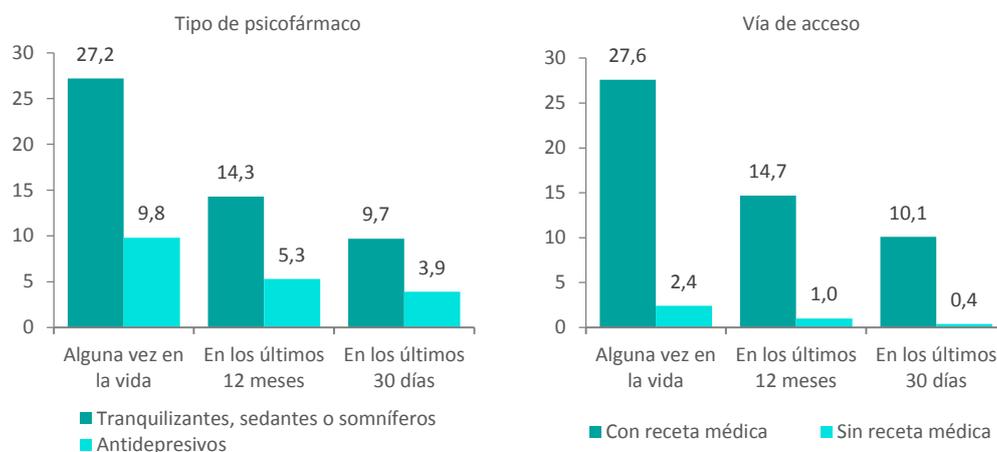
Sin duda, son múltiples los factores explicativos que pueden estar influyendo. La literatura científica destaca, entre otros, los siguientes: factores biológicos (genéticos, endocrinos, etc.), factores socioculturales (estereotipos, roles de género, socialización, etc.) y factores estructurales (desigualdades en los niveles de ocupación/desempleo, trabajo remunerado/doméstico, cuidados etc.) [17]. También ha sido descrito una mayor tendencia a buscar ayuda entre las mujeres que entre los hombres [17], así como una mayor frecuencia de diagnóstico, la sobreprescripción de psicofármacos [18]–[20] y una mayor medicalización [12], [19].

### **3.2. Prevalencias generales de consumo de psicofármacos**

En 2017, el 28,7% de la población de 15 a 74 años de Euskadi –477.757 personas– declara que ha consumido algún psicofármaco a lo largo de su vida, el 15,4% lo ha hecho en los últimos 12 meses – 255.638 personas– y uno de cada diez, en los últimos 30 días (10,4%) –173.517 personas–.

Por tipo de fármaco, la prevalencia de consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos es mayor que la prevalencia de consumo de antidepresivos. El 27,2% de la población ha consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos para calmar los nervios o la ansiedad o para poder dormir alguna vez, el 14,3% lo ha hecho en los últimos 12 meses y el 9,7% en los últimos 30 días. En el caso de los medicamentos para tratar los síntomas de la depresión, cerca de una de cada diez personas en Euskadi ha tenido que recurrir a este tipo de fármacos en algún momento de su vida (9,8%), el 5,3% lo ha hecho en el último año y el 3,9% a lo largo del último mes.

En cuanto a la vía de acceso, la gran mayoría de la población ha consumido este tipo de fármacos porque así se lo ha prescrito un o una profesional de la medicina. Sin embargo, también hay casos en los que el consumo no ha sido prescrito por un facultativo, sino que el fármaco se ha obtenido a través de otras vías. Por ejemplo, los casos en los que el o la profesional de la medicina se lo ha recetado a otra persona de la familia, la prescripción fue para un periodo de tiempo pero se ha seguido tomando sin control o se ha obtenido por otros medios distintos a la receta médica. Estos casos representan un porcentaje minoritario: el 2,4% de la población de Euskadi reconoce que en algún momento de su vida ha consumido tranquilizantes, sedantes y/o antidepresivos sin receta médica, tan sólo el 1,0% los ha hecho en el último año y menos del 0,5% en el último mes.

**Cuadro 1. Prevalencias generales de consumo de psicofármacos con y sin receta médica y por tipo. 2017 (%)**

	Alguna vez en la vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
<b>Tranquilizantes, sedantes o somníferos</b>			
Con receta médica	26,0	13,7	9,4
Sin receta médica	2,3	0,9	0,4
Con o sin receta médica	27,2	14,3	9,7
<b>Antidepresivos</b>			
Con receta médica	9,7	5,2	3,9
Sin receta médica	0,2	0,1	0,0
Con o sin receta médica	9,8	5,3	3,9
<b>Algún psicofármaco (Tranquilizantes, sedantes, somníferos o antidepresivos)</b>			
Con receta médica	27,6	14,7	10,1
Sin receta médica	2,4	1,0	0,4
Con o sin receta médica	28,7	15,4	10,4

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

Centrándonos en el consumo de medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o los medicamentos para dormir, en 2017 algo más de una de cada cuatro personas de 15 a 74 años en Euskadi (26,0%) reconoce haberlos consumido alguna vez a lo largo de su vida, debido a que así se lo ha indicado su médico/a. En términos absolutos representan en torno a 432.000 personas. Algo más de 200.000 personas lo han hecho en los últimos 12 meses (13,7%) y en torno a 155.000 en los últimos 30 días (9,4%). No puede decirse que el consumo de tranquilizantes, sedantes y somníferos sin receta médica sea una práctica extendida entre la población de Euskadi. De hecho, tan sólo el 2,3% de la población reconoce haber hecho un consumo de estas sustancias alguna vez en su vida y menos del 1% y del 0,4% a lo largo del último año y los últimos 30 días, respectivamente.

Más allá de las prevalencias globales de consumo, se observan grandes diferencias en el consumo de estas sustancias por sexo, grupos de edad y nivel de estudios. La prevalencia de consumo entre las mujeres es notablemente mayor a la de los hombres, tanto en el consumo experimental, como reciente y actual, y tanto en el caso del consumo prescrito, como aquel que se realiza sin la supervisión de un/una profesional de la medicina. De hecho, a excepción de los psicofármacos, en términos generales, las prevalencias de consumo de prácticamente todas las sustancias por las que se pregunta en la Encuesta sobre Adicciones son mayores entre los hombres<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> En base a los resultados de la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi de 2017, en términos generales, las prevalencias de consumo de las sustancias son mayores entre los hombres, con la única excepción del consumo de psicofármacos. A modo de ejemplo, las prevalencias de consumo en los

El porcentaje de la población a la que ha sido prescrito el consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos aumenta gradualmente con la edad. Sin embargo, este patrón no se mantiene en el caso del consumo sin receta médica. De hecho, el grupo poblacional de 25 a 34 años es el que presenta una mayor prevalencia de consumo sin prescripción médica, tanto en el caso del consumo a lo largo de la vida (3,9%), como en los últimos doce meses (1,4%) y últimos 30 días (0,5%).

En el caso de las prevalencias de consumo por nivel de estudios se observa un patrón diferente en función de la vía de acceso al fármaco tranquilizante, sedante o somnífero. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses de este tipo de medicamentos a través de la prescripción médica aumenta a medida que disminuye el nivel de estudios de la población. Una de cada diez personas en Euskadi con un nivel educativo universitario ha consumido este tipo de medicamentos en los últimos 12 meses (10,2%). La prevalencia de consumo aumenta dos puntos porcentuales entre aquella población con estudios secundarios (11,9%) y asciende hasta alcanzar a dos de cada diez personas sin estudios o con estudios primarios (19,8%). En el caso del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos sin receta médica el patrón es el inverso: la prevalencia de consumo aumenta a medida que aumenta también el nivel de instrucción de la población. Tan sólo el 0,3% de la población sin estudios o con estudios primarios ha consumido este tipo de medicamentos en el último año. Este porcentaje es del 0,7% entre la población con estudios secundarios y alcanza al 2,0% entre aquellos/as que cuentan con estudios universitarios.

**Cuadro 2. Prevalencias generales de consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos con y sin receta médica, por sexo, grupos de edad y nivel de estudios, 2017 (%).**

<i>Tranquilizantes, sedantes y/o somníferos</i>	Alguna vez en la vida		En los últimos 12 meses		En los últimos 30 días	
	Con receta	Sin receta	Con receta	Sin receta	Con receta	Sin receta
Total	26,0	2,3	13,7	0,9	9,4	0,4
<i>Absoluto</i>	432.461	37.804	227.278	15.608	155.500	5.848
Sexo						
Hombres	19,6	1,3	10,6	0,4	7,8	0,0
Mujeres	32,3	3,2	16,7	1,5	10,9	0,7
Edad						
15-24	8,2	0,9	4,0	0,2	1,4	0,0
25-34	14,2	3,9	6,0	1,4	2,6	0,5
35-54	27,9	2,5	12,8	1,3	7,9	0,3
55-74	34,1	1,8	20,8	0,6	16,3	0,4
Nivel de estudios						
Sin estudios o primarios	31,0	0,9	19,8	0,3	16,5	0,1
Estudios secundarios	24,4	2,7	11,9	0,7	6,5	0,2
Estudios universitarios	23,5	3,0	10,2	2,0	6,7	0,9

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

La prevalencia de consumo de antidepresivos es menor que la de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos. La población que ha consumido este fármaco a través de la receta médica alguna vez en la vida es inferior al 10% –algo más de 160.000 personas–. La prevalencia de consumo en el último año es del 5,2% –cerca de 87.000 personas– y en los últimos 30 días del 3,9% –en torno a 65.000 personas–. El consumo de antidepresivos sin receta médica es muy minoritario entre la población de 15 a 74 años de Euskadi y se sitúa por debajo del 0,3% en todos los casos<sup>3</sup>.

últimos 12 meses de las siguientes sustancias por sexo: alcohol (76,4% entre las mujeres y 86,0% entre los hombres), tabaco (22,4% para las mujeres y 29,4% para los hombres), cannabis (5,4% mujeres frente a 11,7% hombres), otras sustancias ilegales (0,7% mujeres y 3,2% hombres). En el caso de los psicofármacos, sin embargo, la prevalencia de consumo en el último año es superior entre las mujeres que entre los hombres, tanto en el caso del consumo de psicofármacos con receta (18,6% mujeres y 10,7% hombres) como sin receta médica (1,5% mujeres y 0,4% hombres).

<sup>3</sup> El hecho de que no se haya localizado en la muestra encuestada personas que hayan consumido antidepresivos sin receta médica en los últimos 30 días no implica, lógicamente, que este tipo de situaciones no se den. Sí que permite señalar, sin embargo, que la extensión de su consumo es lo suficientemente residual para que no sea detectada mediante encuestas domiciliarias a la población general.

Al igual que en el caso de los tranquilizantes, sedantes y somníferos, se observan diferencias importantes por sexo, edad y nivel de estudios en las prevalencias de consumo de fármacos antidepresivos. En base a los resultados de la encuesta, la prevalencia de consumo es mayor entre las mujeres, a medida que aumenta la edad y entre la población con un nivel educativo inferior. Centrándonos en el consumo realizado en los últimos 30 días por ejemplo, la prevalencia de consumo de las mujeres (5,4%) duplica a la de los hombres (2,4%). Asimismo, por grupos de edad, la prevalencia de consumo entre la población de menos de 35 años no alcanza al 1%, mientras que entre aquella que tiene entre 35 y 54 años es del 3,0% y asciende hasta el 7,5% en el caso de quienes tienen entre 55 y 74 años.

Por nivel de estudios, no se observa un patrón claro. Sin embargo, los datos sí que permiten afirmar que la prevalencia de antidepresivos es mayor entre la población sin estudios o estudios primarios, en comparación con la población que cuenta con estudios secundarios o universitarios.

**Cuadro 3. Prevalencias generales de consumo de antidepresivos con y sin receta médica, por sexo, grupos de edad y nivel de estudios, 2017 (%).**

<i>Antidepresivos</i>	Alguna vez en la vida		En los últimos 12 meses		En los últimos 30 días	
	Con receta	Sin receta	Con receta	Sin receta	Con receta	Sin receta
Total	9,7	0,2	5,2	0,1	3,9	0,0
<i>Absoluto</i>	161.532	3.450	86.996	876	65.333	0,0
Sexo						
Hombres	5,7	0,2	3,2	0,0	2,4	0,0
Mujeres	13,7	0,2	7,2	0,1	5,4	0,0
Edad						
15-24	2,1	0,0	1,4	0,0	0,5	0,0
25-34	5,9	0,2	1,4	0,2	0,7	0,0
35-54	9,1	0,3	4,1	0,1	3,0	0,0
55-74	14,4	0,1	9,3	0,0	7,5	0,0
Nivel de estudios						
Sin estudios o primarios	11,2	0,4	7,1	0,0	5,8	0,0
Estudios secundarios	8,7	0,2	4,2	0,1	2,8	0,0
Estudios universitarios	9,8	0,1	5,0	0,1	3,7	0,0

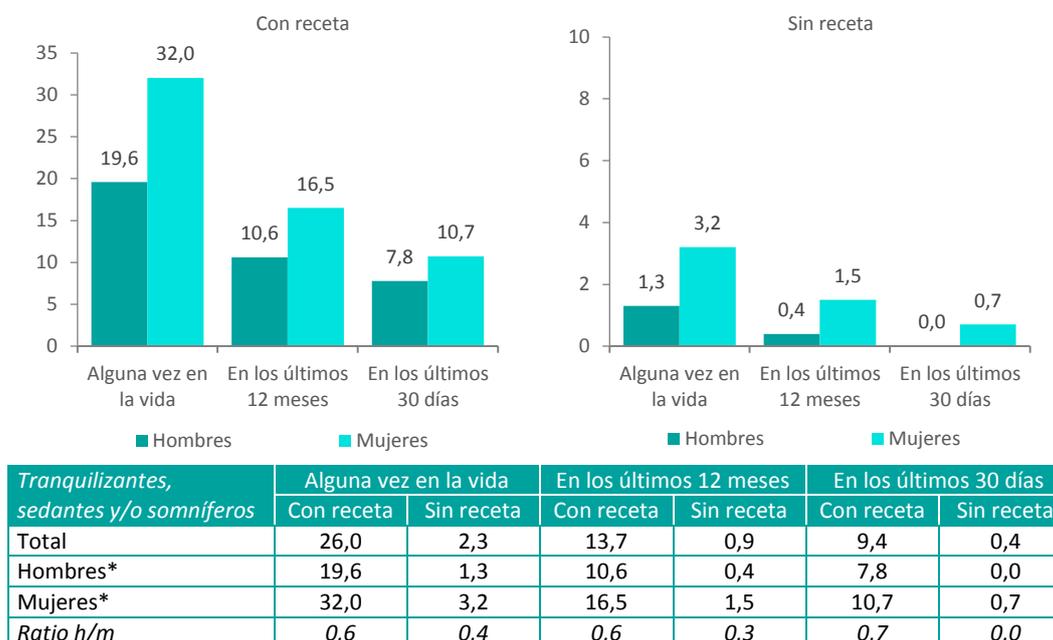
Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

El porcentaje de mujeres que han recurrido a medicamentos para calmar los nervios, la ansiedad o poder dormir es mayor que el porcentaje de hombres que también han accedido a este tipo de fármacos, tanto en el caso de la medicación indicada por un/una médico/a, como en el caso de la automedicación.

El 19,6% de los hombres ha consumido tranquilizantes, sedantes y/o somníferos con receta médica alguna vez en su vida, frente al 32,0% de las mujeres –ratio de 0,6–. En los últimos 12 meses, uno de cada diez hombres ha consumido fármacos de este tipo (10,6%), en contraste con el 16,5% de las mujeres –ratio 0,6–. En el caso del consumo más reciente, las diferencias por sexo son algo más reducidas –ratio 0,7– aunque la prevalencia de consumo entre las mujeres (10,7%) sigue siendo superior a la de los hombres (7,8%).

Pese a que la prevalencia de consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos sin receta médica es reducida, las diferencias por sexo son más notables. En el caso del consumo alguna vez a lo largo de la vida, el porcentaje de mujeres que han consumido alguna de estas sustancias sin prescripción (3,2%) es 2,5 veces mayor que el porcentaje de hombres que también han consumido (1,3%). En el caso del consumo en el último año, pese a ser minoritario, la prevalencia de mujeres consumidoras de tranquilizantes/sedantes y somníferos sin receta médica (1,5%) triplica a la de los hombres (0,4%).

**Cuadro 4. Prevalencias generales de consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos con y sin receta médica, 2017 (%). Resultados para el total de la población y desagregados por sexo. Datos estandarizados por edad.**



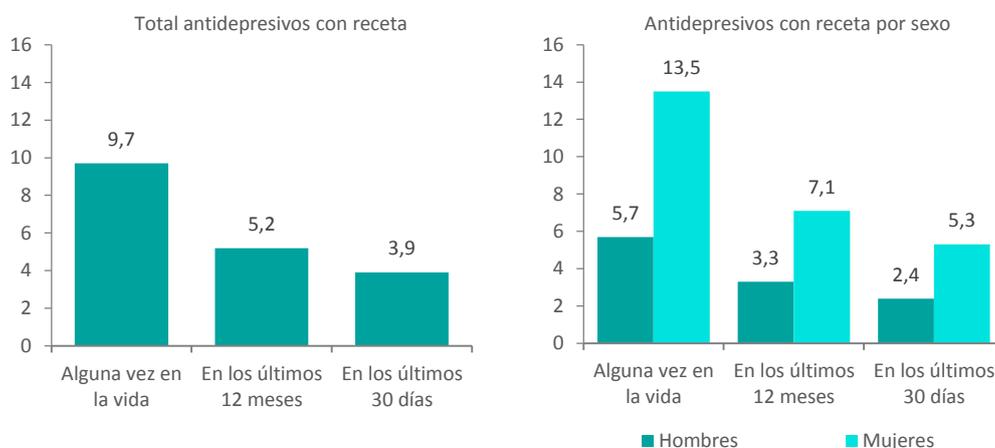
\*Datos estandarizados por edad.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

Cerca de una de cada diez personas de 15 a 74 años en Euskadi declara que ha consumido en alguna ocasión medicamentos para tratar los síntomas de la depresión (9,7%). La gran mayoría de la población que ha consumido este tipo de fármacos lo ha hecho bajo la supervisión médica, siendo muy minoritario su consumo sin receta (inferior al 0,2% del total de la población). El 5,2% de la ciudadanía de Euskadi ha consumido antidepresivos en los últimos 12 meses y la prevalencia de consumo en el último mes es inferior al 4%.

Una de las principales características que presenta el consumo de los fármacos para tratar los síntomas de la depresión son las diferencias por sexo. De hecho, la prevalencia de consumo de antidepresivos es el doble entre las mujeres que entre los hombres, tanto en el consumo a lo largo de la vida, como en el último año y en los últimos 30 días. En efecto, el 5,7% de los hombres de 15 a 74 años de Euskadi ha consumido antidepresivos con receta médica alguna vez, frente al 13,5% de las mujeres de la misma edad –ratio 0,4–. El 3,3% de los hombres ha consumido este tipo de fármaco en los últimos 12 meses, frente al 7,1% de las mujeres –ratio 0,5–. En el caso del consumo en los últimos 30 días, el porcentaje de mujeres consumidoras de antidepresivos (5,3%) también duplica al de hombres consumidores (2,4%).

**Cuadro 5. Prevalencias generales de consumo de antidepresivos con y sin receta médica, 2017 (%). Resultados para el total de la población y desagregados por sexo. Datos estandarizados por edad.**



Antidepresivos	Alguna vez en la vida		En los últimos 12 meses		En los últimos 30 días	
	Con receta	Sin receta	Con receta	Sin receta	Con receta	Sin receta
Total	9,7	0,2	5,2	0,1	3,9	0,0
Hombres*	5,7	0,2	3,3	0,0	2,4	0,0
Mujeres*	13,5	0,2	7,1	0,1	5,3	0,0
Ratio h/m	0,4	1,0	0,5	0,0	0,4	--

\*Datos estandarizados por edad.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

La prevalencia de consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos con receta médica aumenta progresivamente con la edad, hasta alcanzar al 21,7% entre la población de 65 a 74 años. El consumo de antidepresivos también aumenta con la edad, aunque la mayor prevalencia se registra entre la población de 55 a 64 años (10,4%) y parece descender ligeramente una vez superados los 65 años – edad tradicionalmente ligada a la jubilación–, lo que quizás se relacione con el cambio en el estado laboral de la población.

La prevalencia de consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos con receta médica es mayor en las mujeres, en todos los grupos de edad. Además, las diferencias de consumo entre hombres y mujeres son especialmente importantes entre las personas de avanzada edad. El 16,0% de los hombres de 65 a 74 años declara haber consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos con receta médica en los últimos 12 meses. La prevalencia de consumo de estos medicamentos entre las mujeres de la misma edad (65-74 años) es diez puntos porcentuales mayor, llegando a alcanzar al 26,6% –ratio hombres/mujeres de 0,6–.

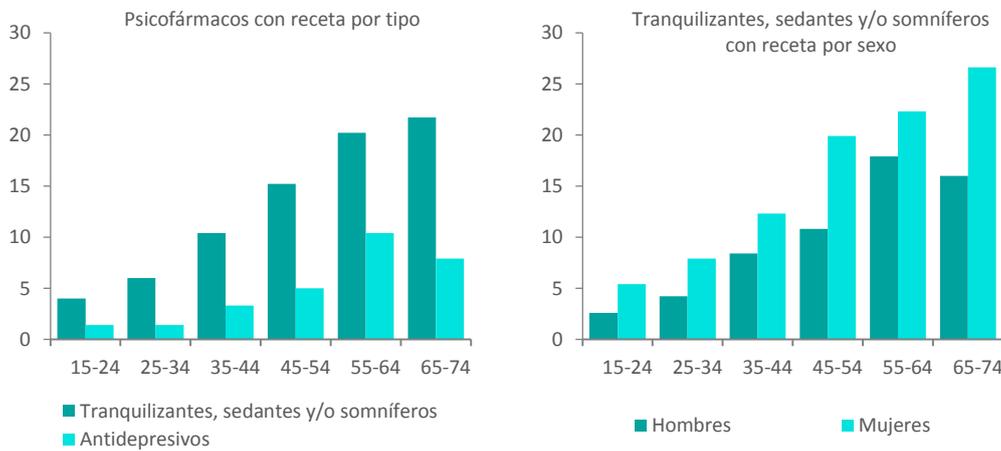
En relación con las diferencias por sexo, cabe destacar dos puntos importantes. En primer lugar, en el caso de los hombres destaca un aumento notable en la prevalencia de consumo entre aquellos situados en la franja de edad de 55-64 años, en comparación con el resto de los grupos. De hecho, la mayor prevalencia de consumo entre los hombres se registra entre aquellos pertenecientes a ese grupo de edad (55-64 años), tanto en el caso del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos (17,9%) como en el caso de antidepresivos (9,1%). Sin duda, los últimos años de vida laboral antes de la jubilación entre los hombres son un punto importante en el que puede existir un mayor riesgo de sufrir trastornos relacionados con la ansiedad o la depresión y, por consiguiente, un mayor riesgo de medicación.

En segundo lugar, pese a que la prevalencia de consumo sin prescripción es muy minoritaria, destaca una prevalencia algo mayor entre las mujeres y especialmente, entre las mujeres jóvenes de 35 a 44 años (2,2%) y 25-34 años (2,1%) en el caso de la medicación tranquilizante, sedante o somnífera. A pesar de registrar unos valores muy bajos, también es algo mayor el consumo de antidepresivos sin receta

médica en el último año entre las mujeres pertenecientes a estos dos grupos de edad: prevalencias del 0,4% y 0,3%, respectivamente entre las mujeres de 25-34 años y 35-44 años.

Diversos estudios han analizado las diferencias de género en el consumo de medicación psicoactiva entre menores de edad. Estos estudios identifican la misma tendencia observada en Euskadi: pese a representar una minoría, la prevalencia de consumo de estas sustancias sin prescripción médica es mayor entre las mujeres adolescentes que entre los hombres de la misma edad [21], [22]. Entre las posibles hipótesis que se han lanzado en torno al consumo de psicofármacos sin receta médica entre la población joven está el consumo denominado como “consumo por proximidad” [12]. En base a esta hipótesis, una gran parte de los y las jóvenes habrían conseguido estos fármacos a través de personas cercanas, ya sea de un/una amigo/a o familiar por medio de dos posibles vías. Por un lado, a través de los medicamentos que están presentes en los botiquines de los hogares y, por consiguiente, accesible para la población menor de edad. Por otro lado, también podría darse el caso de que sea una persona adulta al que facilite el fármaco al o la menor de edad.

**Cuadro 6. Prevalencias generales de consumo de psicofármacos con receta y sus tipos en los últimos 12 meses, 2017 (%). Resultados para el total de la población y desagregados por sexo y edad.**



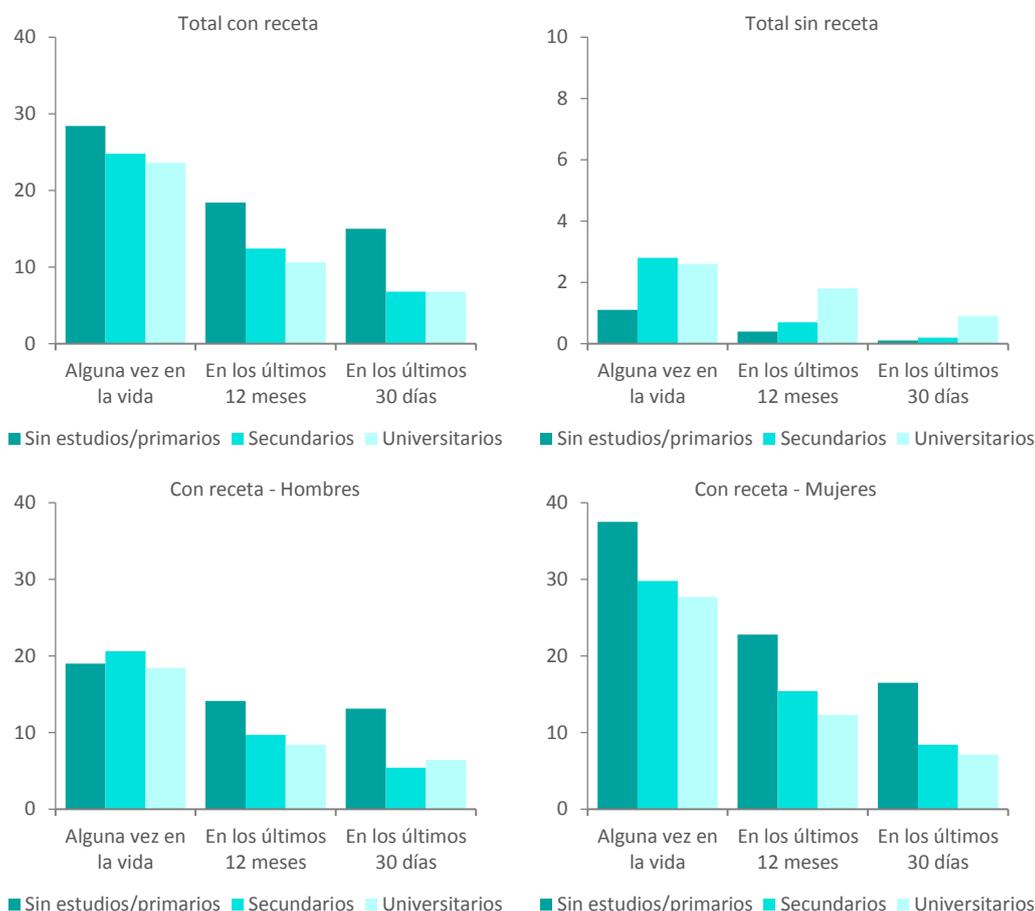
	Tranquilizantes, sedantes y/o somníferos		Antidepresivos	
	Con receta	Sin receta	Con receta	Sin receta
<i>Total</i>				
15-24 años	4,0	0,2	1,4	0,0
25-34 años	6,0	1,4	1,4	0,2
35-44 años	10,4	1,3	3,3	0,1
45-54 años	15,2	1,3	5,0	0,0
55-64 años	20,2	1,1	10,4	0,0
65-74 años	21,7	0,0	7,9	0,0
<i>Hombres</i>				
15-24 años	2,6	0,0	0,0	0,0
25-34 años	4,2	0,7	0,0	0,0
35-44 años	8,4	0,3	2,2	0,0
45-54 años	10,8	1,0	2,4	0,0
55-64 años	17,9	0,0	9,1	0,0
65-74 años	16,0	0,0	4,1	0,0
<i>Mujeres</i>				
15-24 años	5,4	0,5	2,8	0,0
25-34 años	7,9	2,1	2,9	0,4
35-44 años	12,3	2,2	4,3	0,3
45-54 años	19,9	1,5	7,7	0,0
55-64 años	22,3	2,1	11,7	0,0
65-74 años	26,6	0,0	11,3	0,0

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

En el caso de las prevalencias de consumo por nivel de estudios se observa un patrón diferente en función de la vía de acceso a los fármacos tranquilizantes, sedantes o somníferos. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses de este tipo de fármacos a través de la prescripción médica aumenta a medida que disminuye el nivel de estudios de la población, tanto entre las mujeres como entre los hombres. Una de cada diez personas en Euskadi con un nivel educativo universitario ha consumido este tipo de medicamentos en los últimos 12 meses (10,6%). La prevalencia de consumo aumenta dos puntos porcentuales entre aquella población con estudios secundarios (12,4%) y asciende hasta alcanzar al 18,4% entre la población sin estudios o con estudios primarios. Por sexo, el patrón de consumo de tranquilizantes, sedantes y somníferos con prescripción muestra un gradiente claro por nivel de estudios entre las mujeres. En efecto, la prevalencia de consumo aumenta, a medida que disminuye el nivel educativo de las mujeres. En el caso de los hombres, sin embargo, este patrón solamente se mantiene en el caso del consumo en los últimos 12 meses. Sin embargo, entre los hombres, la prevalencia de consumo de este tipo de sustancias en los últimos 30 días también es más elevada entre aquellos que sólo cuentan con estudios primarios o no tienen estudios.

En el caso del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos sin receta médica el patrón es el contrario: la prevalencia de consumo aumenta a medida que aumenta también el nivel de instrucción de la población, tanto en el consumo realizado en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días. Tan sólo el 0,4% de la población sin estudios o con estudios primarios ha consumido este tipo de medicamentos en el último año. Este porcentaje es del 0,7% entre la población con estudios secundarios y alcanza al 1,2% entre aquellos/as que cuentan con estudios universitarios.

**Cuadro 7. Prevalencias generales de consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos con y sin receta médica, 2017 (%). Resultados para el total de la población y desagregados por sexo y nivel de estudios. Datos estandarizados por edad.**



Tranquilizantes, sedantes y/o somníferos	Alguna vez en la vida		En los últimos 12 meses		En los últimos 30 días	
	Con receta	Sin receta	Con receta	Sin receta	Con receta	Sin receta
<b>Total</b>						
Sin estudios o primarios	28,4	1,1	18,4	0,4	15,0	0,1
Estudios secundarios	24,8	2,8	12,4	0,7	6,8	0,2
Estudios universitarios	23,6	2,6	10,6	1,8	6,8	0,9
<b>Hombres*</b>						
Sin estudios o primarios	19,0	0,7	14,1	0,2	13,1	0,2
Estudios secundarios	20,6	1,4	9,7	0,0	5,4	0,0
Estudios universitarios	18,4	2,0	8,4	1,2	6,4	0,0
<b>Mujeres*</b>						
Sin estudios o primarios	37,5	1,7	22,8	0,7	16,5	0,0
Estudios secundarios	29,8	4,5	15,4	1,5	8,4	0,5
Estudios universitarios	27,7	3,3	12,3	2,3	7,1	1,6

\*Datos estandarizados por edad.

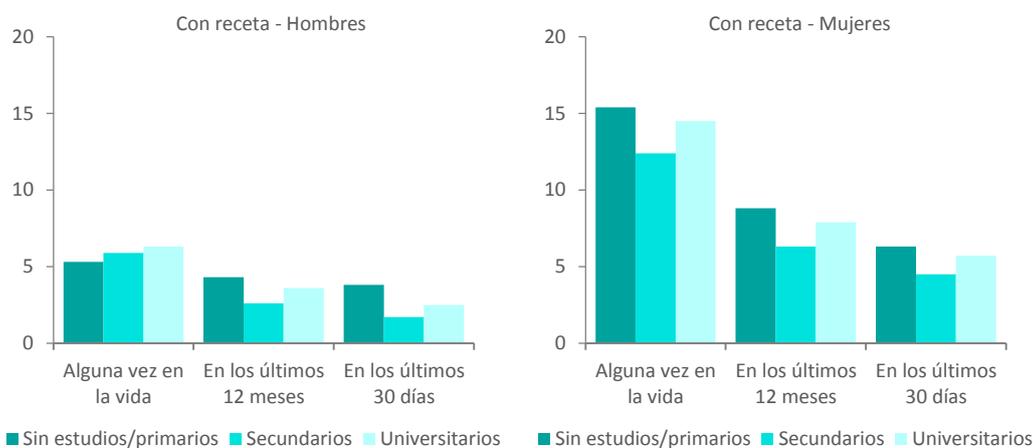
Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

A diferencia de los resultados para los tranquilizantes, sedantes y somníferos que acabamos de analizar, los resultados de la prevalencia de consumo de antidepresivos con receta médica por nivel de estudios no muestran un patrón claro. Sin embargo, la prevalencia de consumo de medicamentos para tratar los síntomas de la depresión es mayor entre aquella población sin estudios o con estudios primarios, tanto

en el caso del consumo a lo largo de la vida, como en el último año y en el último mes entre las mujeres, como en el consumo en los últimos 12 meses y 30 días entre los hombres.

El 4,3% de los hombres sin estudios o con estudios primarios ha consumido antidepresivos con receta médica en los últimos 12 meses, frente al 2,6% de aquellos que cuentan con estudios secundarios y el 3,6% con estudios universitarios. En el caso de las mujeres, el 8,8% de aquellas con un nivel educativo inferior declaran haber consumido antidepresivos en el último año, frente al 6,3% con estudios secundarios y el 7,9% con un nivel educativo superior.

**Cuadro 8. Prevalencias generales de consumo de antidepresivos con y sin receta médica, 2017 (%). Resultados para el total de la población y desagregados por sexo y nivel de estudios. Datos estandarizados por edad.**



Antidepresivos	Alguna vez en la vida		En los últimos 12 meses		En los últimos 30 días	
	Con receta	Sin receta	Con receta	Sin receta	Con receta	Sin receta
<b>Total</b>						
Sin estudios o primarios	10,3	0,5	6,5	0,0	5,2	0,0
Estudios secundarios	8,9	0,2	4,4	0,1	3,0	0,0
Estudios universitarios	10,6	0,1	5,8	0,1	4,2	0,0
<b>Hombres*</b>						
Sin estudios o primarios	5,3	0,9	4,3	0,0	3,8	0,0
Estudios secundarios	5,9	0,0	2,6	0,0	1,7	0,0
Estudios universitarios	6,3	0,0	3,6	0,0	2,5	0,0
<b>Mujeres*</b>						
Sin estudios o primarios	15,4	0,0	8,8	0,0	6,3	0,0
Estudios secundarios	12,4	0,4	6,3	0,1	4,5	0,0
Estudios universitarios	14,5	0,1	7,9	0,1	5,7	0,0

\*Datos estandarizados por edad.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

### 3.3. Prevalencias de consumo combinado de psicofármacos

En este apartado se profundiza en el alcance del consumo de psicofármacos de forma combinada, prestando especial atención al consumo realizado sin supervisión médica. Para ello se analiza la distribución de la población de Euskadi, en función de la vía de acceso al fármaco: a través de la prescripción médica (con receta), sin dicha prescripción (sin receta) o los casos en los que se combinan las dos opciones (con y sin receta médica)<sup>4</sup>. Para ello se ha considerado, de forma conjunta, tanto el consumo de psicofármacos, tranquilizantes y sedantes, como el consumo de antidepresivos.

En 2017, el 28,7% de la población de 15 a 74 años de Euskadi –477.757 personas– declara que ha consumido algún psicofármaco a lo largo de su vida. El 15,4% ha consumido este tipo de fármaco en los últimos 12 meses, lo que equivale a 255.638 personas y una de cada diez personas (10,4%) lo ha hecho en los últimos 30 días, en términos absolutos, 173.517 personas.

El consumo de psicofármacos no prescritos médicamente es minoritario. De hecho, tan sólo el 1,1% de la población de Euskadi reconoce haber consumido psicofármacos sin receta médica alguna vez en su vida, y el 1,2% con y sin receta médica. La proporción de personas que han realizado un consumo combinado en el último año es inferior al 1% y prácticamente inexistente en el caso del consumo en el último mes (0,3%).

**Cuadro 9. Distribución de la población total en función del consumo de psicofármacos de forma combinada (con y sin receta médica). 2017 (%)**



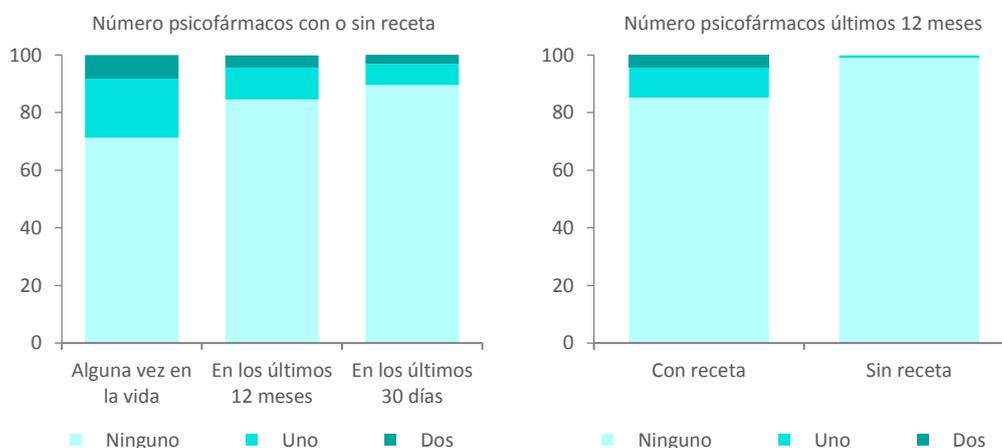
<sup>4</sup> Debido a la desagregación con la que se presentan los resultados de las tablas de este apartado, a la hora de interpretar los resultados de la tabla, en el caso de que se quiera obtener la prevalencia de consumo con receta médica será preciso sumar el porcentaje de población que ha consumido sólo con receta y aquella que ha consumido con y sin receta médica. Igualmente, para el cálculo de la prevalencia de consumo sin receta, será preciso sumar el porcentaje de población que ha consumido sólo sin receta y aquella que ha consumido con y sin receta médica.

	Alguna vez en la vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
<b>Consumo combinado de tranquilizantes/sedantes y somníferos</b>			
No ha consumido	72,8	85,7	90,3
Ha consumido	<b>27,2</b>	<b>14,3</b>	<b>9,7</b>
- Sólo con receta médica	24,9	13,4	9,3
- Sólo sin receta médica	1,1	0,7	0,3
- Con y sin receta médica	1,1	0,3	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Consumo combinado de antidepresivos</b>			
No ha consumido	90,2	94,7	96,1
Ha consumido	<b>9,8</b>	<b>5,3</b>	<b>3,9</b>
- Sólo con receta médica	9,6	5,2	3,9
- Sólo sin receta médica	0,1	0,1	0,0
- Con y sin receta médica	0,1	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Consumo combinado de psicofármacos (Tranquilizantes, sedantes, somníferos o antidepresivos)</b>			
No ha consumido	71,3	84,6	89,6
Ha consumido	<b>28,7</b>	<b>15,4</b>	<b>10,4</b>
- Sólo con receta médica	26,4	14,4	10,1
- Sólo sin receta médica	1,1	0,7	0,3
- Con y sin receta médica	1,2	0,3	0,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

Desde otro punto de vista, ¿cuál es la cantidad de psicofármacos consumida? ¿en qué medida se combina el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos con el consumo de antidepresivos? Tal y como reflejan los dos siguientes gráficos, el consumo combinado de fármacos para calmar los nervios, la ansiedad o el insomnio con los medicamentos para tratar los síntomas de la depresión es minoritario. Tan sólo el 8,2% de la población ha consumido estos dos tipos de psicofármacos a lo largo de su vida; el 4,2% lo ha hecho en los últimos doce meses y el 3,2% en los últimos 30 días. Además, la proporción de quienes han consumido estos dos tipos de psicofármacos –es decir, tranquilizantes, sedantes o somníferos y antidepresivos– sin prescripción médica es prácticamente nula.

**Cuadro 10. Distribución del número de psicofármacos consumidos con y sin receta médica en los últimos 12 meses. 2017 (%)**



	Alguna vez en la vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
<b>Psicofármacos con receta médica</b>			
Ninguno	72,4%	85,3%	89,9%
Uno	19,5%	10,5%	6,9%
Dos	8,1%	4,2%	3,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Psicofármacos sin receta médica</b>			
Ninguno	97,6%	99,0%	99,6%
Uno	2,3%	0,9%	0,4%
Dos	0,1%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Psicofármacos con o sin receta médica</b>			
Ninguno	71,3%	84,6%	89,6%
Uno	20,5%	11,1%	7,3%
Dos	8,2%	4,2%	3,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

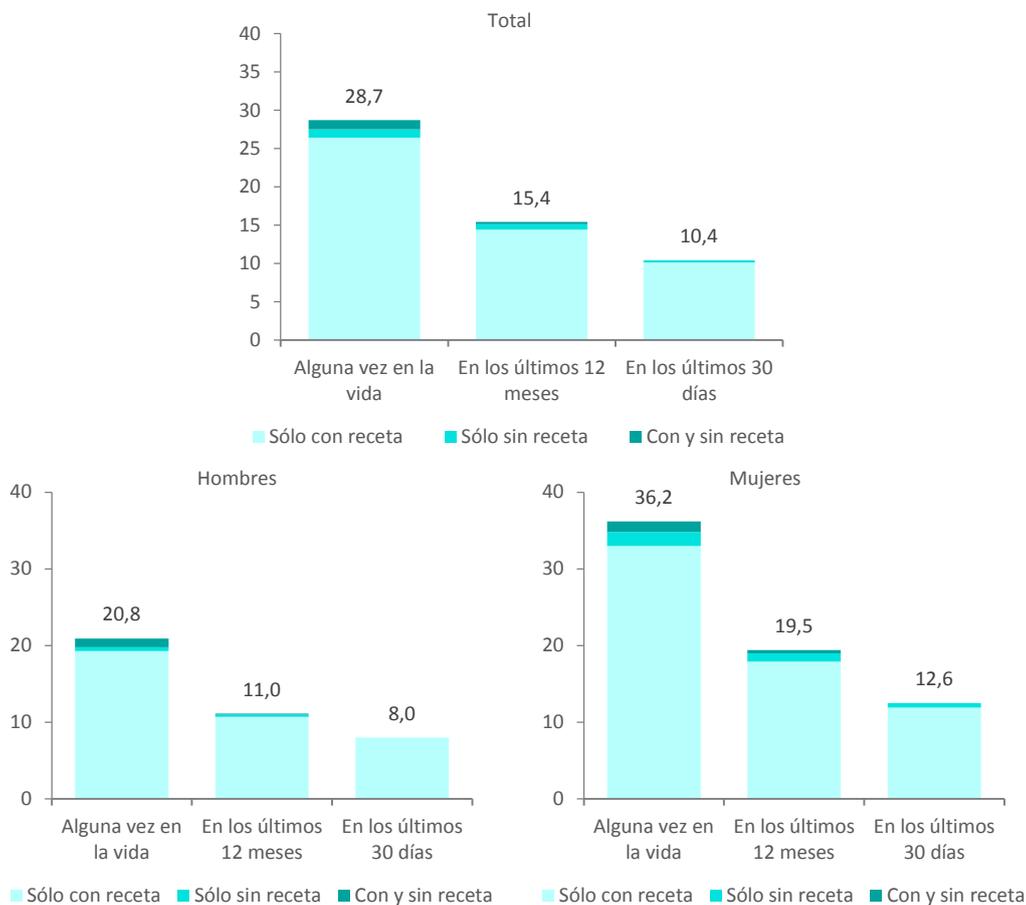
El consumo de algún tipo de psicofármaco –tranquilizante, sedante, somnífero o antidepresivo– es mayor entre las mujeres que entre los hombres. En base a los resultados de la última edición de la encuesta de 2017, el consumo experimental realizado alguna vez en la vida es del 36,2% entre las mujeres y del 20,8% entre los hombres –ratio de 0,6–. El consumo reciente en los últimos 12 meses alcanza a uno de cada diez hombres (11,0%) y a casi dos de cada diez mujeres (19,5%) –ratio 0,6–. Finalmente, el consumo actual en los últimos 30 días es del 8,0% entre los hombres y el 12,6% entre las mujeres –ratio 0,6–.

En el caso del consumo de psicofármacos con receta médica las diferencias por sexo se mantienen. El 34,3% de las mujeres han consumido esta sustancia alguna vez en su vida, frente al 20,4% de los hombres que también lo han hecho –ratio de 0,6–. Asimismo, según los resultados de la encuesta, el 18,3% de las mujeres y el 10,8% de los hombres han consumido tranquilizantes, sedantes, somníferos o antidepresivos con receta médica en los últimos 12 meses –ratio de 0,6– y el 11,9% de las mujeres y el 8,0% de los hombres lo han hecho en los últimos 30 días –ratio de 0,7–. En base a los cálculos realizados, las mujeres de Euskadi tienen un 89% más de posibilidad que los hombres de consumir psicofármacos con receta médica en los últimos 12 meses [OR: 1,89 (IC95% 1,88-1,91)]<sup>5</sup>.

Aunque en menor medida, el consumo de psicofármacos es también mayor entre las mujeres que entre los hombres. El porcentaje de mujeres que declara haber consumido este tipo de fármacos sin prescripción médica alguna vez en la vida (3,2%) es 2,5 veces mayor que el de los hombres (1,3%). Estas diferencias aumentan en el caso del consumo en los últimos 12 meses. La proporción de mujeres consumidoras sin receta médica en los últimos 12 meses (1,5%) también es mayor que entre los hombres (0,4%). De hecho, las mujeres tienen una probabilidad casi cuatro veces mayor de consumir psicofármacos sin receta médica en el último año que los hombres [OR: 3,91 (IC95% 3,76-4,06)]<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Ver cuadro 40.

<sup>6</sup> Ver cuadro 40.

**Cuadro 11. Distribución de la población total en función del consumo de psicofármacos de forma combinada (con y sin receta médica) en los últimos 12 meses, por sexo. 2017 (%).****Datos estandarizados por edad.**

	Alguna vez en la vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
<b>Total</b>			
No ha consumido	71,3	84,6	89,6
Ha consumido	<b>28,7</b>	<b>15,4</b>	<b>10,4</b>
- Sólo con receta médica	26,4	14,4	10,1
- Sólo sin receta médica	1,1	0,7	0,3
- Con y sin receta médica	1,2	0,3	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Hombres*</b>			
No ha consumido	79,2	89,0	92,0
Ha consumido	<b>20,8</b>	<b>11,0</b>	<b>8,0</b>
- Sólo con receta médica	19,3	10,7	8,0
- Sólo sin receta médica	0,5	0,3	0,0
- Con y sin receta médica	1,1	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Mujeres*</b>			
No ha consumido	63,8	80,5	87,4
Ha consumido	<b>36,2</b>	<b>19,5</b>	<b>12,6</b>
- Sólo con receta médica	33,0	17,9	11,9
- Sólo sin receta médica	1,8	1,1	0,6
- Con y sin receta médica	1,4	0,4	0,0
Total	100,0	100,0	100,0

\*Datos estandarizados por edad.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

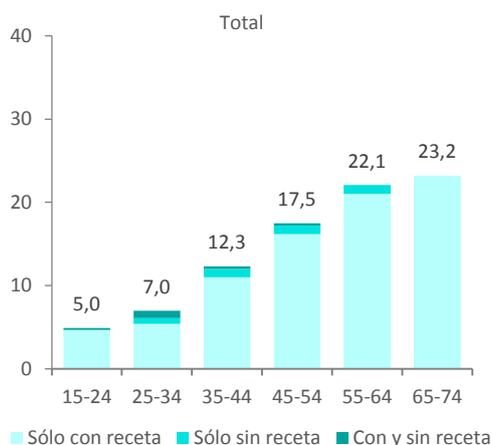
El consumo de psicofármacos aumenta con la edad y es mayor entre las mujeres que entre los hombres en todos los grupos de edad. La prevalencia de consumo de psicofármacos con receta médica entre las mujeres aumenta con la edad. Entre las mujeres de 15 a 24 años, el porcentaje de quienes han consumido algún tipo de psicofármaco con receta médica es del 7,2%. Este porcentaje es del 8,5% entre aquellas que tienen entre 25 y 34 años y del 14,2% entre quienes tienen entre 35 y 44 años. El aumento es progresivo hasta alcanzar al 29,2% entre las mujeres que tienen 65 o más años. Las mujeres de 35 a 54 años tienen una probabilidad 2,63 veces mayor de consumir psicofármacos con receta médica en los últimos 12 meses que las mujeres de 15 a 34 años [OR: 2,63 (IC95% 2,58-2,68)]<sup>7</sup>. Asimismo, las mujeres de 55 a 74 años tienen una probabilidad cuatro veces mayor que las mujeres más jóvenes de 15 a 34 años de consumir psicofármacos con receta médica a lo largo del último año [OR: 4,09 (IC95% 4,02-4,17)].

En el caso de los hombres, al igual que entre las mujeres, la proporción de consumidoras de psicofármacos con prescripción aumenta con la edad, a excepción del último de los grupos de edad. Los hombres de 35 a 54 años tienen una probabilidad casi tres veces mayor de consumir psicofármacos con receta médica que los hombres de 15 a 34 años [OR: 2,98 (IC95% 2,90-3,06)]. La probabilidad entre los hombres de 55 a 74 años es casi seis veces mayor que los hombres más jóvenes de 15 a 34 años [OR: 5,95 (IC95% 5,80-6,10)].

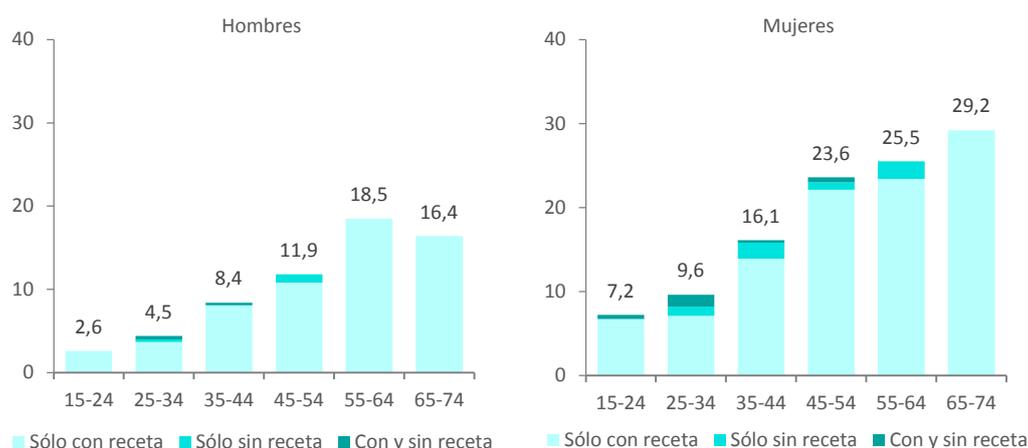
La prevalencia de consumo de psicofármacos sin receta médica es algo mayor entre las mujeres que entre los hombres y, como muestran los dos siguientes gráficos, es prácticamente inexistente entre la población de menor y mayor edad.

En base a los resultados de la última edición de la Encuesta sobre Adicciones, han consumido psicofármacos sin receta médica en los últimos 12 meses el 2,5% de las mujeres de 25 a 34 años, el 2,2% de aquellas de 35 a 44 años, el 1,5% de 45 a 54 años y el 2,1% entre 55 y 64 años. Las mujeres de 35 a 54 años tienen un 63% más de probabilidad de consumir psicofármacos sin receta médica respecto a los últimos 12 meses que las mujeres de más de edad de 55 a 74 años [OR: 1,63 (IC95% 1,55-1,70)]. Igualmente, las mujeres más jóvenes de 15 a 34 años tienen un 36% más de probabilidad de consumir estas sustancias sin supervisión médica que las mujeres de más de 55 años [OR: 1,36 (IC95% 1,29-1,43)].

**Cuadro 12. Distribución de la población total en función del consumo de psicofármacos de forma combinada (con y sin receta médica) en los últimos 12 meses, por sexo y edad. 2017 (%)**



<sup>7</sup> Ver cuadro 40.



	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74
<b>Total</b>						
No ha consumido	95,0	93,0	87,7	82,5	77,9	76,8
Ha consumido	<b>5,0</b>	<b>7,0</b>	<b>12,3</b>	<b>17,5</b>	<b>22,1</b>	<b>23,2</b>
- Sólo con receta	4,7	5,4	11,0	16,2	21,0	23,2
- Sólo sin receta	0,0	0,7	1,0	1,0	1,1	0,0
- Con y sin receta	0,2	0,9	0,3	0,3	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Hombres</b>						
No ha consumido	97,4	95,5	91,6	88,1	81,5	83,6
Ha consumido	<b>2,6</b>	<b>4,5</b>	<b>8,4</b>	<b>11,9</b>	<b>18,5</b>	<b>16,4</b>
- Sólo con receta	2,6	3,7	8,1	10,8	18,5	16,4
- Sólo sin receta	0,0	0,3	0,0	1,0	0,0	0,0
- Con y sin receta	0,0	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mujeres</b>						
No ha consumido	92,8	90,4	83,9	76,4	74,5	70,8
Ha consumido	<b>7,2</b>	<b>9,6</b>	<b>16,1</b>	<b>23,6</b>	<b>25,5</b>	<b>29,2</b>
- Sólo con receta	6,7	7,1	13,9	22,1	23,4	29,2
- Sólo sin receta	0,0	1,1	1,9	0,9	2,1	0,0
- Con y sin receta	0,5	1,4	0,3	0,6	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

El consumo de psicofármacos en los últimos 12 meses muestra un patrón claro por nivel de educativo entre las mujeres. La prevalencia de consumo de psicofármacos aumenta, a medida que disminuye el nivel de estudios de las mujeres. El 16,3% de las mujeres con un nivel de estudios universitario ha consumido psicofármacos alguna vez en el último año. El porcentaje de mujeres con estudios secundarios que también han consumido es del 18,3%. La prevalencia de consumo asciende hasta alcanzar a una de cada cuatro mujeres sin estudios o con un nivel educativo primario (24,9%).

En el caso del consumo de psicofármacos con receta médica, el 14,2% de las mujeres con estudios universitarios declara haber consumido estas sustancias bajo la supervisión médica. Este porcentaje es del 17,5% entre aquellas con estudios universitarios y aumenta hasta el 24,2% entre aquellas mujeres que no cuentan con estudios o con estudios primarios. Las mujeres con estudios inferiores<sup>8</sup> tienen un

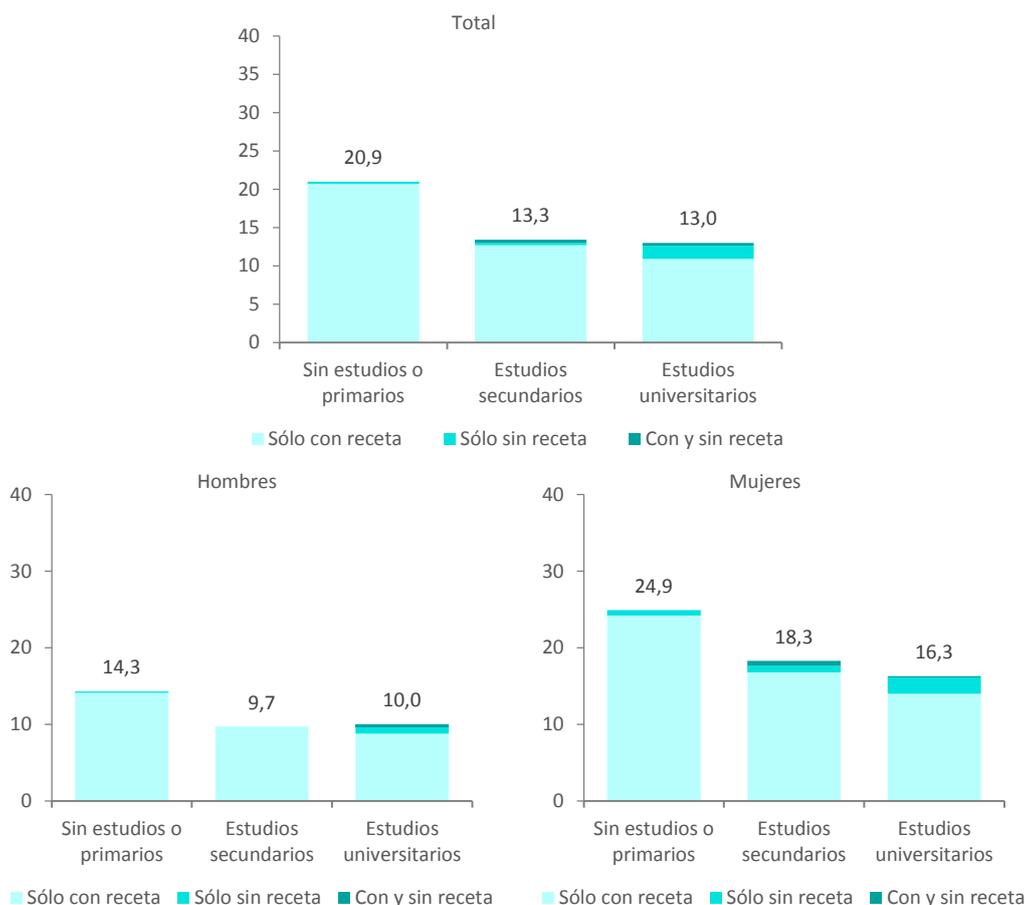
<sup>8</sup> La categoría de nivel de estudios inferior incluye las siguientes opciones de respuesta: "no sabe leer ni escribir", "estudios primarios incompletos", "estudios primarios o equivalentes" y "educación secundaria de 1ª etapa". La categoría de nivel de estudios superior incluye las siguientes opciones de respuesta: "estudios de bachillerato", "enseñanzas profesionales de grado medio o equivalente", "enseñanzas profesionales de grado superior o equivalente", "estudios universitarios de 1er ciclo", "estudios universitarios de 2º ciclo o equivalente" y "doctorado o equivalente".

46% más de probabilidad de consumir psicofármacos con receta médica respecto a los últimos 12 meses que las mujeres con estudios superiores [OR: 1,46 (IC95% 1,44-1,48)]<sup>9</sup>.

En el caso del consumo de psicofármacos sin receta médica, sin embargo, el patrón entre las mujeres es el opuesto. En efecto, tan sólo el 0,7% de las mujeres con estudios primarios o inferiores ha consumido psicofármacos en los últimos doce meses. Este porcentaje es del 1,5% entre las mujeres con estudios secundarios y del 2,3% entre aquellas con estudios universitarios. Las mujeres con un nivel de estudios superior tienen cinco veces más de probabilidad de consumir psicofármacos sin receta médica respecto a los últimos 12 meses que las mujeres con estudios inferiores [OR: 5,03 (IC95% 4,70-5,38)].

En el caso de los hombres el patrón no es claro, aunque, apunta hacia la misma dirección. La proporción de consumidores de psicofármacos es mayor entre la población sin estudios o estudios primarios (14,3%). En cambio, la proporción de quienes han consumido psicofármacos sin receta médica es mayor entre aquellos hombres que cuentan con estudios superiores (1,2%). Por un lado, los hombres con un nivel de estudios inferior tienen un 49% más de probabilidad de consumir psicofármacos con receta médica en el último año que los hombres con un nivel de estudios superior [OR: 1,49 (IC95% 1,47-1,51)]. Por otro lado, los hombres con un nivel de estudios superior tienen 3,30 veces más de probabilidad de consumir psicofármacos sin receta médica respecto a los últimos 12 meses que los hombres con estudios inferiores [OR: 3,30 (IC95% 2,95-3,70)].

**Cuadro 13. Distribución de la población total en función del consumo de psicofármacos de forma combinada (con y sin receta médica) en los últimos 12 meses, por sexo y nivel de estudios. 2017 (%). Datos estandarizados por edad.**



<sup>9</sup> Ver cuadro 40.

	Sin estudios o primarios	Estudios secundarios	Estudios universitarios
<b>Total</b>			
No ha consumido	79,1	86,7	87,0
Ha consumido	<b>20,9</b>	<b>13,3</b>	<b>13,0</b>
- Sólo con receta médica	20,7	12,7	10,9
- Sólo sin receta médica	0,3	0,3	1,7
- Con y sin receta médica	0,0	0,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Hombres*</b>			
No ha consumido	85,7	90,3	90,0
Ha consumido	<b>14,3</b>	<b>9,7</b>	<b>10,0</b>
- Sólo con receta médica	14,1	9,7	8,8
- Sólo sin receta médica	0,2	0,0	0,8
- Con y sin receta médica	0,0	0,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Mujeres*</b>			
No ha consumido	75,1	81,7	83,7
Ha consumido	<b>24,9</b>	<b>18,3</b>	<b>16,3</b>
- Sólo con receta médica	24,2	16,8	14,0
- Sólo sin receta médica	0,7	0,8	2,1
- Con y sin receta médica	0,0	0,7	0,2
Total	100,0	100,0	100,0

\*Datos estandarizados por edad.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

### 3.4. Evolución de las prevalencias generales de consumo de psicofármacos

Las preguntas sobre el consumo de psicofármacos han ido variando de una edición a otra<sup>10</sup>. Pese a estas diferencias metodológicas<sup>11</sup>, la siguiente tabla muestra la evolución desde el año 2006 de las prevalencias generales del consumo de algún psicofármaco.

Los datos evolutivos de las prevalencias de consumo de algún psicofármaco con o sin receta médica en los últimos doce meses mostraban una tendencia descendente hasta el año 2010 en mujeres y hasta 2012 entre los hombres. En la última edición de 2017 la prevalencia de consumo parece aumentar en ambos sexos, aunque no llega a los niveles de 2006.

En el caso del consumo de psicofármacos en los últimos 30 días, por el contrario, la prevalencia de consumo aumenta ligeramente entre los hombres y parece descender entre las mujeres. En concreto, en 2012 el 5,6% de los hombres declaraban haber consumido este tipo de fármaco en el último mes. Este porcentaje asciende hasta el 8,0% en 2017. En el caso de los hombres, las prevalencias de consumo de algún psicofármaco han descendido ligeramente desde 2012 (14,2%) hasta 2017 (12,6%). En cuanto a las diferencias por sexo, cabe destacar que la prevalencia de consumo entre las mujeres es superior a la de los hombres en todos los casos. La ratio entre hombres y mujeres se ha situado por debajo del 1 en toda la serie histórica.

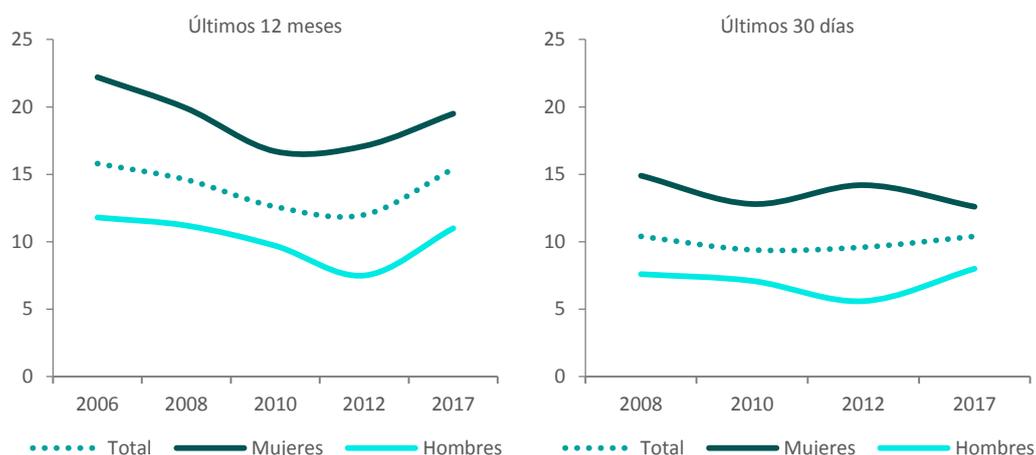
Pese a que es difícil establecer una relación causal, diferentes estudios –tanto cuantitativos como cualitativos– afirman que la salud mental de la población está directamente relacionada con la situación

<sup>10</sup> En la última edición de 2017 se pregunta, por un lado, por el consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos de forma conjunta y, por otro lado, por el consumo de antidepresivos. En las dos ediciones anteriores de 2010 y 2012, las preguntas sobre tranquilizantes, somníferos y antidepresivos estaban diferenciadas (3 preguntas diferentes). En las ediciones de 2006 y 2008, por su parte, las preguntas también estaban diferenciadas en el caso del consumo con receta médica (tres preguntas diferenciadas para el consumo de tranquilizantes, somníferos y antidepresivos), aunque se preguntaba de forma conjunta por el consumo de psicofármacos sin receta médica (una única pregunta). Finalmente, hay que mencionar que en la edición de 2006 las preguntas sobre el consumo con receta médica se limitaban al consumo realizado en los últimos 12 meses –no así en el caso del consumo sin receta en el que también se incluía el consumo realizado en los últimos 30 días–.

<sup>11</sup> Es posible consultar las diferencias en las preguntas sobre psicofármacos a lo largo de las diferentes ediciones de la encuesta en el apartado de metodología, así como en el apartado de Anexos del presente informe.

económica, de forma que una situación económica desfavorable, como la que se vivió durante la crisis económica que comenzó en 2008 y se alargó durante los años posteriores podría ser una de las posibles explicaciones al aumento de las consultas médicas de salud mental [23] y el aumento del consumo de psicofármacos [12], [23].

**Cuadro 14. Evolución de las prevalencias de generales de consumo de algún psicofármaco con o sin receta médica, por sexo, 2006-2017 (%). Datos estandarizados por edad.**



Psicofármacos con o sin receta	2006	2008	2010	2012	2017
<b>A lo largo de la vida</b>					
Total	22,6%	18,9%	22,7%	21,1%	28,7%
Hombres*	16,2%	15,1%	16,9%	15,2%	20,8%
Mujeres*	32,0%	24,7%	30,1%	27,6%	36,2%
Ratio	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6
<b>En los últimos 12 meses</b>					
Total	15,8%	14,6%	12,6%	12,0%	15,4%
Hombres*	11,8%	11,2%	9,7%	7,5%	11,0%
Mujeres*	22,2%	19,9%	16,7%	17,1%	19,5%
Ratio	0,5	0,6	0,6	0,4	0,6
<b>En los últimos 30 días</b>					
Total	-	10,4%	9,4%	9,6%	10,4%
Hombres*	-	7,6%	7,1%	5,6%	8,0%
Mujeres*	-	14,9%	12,8%	14,2%	12,6%
Ratio	-	0,5	0,6	0,4	0,6

\*Datos estandarizados por edad.

Nota 1: los resultados de 2017 hacen referencia a la prevalencia del consumo de los siguientes psicofármacos: a) tranquilizantes, sedantes y/o somníferos, y b) antidepresivos. Sin embargo, las ediciones de 2006 a 2012 hacen referencia a la prevalencia de consumo de: a) tranquilizantes, b) somníferos y c) antidepresivos.

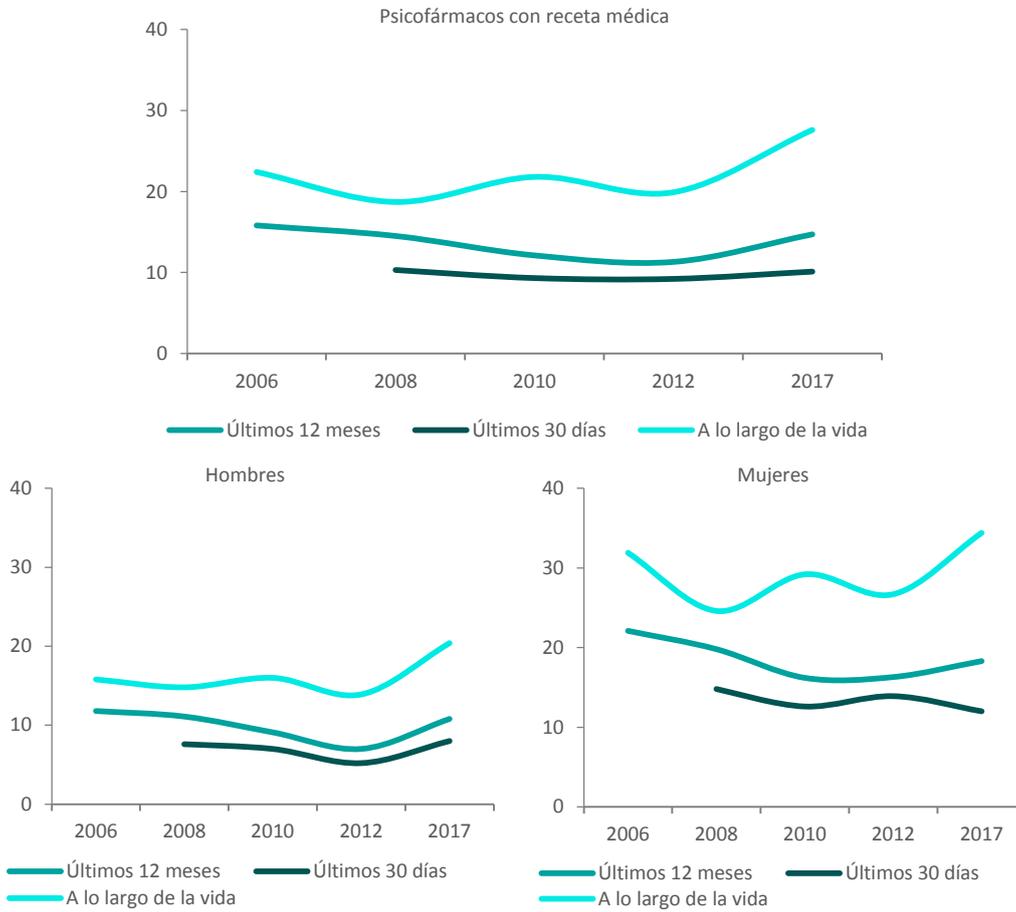
Nota 2: No se presentan los resultados de la prevalencia de psicofármacos para 2006 puesto que en esta edición las preguntas sobre consumo con receta médica se limitaban al consumo realizado en los últimos 12 meses –no así en el caso del consumo sin receta médica en el que también se incluye el consumo realizado en los últimos 30 días–.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2006-2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

Los datos evolutivos muestran un aumento en la prevalencia de consumo de psicofármacos con prescripción médica a lo largo de la vida, en el último año y en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo de medicamentos para calmar los nervios, la ansiedad o dormir alguna vez en la vida entre la población de Euskadi de 15 a 74 años ha aumentado del 19,9% al 27,6% entre 2012 y 2017. Este aumento es notable tanto en hombres –del 13,9% al 20,4%– como en mujeres –del 26,7% al 34,4%–. La prevalencia de consumo de psicofármacos en los últimos 12 meses también ha aumentado ligeramente en la última edición de la encuesta, pasando del 11,3% en 2012 al 14,7% en 2017. Entre los hombres, el aumento ha sido del 7,0% al 10,8% y entre las mujeres, del 16,3% al 18,3%.

La prevalencia de consumo en el último mes es más o menos estable sin grandes variaciones desde 2008, aunque en la última edición parece aumentar ligeramente entre los hombres –del 5,2% al 8,0%– y descender entre las mujeres –del 13,9% al 12,0%–.

**Cuadro 15. Evolución de las prevalencias de generales de consumo de algún psicofármaco con receta médica, por sexo, 2006-2017 (%). Datos estandarizados por edad.**



<i>Psicofármacos con receta</i>	2006	2008	2010	2012	2017
<b>A lo largo de la vida</b>					
Total	22,4%	18,7%	21,8%	19,9%	27,6%
Hombres*	15,8%	14,8%	16,0%	13,9%	20,4%
Mujeres*	31,9%	24,6%	29,2%	26,7%	34,4%
<i>Ratio</i>	0,5	0,6	0,5	0,5	0,6
<b>En los últimos 12 meses</b>					
Total	15,8%	14,5%	12,1%	11,3%	14,7%
Hombres*	11,8%	11,1%	9,1%	7,0%	10,8%
Mujeres*	22,1%	19,8%	16,2%	16,3%	18,3%
<i>Ratio</i>	0,5	0,6	0,6	0,4	0,6
<b>En los últimos 30 días</b>					
Total	-	10,3%	9,3%	9,2%	10,1%
Hombres*	-	7,6%	7,0%	5,2%	8,0%
Mujeres*	-	14,8%	12,6%	13,9%	12,0%
<i>Ratio</i>	-	0,5	0,6	0,4	0,7

\*Datos estandarizados por edad.

Nota 1: los resultados de 2017 hacen referencia a la prevalencia del consumo de los siguientes psicofármacos: a) tranquilizantes, sedantes y/o somníferos, y b) antidepresivos. Sin embargo, las ediciones de 2006 a 2012 hacen referencia a la prevalencia de consumo de: a) tranquilizantes, b) somníferos y c) antidepresivos.

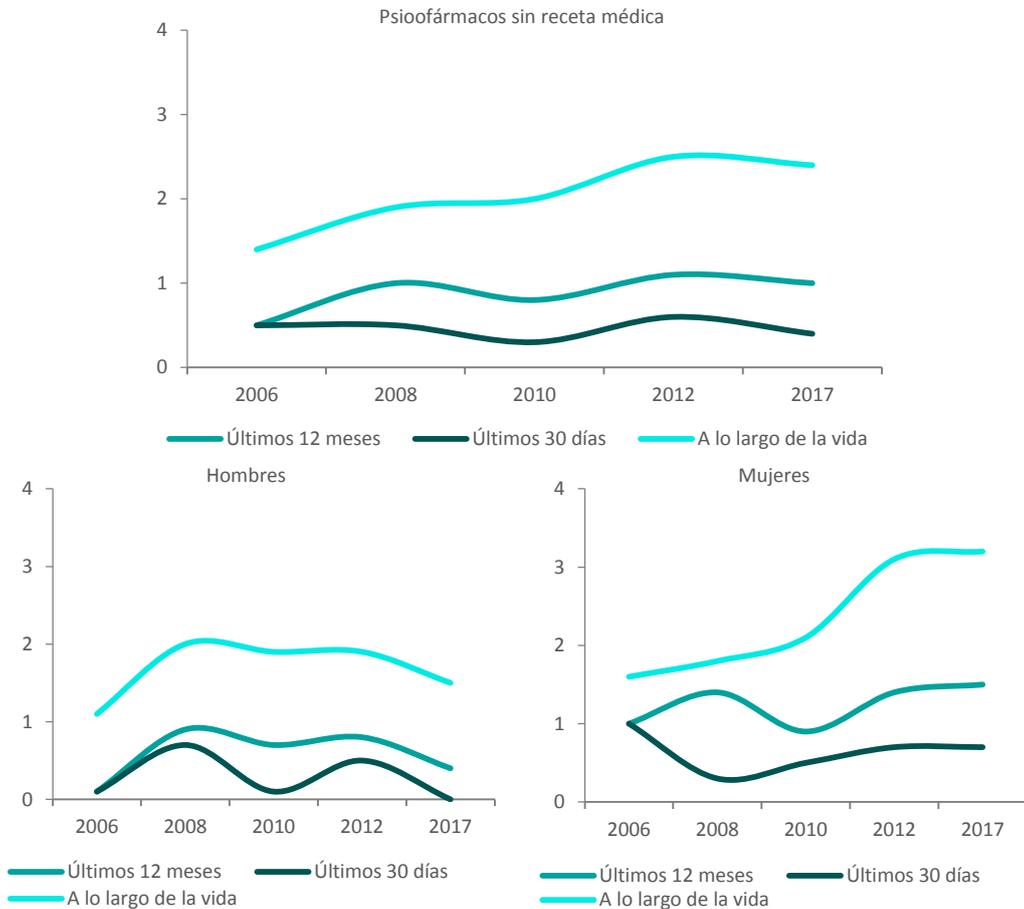
Nota 2: No se presentan los resultados de la prevalencia de tranquilizantes y somníferos con receta médica para 2006 puesto que en esta edición las preguntas se limitaban al consumo realizado en los últimos 12 meses –no así en el caso del consumo sin receta médica en el que también se incluye el consumo realizado en los últimos 30 días–.

**Fuente:** Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2006-2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

A diferencia del consumo de psicofármacos con receta médica, cuyos datos evolutivos muestran un aumento, las prevalencias de consumo de psicofármacos sin receta médica descienden, aunque muy ligeramente. En efecto, las prevalencias generales de consumo de algún psicofármaco sin prescripción médica se han mantenido prácticamente estables sin apenas variaciones entre 2012 y 2017, tanto en el caso del consumo a lo largo de la vida (del 2,5% al 2,4%), en los últimos doce meses (del 1,1% al 1,0%) y en los últimos 30 días (del 0,6% al 0,4%).

Sin embargo, la evolución ha sido diferente para hombres y mujeres. Entre las mujeres, el porcentaje de aquellas que declaran haber consumido algún medicamento de este tipo sin la supervisión médica se mantiene estable en las últimas dos ediciones de la encuesta. En el caso de los hombres, destaca especialmente el descenso en la prevalencia de consumo en el último mes y en el último año, con cifras inferiores al 0,5%. En términos de género cabe destacar, además, una prevalencia de consumo mayor entre las mujeres que entre los hombres en todas las ediciones de la encuesta desde 2006 –la ratio es inferior a 1 en todos los casos–, salvo en el caso del consumo experimental en el año 2008 (1,8% entre las mujeres y 2,0% entre los hombres).

**Cuadro 16. Evolución de las prevalencias de generales de consumo de algún psicofármaco sin receta médica, por sexo, 2006-2017 (%). Datos estandarizados por edad.**



<i>Psicofármacos sin receta</i>	2006	2008	2010	2012	2017
<b>A lo largo de la vida</b>					
Total	1,4%	1,9%	2,0%	2,5%	2,4%
Hombres*	1,1%	2,0%	1,9%	1,9%	1,5%
Mujeres*	1,6%	1,8%	2,1%	3,1%	3,2%
<i>Ratio</i>	0,7	1,1	0,9	0,6	0,5
<b>En los últimos 12 meses</b>					
Total	0,5%	1,0%	0,8%	1,1%	1,0%
Hombres*	0,1%	0,9%	0,7%	0,8%	0,4%
Mujeres*	1,0%	1,4%	0,9%	1,4%	1,5%
<i>Ratio</i>	0,1	0,6	0,8	0,6	0,3
<b>En los últimos 30 días</b>					
Total	0,5%	0,5%	0,3%	0,6%	0,4%
Hombres*	0,1%	0,7%	0,1%	0,5%	0,0%
Mujeres*	1,0%	0,3%	0,5%	0,7%	0,7%
<i>Ratio</i>	0,1	2,3	0,2	0,7	0,0

\*Datos estandarizados por edad.

Nota: los resultados de 2017 hacen referencia a la prevalencia del consumo de los siguientes psicofármacos: a) tranquilizantes, sedantes y/o somníferos, y b) antidepresivos. Las ediciones de 2010 y 2012 hacen referencia a la prevalencia de consumo de: a) tranquilizantes, b) somníferos y c) antidepresivos. Finalmente, las ediciones de 2006 y 2008 hacen referencia a la prevalencia de consumo de tranquilizantes, somníferos y antidepresivos.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2006-2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

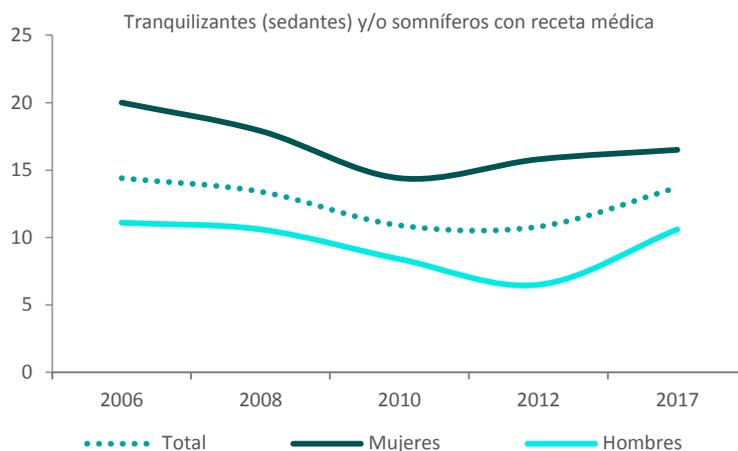
A continuación se va a analizar la evolución de las prevalencias de consumo por tipo de psicofármaco consumido. En primer lugar, se presentan los datos evolutivos de la prevalencia de consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos<sup>12</sup> en los últimos doce meses; es decir, aquellos medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir. En segundo lugar, se presenta la evolución de los medicamentos para tratar los síntomas de la depresión.

Los datos evolutivos de las prevalencias de consumo de algún tranquilizante, sedante y/o somnífero con receta médica en los últimos doce meses mostraban una tendencia descendente hasta el año 2010 en mujeres y hasta 2012 entre los hombres. En la última edición de 2017 la prevalencia de consumo parece haberse estabilizado en el caso de las mujeres y aumenta entre los hombres.

En el caso del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos sin receta médica, por el contrario, la prevalencia de consumo aumenta entre las mujeres y parece descender entre los hombres. En concreto, en 2010 y 2012 el 0,7% de los hombres declaraban haber consumido este tipo de fármaco sin prescripción médica en el último año. Este porcentaje desciende hasta el 0,4% en 2017. En el caso de las mujeres, las prevalencias de consumo sin receta médica han ido aumentando progresivamente desde 2010 (0,8%) hasta 2012 (1,0%) y 2017 (1,5%).

**Cuadro 17. Evolución de las prevalencias de consumo de algún tranquilizante (sedante) y/o somnífero en los últimos 12 meses por sexo y vía de acceso (con y sin receta médica), 2006-2017 (%).**

**Datos estandarizados por edad.**



<sup>12</sup> Los resultados de 2017 hacen referencia a la prevalencia del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos. Las ediciones de 2006 a 2012 hacen referencia a la prevalencia de consumo de tranquilizantes y/o somníferos.

<i>Tranquilizantes (sedantes) y/o somníferos</i>	2006	2008	2010	2012	2017
<b>Con receta médica</b>					
Total	14,4%	13,4%	10,9%	10,8%	13,7%
Hombres*	11,1%	10,6%	8,4%	6,5%	10,6%
Mujeres*	20,0%	17,9%	14,4%	15,8%	16,5%
<i>Ratio</i>	0,6	0,6	0,6	0,4	0,6
<b>Sin receta médica</b>					
Total	-	-	0,8%	0,8%	0,9%
Hombres*	-	-	0,7%	0,7%	0,4%
Mujeres*	-	-	0,8%	1,0%	1,5%
<i>Ratio</i>	-	-	0,9	0,7	0,3
<b>Con o sin receta médica</b>					
Total	-	-	11,4%	11,5%	14,3%
Hombres*	-	-	9,0%	7,1%	10,9%
Mujeres*	-	-	14,9%	16,6%	17,6%
<i>Ratio</i>	-	-	0,6	0,4	0,6

\*Datos estandarizados por edad.

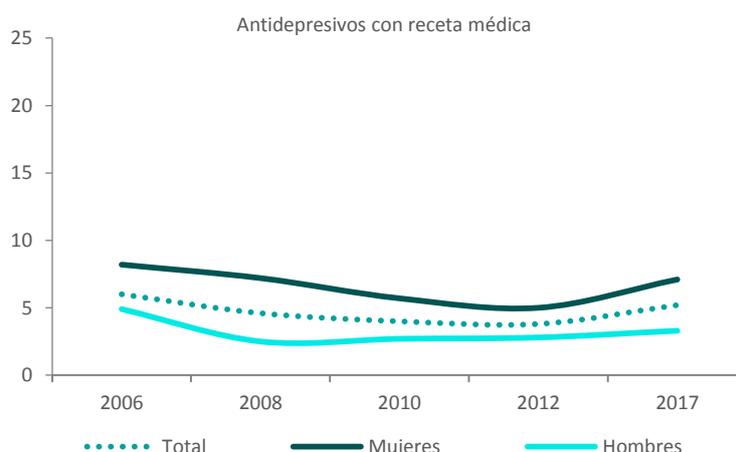
Nota 1: los resultados de 2017 hacen referencia a la prevalencia del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos (medido a través de una pregunta conjunta). Sin embargo, las ediciones de 2006 a 2012 hacen referencia a la prevalencia de consumo de tranquilizantes y somníferos (medido a través de preguntas independientes).

Nota 2: No se presentan los resultados de la prevalencia de tranquilizantes y somníferos sin receta médica para 2006 y 2008 puesto que en estas dos ediciones las preguntas se formulaban de forma conjunta (consumo de psicofármacos sin receta médica) y no es posible diferenciar las prevalencias por tipo de psicofármaco.

**Fuente:** Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2006-2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

Los datos evolutivos de las prevalencias de consumo de medicamentos para tratar los síntomas de la depresión parecen haberse mantenido estables desde 2006. De hecho, la prevalencia de consumo con prescripción médica se ha mantenido por debajo del 10% en todos los casos. Pese a esta estabilidad, los resultados para mujeres en la última edición parecen indicar un ligero aumento. El porcentaje de mujeres que han consumido algún antidepresivo con receta médica ha aumentado del 5,0% al 7,1% entre 2012 y 2017. En el caso del consumo de antidepresivos sin receta médica las prevalencias han sido muy reducidas desde las primeras ediciones de la encuesta.

**Cuadro 18. Evolución de las prevalencias de consumo de antidepresivos en los últimos 12 meses por sexo y vía de acceso (con y sin receta médica), 2006-2017 (%). Datos estandarizados por edad.**



<i>Antidepresivos</i>	2006	2008	2010	2012	2017
<b>Con receta médica</b>					
Total	6,0%	4,6%	4,0%	3,8%	5,2%
Hombres*	4,9%	2,5%	2,7%	2,8%	3,3%
Mujeres*	8,2%	7,2%	5,7%	5,0%	7,1%
<i>Ratio</i>	0,6	0,3	0,5	0,6	0,5
<b>Sin receta médica</b>					
Total	-	-	0,0%	0,3%	0,1%
Hombres*	-	-	0,0%	0,2%	0,0%
Mujeres*	-	-	0,1%	0,4%	0,1%
<i>Ratio</i>	-	-	0,0	0,6	0,0
<b>Con o sin receta médica</b>					
Total	-	-	4,0%	4,0%	5,3%
Hombres*	-	-	2,7%	2,8%	3,3%
Mujeres*	-	-	5,7%	5,3%	7,2%
<i>Ratio</i>	-	-	0,5	0,5	0,5

\*Datos estandarizados por edad.

Nota: No se presentan los resultados de la prevalencia de antidepresivos sin receta médica para 2006 y 2008 puesto que en estas dos ediciones las preguntas se formulaban de forma conjunta (consumo de psicofármacos sin receta médica) y no es posible diferenciar las prevalencias por tipo de psicofármaco.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2006-2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

### 3.5. Contextualización de las prevalencias generales de consumo de psicofármacos

En este apartado se pretende contextualizar los resultados de las prevalencias generales de consumo de psicofármacos de Euskadi comparándolos con los resultados para el conjunto del Estado español. La Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) [24] está dirigida a la población de 15 a 64 años, mientras que la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi [25] se dirige a la población de 15 a 74 años de edad<sup>13</sup>. Debido a esta razón, se ha optado por calcular los resultados para Euskadi también para esta población de 15 a 64 años<sup>14</sup>.

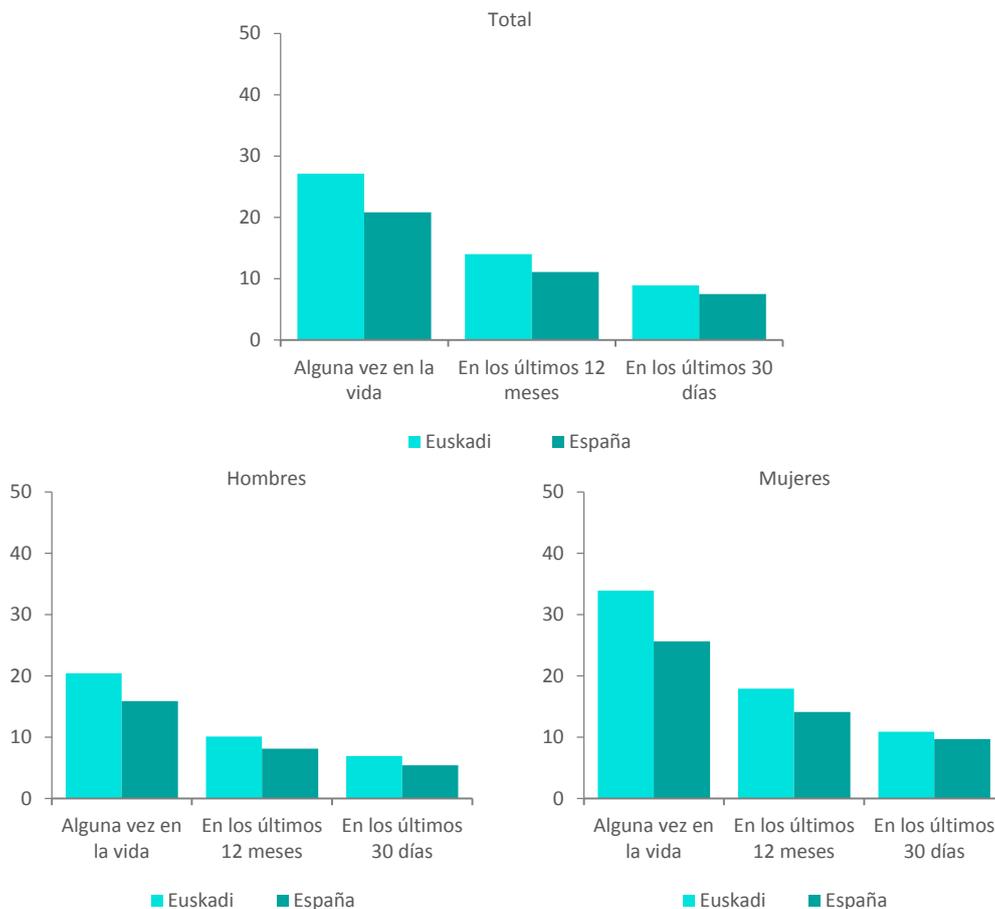
La comparación de los datos que arroja la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi con los recogidos para el conjunto del Estado español apunta a unas tasas de consumo de psicofármacos ligeramente mayores en Euskadi. Las prevalencias de consumo de psicofármacos –con o sin receta médica– a lo largo de la vida, en los últimos 12 meses y últimos treinta días son mayores en Euskadi, tanto para mujeres como para hombres. El 5,4% de los hombres españoles ha consumido psicofármacos en el último mes frente al 6,9% de los hombres vascos. Asimismo, el 9,7% de las mujeres de Euskadi y el 10,9% de las mujeres de España han consumido estas sustancias en los últimos treinta días.

La falta de datos disponibles comparables con otros países europeos no permite una comparativa a nivel internacional. Sin embargo, un estudio de 2012 [26] que comparaba diferentes grupos farmacológicos terapéuticos en diferentes países europeos señalaba que los ansiolíticos, los vasodilatadores y los antiulcerosos tenían una media de consumo en España más alta que en el resto de los países europeos. En cambio, los antidepresivos y los antipsicóticos estaban claramente por debajo de la media europea [23], [26]. En el caso del consumo sin prescripción, otro estudio de 2016 [27] en el que se comparaba el uso de fármacos sin autorización en diversos países de la Unión Europea, situaba a España y Suecia como dos de los países con una mayor prevalencia de consumo de sedantes sin receta médica, seguido de Reino Unido y Dinamarca [27].

<sup>13</sup> A pesar de que las dos encuestas están realizadas en el mismo año [24], [25], es preciso interpretar los resultados con cautela. Las diferencias metodológicas de las dos encuestas podrían influir en su comparabilidad.

<sup>14</sup> Tal y como hemos visto a lo largo del informe, la prevalencia de consumo de psicofármacos tiende a aumentar con la edad. Es posible que al acotar el análisis a la población de 15 a 64 años, dejando fuera del análisis a la población de 65 y más años, los resultados no recojan la extensión real del fenómeno.

**Cuadro 19. Prevalencias de consumo de psicofármacos (con y sin receta médica) en Euskadi y España, 2017 (%). Resultados para el total de la población de 15 a 64 años y desagregados por sexo.**



	Alguna vez en la vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
<b>Total</b>			
Euskadi	27,1	14,0	8,9
España	20,8	11,1	7,5
<b>Hombres</b>			
Euskadi	20,4	10,1	6,9
España	15,9	8,1	5,4
<b>Mujeres</b>			
Euskadi	33,9	17,9	10,9
España	25,6	14,1	9,7

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017 y Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2017.

A continuación se analiza la evolución del consumo de psicofármacos –con y sin prescripción médica– en Euskadi en relación con la evolución que ha experimentado este indicador en el conjunto del Estado. A pesar de las diferencias metodológicas apuntadas anteriormente, cabe destacar que en los dos territorios se observa una tendencia al aumento en el consumo experimental de este tipo de fármaco. Es decir, el consumo de algún psicofármaco en alguna ocasión a lo largo de la vida. Dicho aumento es más pronunciado en el caso del Euskadi desde el año 2012 y parece haberse ralentizado en el caso de España.

Más allá del consumo realizado de forma puntual en alguna ocasión, las prevalencias de consumo de psicofármacos en los últimos doce meses y en los últimos 30 días también parecen haber aumentado en Euskadi desde 2012, aunque no de forma tan acusada como en el caso del consumo experimental. Por el contrario, en España la prevalencia de consumo parece haberse estancado o ralentizado y, de hecho, desciende en las últimas ediciones.

**Cuadro 20. Evolución de las prevalencias de consumo de psicofármacos (con y sin receta médica) en Euskadi (2006-2017) y España, (2005-2017), entre la población de 15 a 64 años (%).**

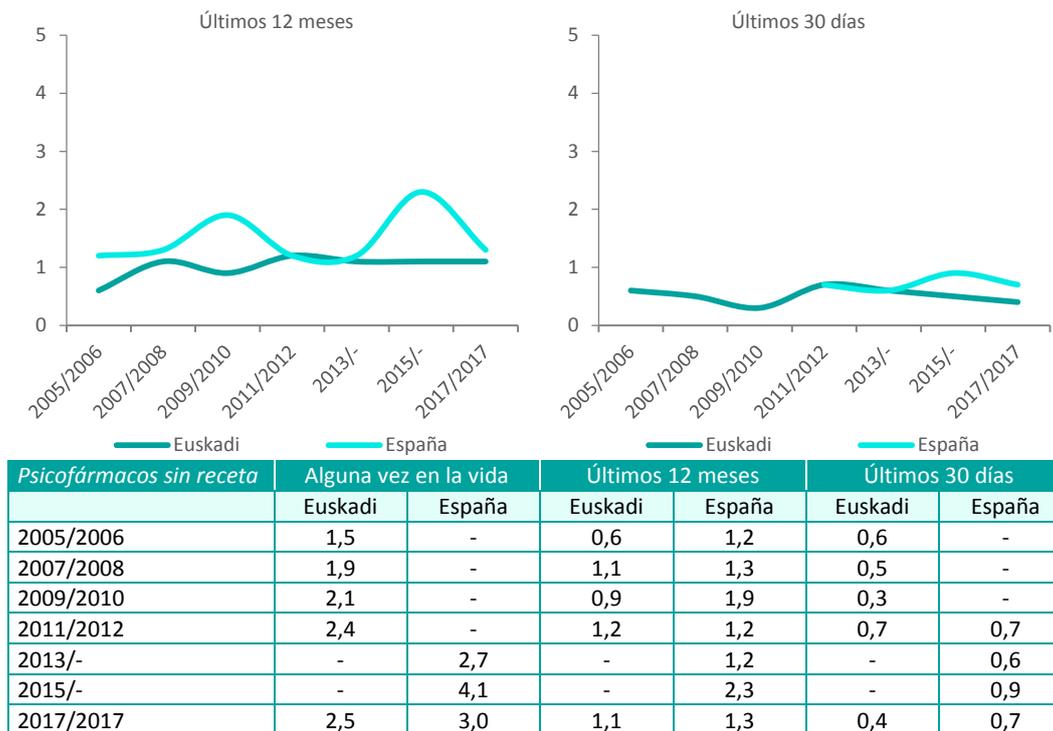


Psicofármacos con o sin receta médica	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Euskadi	España	Euskadi	España	Euskadi	España
2005/2006	20,2	8,7	14,1	6,1	-	3,7
2007/2008	17,1	16,4	13,0	8,6	8,6	6,9
2009/2010	21,1	13,4	11,0	7,1	8,3	6,2
2011/2012	19,3	19,6	10,3	11,4	7,8	8,3
2013/-	-	22,2	-	12,2	-	8,9
2015/-	-	18,7	-	12,0	-	8,1
2017/2017	27,1	20,8	14,0	11,1	8,9	7,5

Nota: Población de 15 a 74 años.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2006-2017 y Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2005-2017.

Los siguientes dos gráficos presentan la evolución de las prevalencias de consumo de psicofármacos que no han sido prescritos por un o una profesional de la medicina. En primer lugar, cabe destacar que el porcentaje de personas que han consumido psicofármacos sin receta médica, tanto en Euskadi como en España, es minoritario. En segundo lugar, los datos evolutivos indican una mayor estabilidad en el caso de Euskadi, tanto en el caso del consumo realizado a lo largo del último año como el consumo en los últimos 30 días. Finalmente, la prevalencia de consumo de psicofármacos sin receta médica desciende en ambos territorios con respecto a la anterior edición. En España, el porcentaje de personas que declaran haber consumido psicofármacos sin receta médica en los últimos doce meses ha descendido del 2,3% en 2015 al 1,3% en 2017. En Euskadi, por su parte, la prevalencia de consumo en el último mes ha descendido del 0,7% al 0,4% entre 2012 y 2017.

**Cuadro 21. Evolución de las prevalencias de consumo de psicofármacos sin receta médica en Euskadi (2006-2017) y España, (2005-2017), entre la población de 15 a 64 años (%).**

Nota: Población de 15 a 74 años.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2006-2017 y Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2005-2017.

### 3.6. Edad del primer consumo de psicofármacos

#### 3.6.1. Edad media del primer consumo de psicofármacos

La edad de inicio en el consumo de algún psicofármaco se sitúa en 2017 en torno a los 40 años por término medio (38,2 años en hombres y 40,6 en mujeres). Sin embargo, la edad de inicio varía notablemente en función de la vía de acceso a dicho fármaco; es decir, entre el consumo de fármacos con receta y sin receta médica. La edad media de inicio en el consumo de psicofármacos sin receta médica (34,5 años de media) se produce con anterioridad a la edad del primer consumo de este tipo de fármaco con prescripción (40,0 años de media). Todo parece apuntar a que la población obtiene este tipo de medicamentos a través de otras vías, antes de recurrir a un o una profesional de la medicina. Entre estas otras vías estaría, por ejemplo, el consumo esporádico y no pautado de medicación recetada a otra persona de la familia.

Los hombres declaran haber comenzado a consumir algún psicofármaco a una edad más temprana que las mujeres, tanto en el caso de la medicación con receta médica (a la edad de 38,4 años entre los hombres y 40,9 años entre las mujeres) como en el caso del consumo de psicofármacos sin prescripción (32,2 años en hombres y 35,6 en mujeres).

No se observan diferencias por tipo de psicofármaco consumido en lo que a la edad de inicio del consumo a través de prescripción médica se refiere. Tanto la edad de inicio del consumo de medicación tranquilizante, sedante o somnifera como el consumo de fármacos para tratar los síntomas de la depresión se sitúan, por término medio, en 40,3 años. La edad media de inicio en el consumo sin receta médica tanto de tranquilizantes, sedantes o somníferos como antidepresivos se produce con

anterioridad a la edad media del consumo de estos medicamentos con receta médica, salvo en el caso de los antidepresivos entre las mujeres. En efecto, la edad media del primer consumo de antidepresivos sin receta médica entre las mujeres es de 42,6 años y con receta médica de 40,5.

**Cuadro 22. Edad media del primer consumo de psicofármacos (con y sin receta médica) por sexo y tipo de psicofármaco. 2017**

	Hombres	Mujeres	Total
<b>Tranquilizantes, sedantes o somníferos</b>			
Con receta médica	38,9	41,2	40,3
Sin receta médica	31,4	35,6	34,4
<b>Antidepresivos</b>			
Con receta médica	39,8	40,5	40,3
Sin receta médica	37,0	42,6	39,5
<b>Algún psicofármaco (Tranquilizantes, sedantes, somníferos o antidepresivos)</b>			
Con receta médica	38,4	40,9	40,0
Sin receta médica	32,2	35,6	34,5
Con o sin receta médica	38,2	40,6	39,8

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

Tal y como se acaba de mencionar, el primer contacto con los psicofármacos se produce a una edad ligeramente más temprana entre los hombres que entre las mujeres, tanto en el caso del consumo de psicofármacos con prescripción médica como sin receta médica. La edad media del primer consumo de psicofármacos con receta médica entre los hombres es de 38,4 años y de 32,2 años entre las mujeres. En el caso del consumo sin receta médica, la edad del primer consumo se produce, de media, a los 40,9 años entre los hombres y a los 35,6 en el caso de las mujeres. La edad media de inicio en el consumo de psicofármacos –con y sin receta médica– es más tardía a medida que aumenta la edad de la población y a medida que disminuye el nivel de estudios.

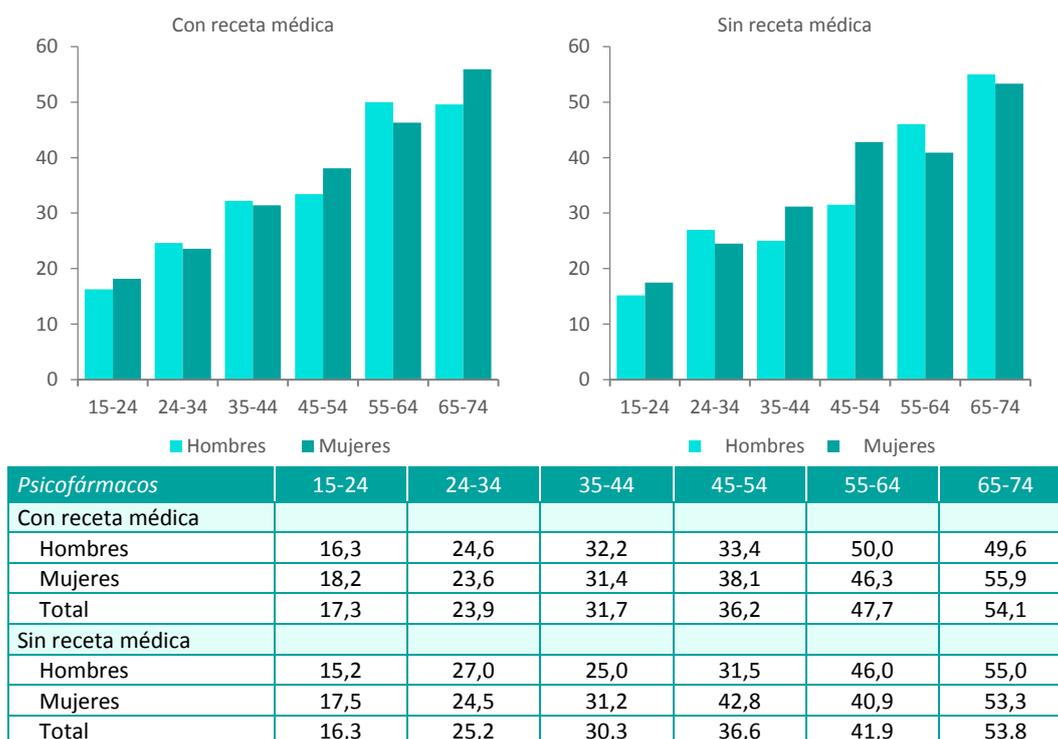
**Cuadro 23. Edad media del primer consumo de psicofármacos (tranquilizantes, sedantes, somníferos o antidepresivos) por vía de acceso, sexo, edad y nivel de estudios. 2017**

<i>Psicofármacos</i>	Con receta médica	Sin receta médica
Edad media inicio	40,0	34,5
Sexo		
Hombres	38,4	32,2
Mujeres	40,9	35,6
Edad		
15-24	17,3	16,3
25-34	23,9	25,2
35-54	34,2	33,8
55-74	50,6	46,6
Nivel de estudios		
Sin estudios o estudios primarios	44,9	39,2
Estudios secundarios	38,1	35,0
Estudios universitarios	36,9	31,9

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

En lo que respecta a los grupos de edad, al comparar la edad de inicio en el consumo de psicofármacos entre diferentes generaciones, podría parecer que la edad del primer consumo se hubiera adelantado. Sin embargo, tal y como se ha podido comprobar a lo largo de la serie histórica de las encuestas, cuanto mayor es la edad de las personas más tardío resulta el recuerdo de la edad de inicio en el consumo, lo que ha sido denominado *sesgo de recuerdo*.

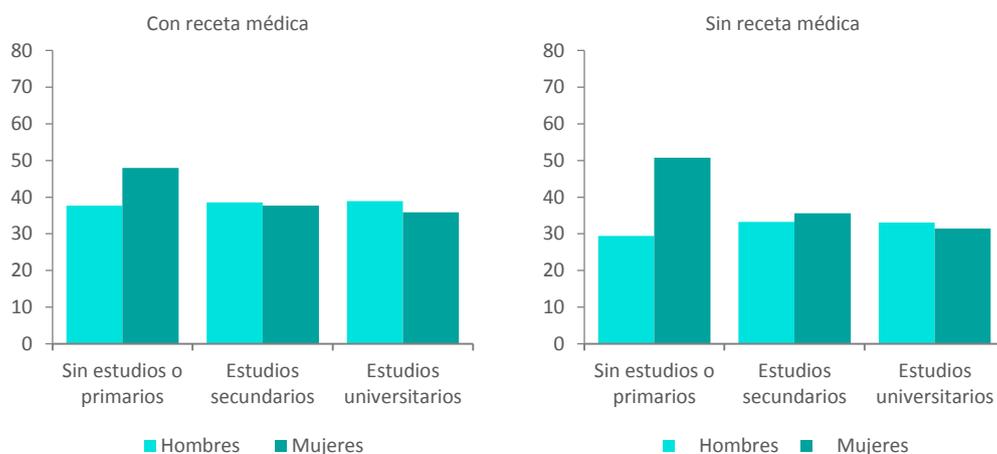
**Cuadro 24. Edad media del primer consumo de psicofármacos (con y sin receta médica) por sexo y grupos de edad. 2017**



Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

La edad media de inicio en el consumo de psicofármacos –con y sin receta médica– presenta un patrón claro por nivel de estudios. La edad de inicio en el consumo de estos medicamentos es más tardía a medida que el nivel de estudios disminuye. En el caso del consumo de psicofármacos con prescripción médica, la edad de inicio es de 44,9 años entre la población sin estudios o con un nivel de estudios primario, 38,1 entre la población con estudios secundarios y 36,9 entre quienes cuentan con estudios universitarios. En el caso del consumo de psicofármacos sin receta médica, la edad de inicio es de 39,2 años de media entre quienes tienen un nivel educativo básico, 35 años entre quienes cuentan con estudios secundarios y 31,9 en el caso de personas con educación superior.

El gradiente inverso en la edad de inicio en el consumo de psicofármacos con y sin receta médica es claro entre las mujeres, aunque no se mantiene en el caso de los hombres. Las mujeres con estudios primarios o sin estudios declaran haber comenzado a consumir psicofármacos con receta médica, de media, a los 48,0 años, entre aquellas que cuentan con estudios secundarios a los 37,7 años y, finalmente, entre las mujeres con estudios superiores, la edad media de inicio es a los 35,9 años. Entre las mujeres el patrón de inicio de consumo de psicofármacos sin receta médica es también claro y con notables diferencias de edad: de media, las mujeres sin estudios o con estudios primarios han comenzado a consumir psicofármacos a los 50,8 años, en contraste con aquellas que cuentan con estudios secundarios y universitarios que tuvieron su primer contacto con este tipo de medicamentos a una edad más temprana –35,6 y 31,4 años, de media, respectivamente–.

**Cuadro 25. Edad media del primer consumo de psicofármacos (con y sin receta médica) por sexo y grupos de edad. 2017**

<i>Psicofármacos</i>	Sin estudios o primarios	Estudios secundarios	Estudios universitarios
<b>Con receta médica</b>			
Hombres	37,7	38,6	38,9
Mujeres	48,0	37,7	35,9
Total	44,9	38,1	36,9
<b>Sin receta médica</b>			
Hombres	29,4	33,3	33,1
Mujeres	50,8	35,6	31,4
Total	39,2	35,0	31,9

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

### 3.6.2. Distribución de la población en función de la edad de inicio en el consumo de psicofármacos

En este apartado, en lugar de analizar la edad media de inicio, el análisis se centra en la distribución de la población total en función del momento en el que comenzaron a consumir psicofármacos. En términos generales, la población que ha comenzado a consumir este tipo de sustancias a la edad de 24 años o antes suponen el 4,4% de la población (el 4,1% de los hombres y el 4,8% de las mujeres).

Como es lógico, los grupos de edad más jóvenes declaran haber comenzado en el consumo de psicofármacos a una edad más temprana y las generaciones más mayores responden haberlo hecho a una edad más tardía. Tal y como se ha mencionado anteriormente, además, el recuerdo entre las generaciones más mayores podría influir en las respuestas en torno a la edad de inicio en el consumo.

**Cuadro 26. Distribución de la población de 15 a 74 años en relación con la edad media de inicio en el consumo de psicofármacos con o sin receta médica por sexo, grupos de edad y nivel de estudios, 2017 (%).**

<i>Psicofármacos con o sin receta</i>	No ha probado	24 años o menos	25-34	35-54	55-74	Total
Total	71,3	4,4	6,2	12,9	5,3	100,0
Sexo						
Hombres	79,2	4,1	4,0	9,6	3,2	100,0
Mujeres	63,5	4,8	8,4	16,1	7,3	100,0
Edad						
15-24	90,6	9,4	0,0	0,0	0,0	100,0
25-34	81,8	10,0	8,2	0,0	0,0	100,0
35-54	69,6	4,3	9,4	16,7	0,0	100,0
55-74	63,0	0,7	3,4	17,3	15,5	100,0
Nivel de estudios						
Sin estudios o estudios primarios	67,4	3,1	5,3	13,7	10,6	100,0
Estudios secundarios	73,1	4,9	5,6	13,1	3,2	100,0
Estudios universitarios	72,3	5,0	8,0	11,7	3,1	100,0

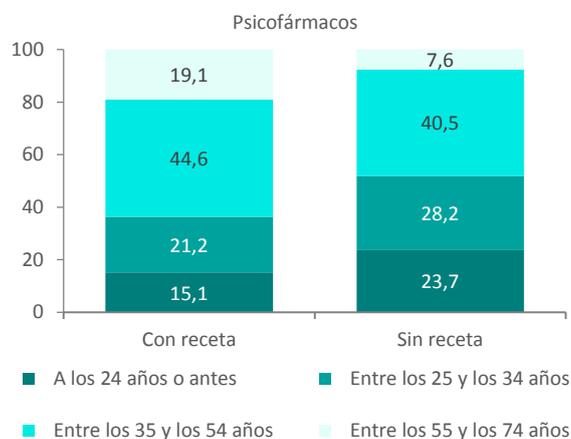
Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

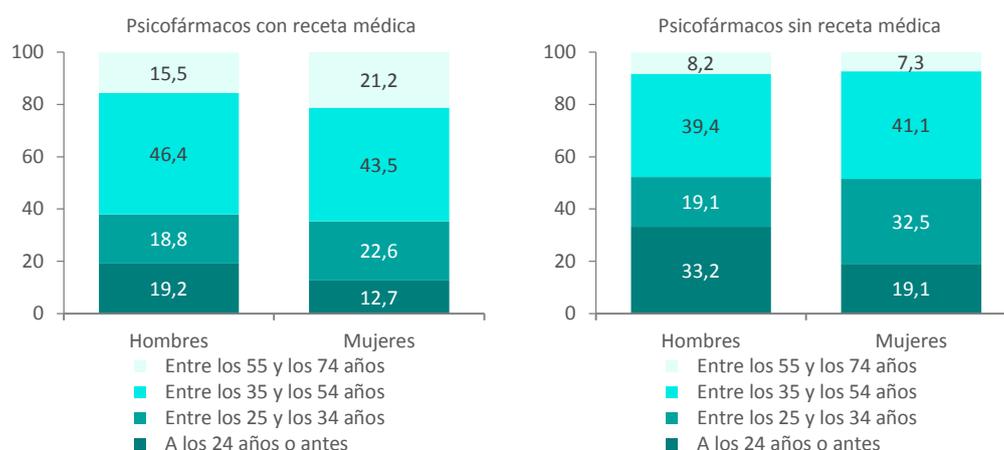
Centrándonos en la población que sí ha consumido psicofármacos en alguna ocasión, los siguientes gráficos muestran la distribución de la población consumidora en función de la edad media en la que comenzaron por primera vez.

Seis de cada diez personas consumidoras de psicofármacos con receta médica consumieron por primera vez en su vida estos medicamentos con 35 años o más (63,7%). Por el contrario, en el caso del consumo de psicofármacos sin receta médica, algo más de la mitad de las personas consumidoras comenzaron a consumir con menos de 35 años (51,9%).

No se observan grandes diferencias por sexo en lo referente a la distribución de la edad de inicio. Sin embargo, es importante apuntar los siguientes matices. En el caso del consumo de psicofármacos con receta médica, la proporción de mujeres que comenzaron a consumir con 55 o más años (15,5%) es ligeramente mayor que la proporción de hombres que consumieron psicofármacos a esa misma edad (21,2%). En el caso del consumo de psicofármacos sin receta médica, destaca una mayor proporción de hombres que iniciaron su consumo, por primera vez, a los 24 años o anteriormente (33,2%), en contraste con las mujeres que los hicieron a esa misma edad (19,1%).

**Cuadro 27. Distribución de la población de 15 a 74 años que ha consumido psicofármacos en alguna ocasión en función de la edad media del primer consumo por sexo y tipo de psicofármaco, 2017 (%)**





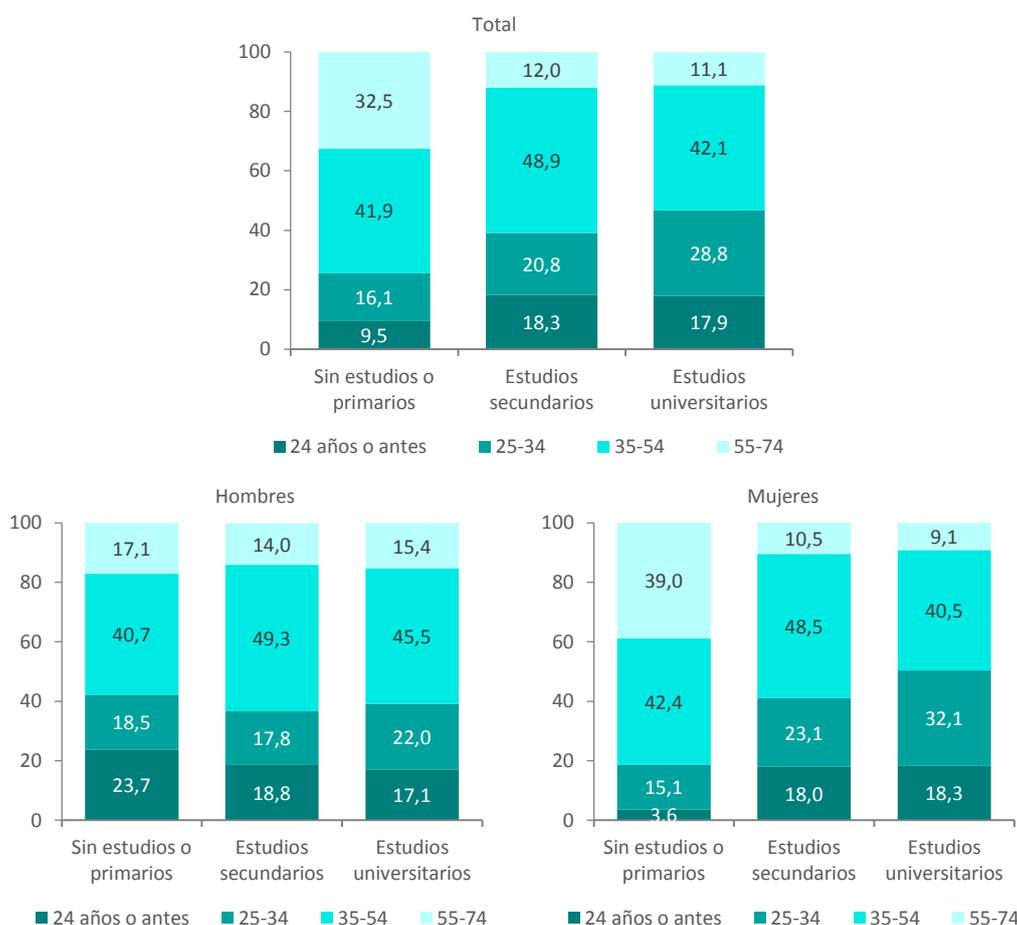
	Hombres	Mujeres	Total
<b>Psicofármacos con receta médica</b>			
A los 24 años o antes	19,2	12,7	15,1
Entre los 25 y los 34 años	18,8	22,6	21,2
Entre los 35 y los 54 años	46,4	43,5	44,6
Entre los 55 y los 74 años	15,5	21,2	19,1
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Psicofármacos sin receta médica</b>			
A los 24 años o antes	33,2	19,1	23,7
Entre los 25 y los 34 años	19,1	32,5	28,2
Entre los 35 y los 54 años	39,4	41,1	40,5
Entre los 55 y los 74 años	8,2	7,3	7,6
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Psicofármacos con o sin receta médica</b>			
A los 24 años o antes	19,7	13,0	15,4
Entre los 25 y los 34 años	19,0	22,9	21,5
Entre los 35 y los 54 años	46,1	44,0	44,8
Entre los 55 y los 74 años	15,2	20,1	18,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

No se aprecian diferencias en la distribución de la edad de inicio en el consumo de psicofármacos entre los hombres. Por el contrario, en el caso de las mujeres, las diferencias son notables. En base a los resultados de la encuesta, la edad de inicio en el consumo de estas sustancias parece adelantarse, a medida que aumenta el nivel de estudios de las mujeres. La proporción de mujeres que ha comenzado a consumir psicofármacos con o sin receta médica con menos de 35 años es del 18,7% entre aquellas mujeres sin estudios o con estudios primarios. Esta proporción aumenta hasta el 41,1% entre las mujeres que cuentan con estudios secundarios y supera a más de la mitad de las mujeres con estudios superiores (50,4%)<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> No obstante, hay que tener en cuenta que en esta relación podría estar influyendo la edad de la población y un mayor porcentaje de personas con estudios primarios o inferiores entre la población de más edad.

**Cuadro 28. Distribución de la población de 15 a 74 años que ha consumido psicofármacos con o sin receta médica en alguna ocasión en función de la edad media del primer consumo por sexo y nivel de estudios, 2017 (%)**



<i>Psicofármacos con o sin receta médica</i>	Sin estudios o primarios	Estudios secundarios	Estudios universitarios
<b>Total</b>			
A los 24 años o antes	9,5	18,3	17,9
Entre los 25 y los 34 años	16,1	20,8	28,8
Entre los 35 y los 54 años	41,9	48,9	42,1
Entre los 55 y los 74 años	32,5	12,0	11,1
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Hombres</b>			
A los 24 años o antes	23,7	18,8	17,1
Entre los 25 y los 34 años	18,5	17,8	22,0
Entre los 35 y los 54 años	40,7	49,3	45,5
Entre los 55 y los 74 años	17,1	14,0	15,4
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Mujeres</b>			
A los 24 años o antes	3,6	18,0	18,3
Entre los 25 y los 34 años	15,1	23,1	32,1
Entre los 35 y los 54 años	42,4	48,5	40,5
Entre los 55 y los 74 años	39,0	10,5	9,1
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

### 3.6.3. Evolución de la edad de inicio en el consumo de psicofármacos

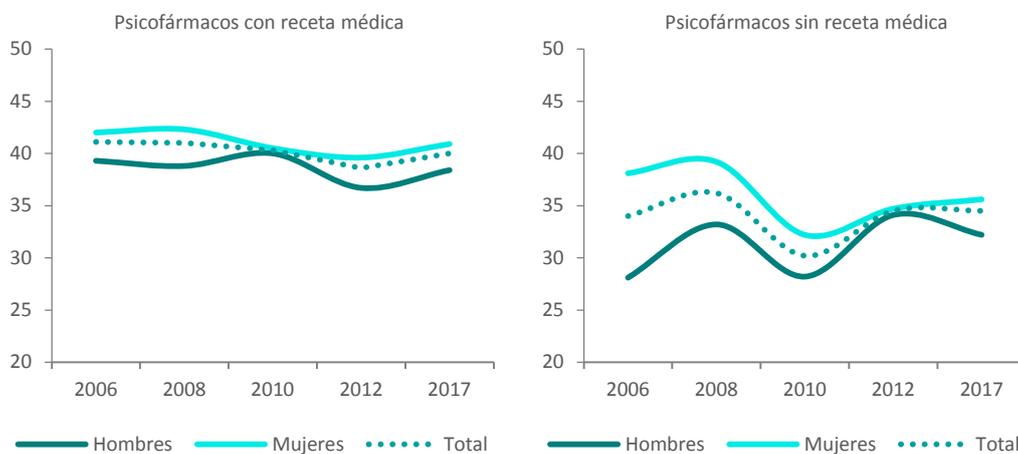
Las preguntas sobre el consumo de psicofármacos y la edad de inicio han ido variando de una edición a otra<sup>16</sup>. Pese a estas diferencias metodológicas<sup>17</sup>, la siguiente tabla muestra la evolución desde el año 2006 de la edad de inicio en el consumo de psicofármacos<sup>18</sup>.

La edad media de inicio en el consumo de psicofármacos con receta médica ha variado poco a lo largo de los años y se ha mantenido prácticamente estable –en torno a los 40 años– a lo largo de toda la serie histórica de la encuesta. En concreto, en 2017, las mujeres declaran haber consumido por primera vez algún tranquilizante, sedante, somnífero o antidepresivo con receta médica, de media, a los 40,9 años, mientras que los hombres declaran haberlo hecho, de media, a los 38,4 años.

Se observa un ligero retraso respecto a la edición anterior de 2012, en la edad media del primer consumo de psicofármacos tanto en hombres (la edad media pasa de 36,7 a 38,4 años) como en menor medida en mujeres (de 39,6 a 40,9 años). Este ligero retroceso en la edad media de inicio en el consumo de psicofármacos prescritos médicamente se produce tras una tendencia de adelanto en las últimas 2-3 ediciones de la encuesta. De hecho, la edad media de inicio entre las mujeres pasó de 42,3 años a 39,6 entre 2008 y 2012; y de los 40 años de media a los 36,7 entre los hombres, hasta volver a retrasarse ligeramente en la última edición en ambos sexos.

Los datos evolutivos de la edad media de inicio en el consumo de psicofármacos sin receta médica presentan una mayor variabilidad. En 2017, las mujeres declaran haber consumido por primera vez algún tranquilizante, sedante, somnífero o antidepresivo sin receta médica, de media, a los 35,6 años, mientras que los hombres declaran haberlo hecho, de media, a los 32,2 años.

**Cuadro 29. Evolución de la edad media del primer consumo de psicofármacos (con y sin receta médica) por sexo. 2006-2017**



<sup>16</sup> En la última edición de 2017 se pregunta por la edad de inicio, por un lado, del consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos de forma conjunta y, por otro lado, la edad de inicio del consumo de antidepresivos. En las dos ediciones anteriores de 2010 y 2012, las preguntas sobre tranquilizantes, somníferos y antidepresivos estaban diferenciadas y, por tanto, se registraba la edad de inicio para cada una de las sustancias. En las ediciones de 2006 y 2008, por su parte, las preguntas sobre la edad de inicio también estaban diferenciadas en el caso del consumo con receta médica (tranquilizantes, somníferos y antidepresivos), aunque se preguntaba de forma conjunta por la edad de inicio en el consumo de psicofármacos sin receta médica (una única pregunta)..

<sup>17</sup> Es posible consultar las diferencias en las preguntas sobre psicofármacos a lo largo de las diferentes ediciones de la encuesta en el apartado de metodología, así como en el apartado de Anexos del presente informe.

<sup>18</sup> Los resultados hacen referencia a la edad de inicio en el consumo de algún psicofármaco –con y sin receta médica–. En los casos en los que se hayan consumido más de un tipo de psicofármaco o por más de una vía de acceso (con y sin receta médica), se ha tenido en cuenta la edad más temprana.

Psicofármacos	2006	2008	2010	2012	2017
Con receta médica					
Hombres	39,3	38,8	40,0	36,7	38,4
Mujeres	42,0	42,3	40,5	39,6	40,9
Total	41,1	41,0	40,3	38,6	40,0
Sin receta médica					
Hombres	28,1	33,2	28,2	34,1	32,2
Mujeres	38,1	39,2	32,2	34,7	35,6
Total	34,0	36,2	30,2	34,5	34,5
Con o sin receta médica					
Hombres	39,0	38,5	39,5	36,6	38,2
Mujeres	41,9	42,1	40,1	39,3	40,6
Total	41,2	40,8	39,9	38,3	39,8

Nota 1: Los resultados hacen referencia a la edad media de inicio en el consumo de algún psicofármaco –con y sin receta médica–. En los casos en los que se hayan consumido más de un tipo de psicofármaco o por más de una vía de acceso (con y sin receta médica), se ha tenido en cuenta la edad más temprana.

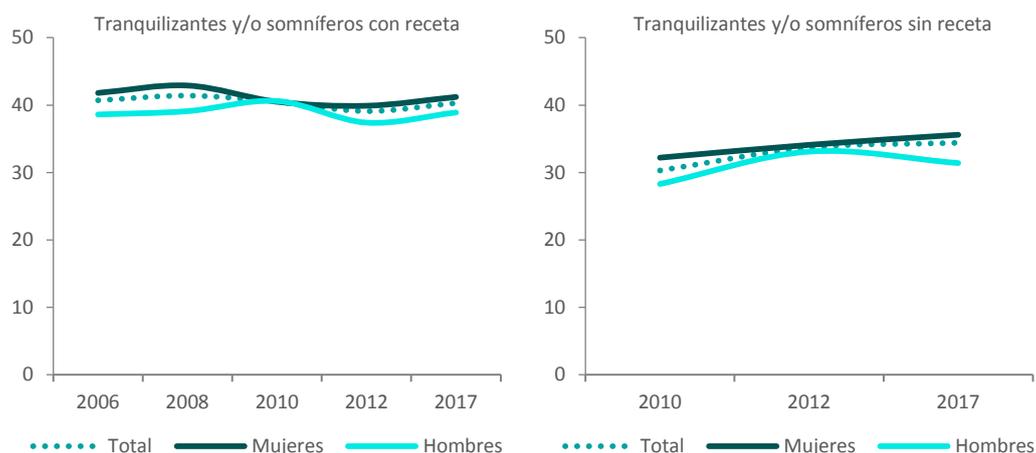
Nota 2: los resultados de 2017 hacen referencia a la media de la edad de inicio en el consumo de los siguientes psicofármacos: a) tranquilizantes, sedantes y/o somníferos, y b) antidepresivos. Sin embargo, las ediciones de 2006 a 2012 hacen referencia a la media de la edad de inicio de: a) tranquilizantes, b) somníferos y c) antidepresivos.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2006-2017.

A continuación se presentan los datos evolutivos de la edad media de inicio en el consumo de psicofármacos por tipo: en primer lugar, los tranquilizantes (sedantes) y/o somníferos y, posteriormente, edad media de inicio en el consumo de antidepresivos.

La edad media de inicio en el consumo de tranquilizantes y somníferos<sup>19</sup> con receta médica se ha mantenido estable en torno a los 40 años en las últimas cinco ediciones de la encuesta. En el caso del consumo sin prescripción, la edad en la que la población de Euskadi declara haber comenzado a consumir se ha situado en torno a los 30-35 años en las últimas tres ediciones de la encuesta.

**Cuadro 30. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de tranquilizantes (sedantes) y/o somníferos en los últimos 12 meses por sexo y vía de acceso (con y sin receta médica), 2006-2017 (%).**



<sup>19</sup> Los resultados de la edición de 2017 hacen referencia a la edad de inicio en el consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos (pregunta conjunta). En cambio, los resultados de 2006-2012 hacen referencia al consumo de tranquilizantes y somníferos (preguntas independientes). En los casos en los que se hayan consumido más de un tipo de psicofármaco, se ha tenido en cuenta la edad más temprana.

<i>Tranquilizantes (sedantes) y/o somníferos</i>	2006	2008	2010	2012	2017
<b>Con receta médica</b>					
Total	40,7	41,4	40,5	39,1	40,3
Hombres	38,6	39,1	40,6	37,4	38,9
Mujeres	41,8	42,9	40,5	39,9	41,2
<b>Sin receta médica</b>					
Total	-	-	30,3	33,7	34,4
Hombres	-	-	28,3	33,1	31,4
Mujeres	-	-	32,2	34,1	35,6

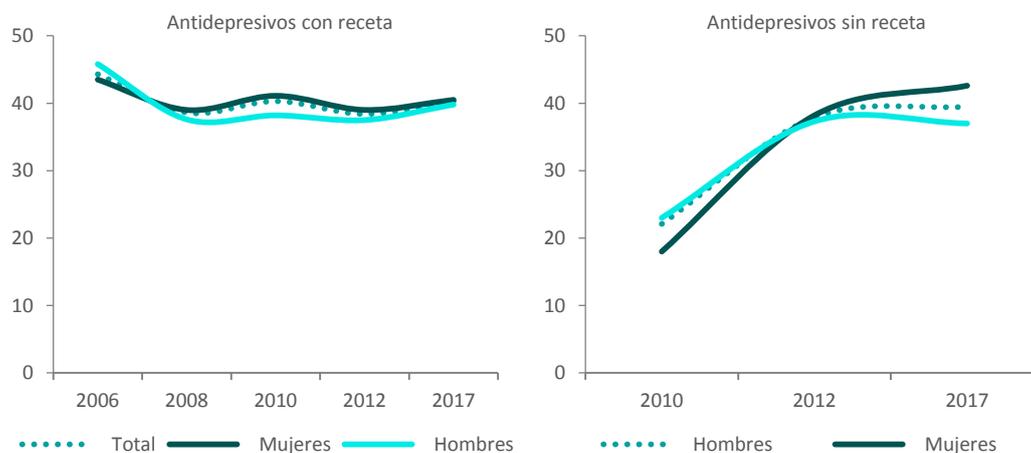
Nota 1: los resultados de 2017 hacen referencia a la media de la edad de inicio en el consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos (pregunta conjunta). Sin embargo, las ediciones de 2006 a 2012 hacen referencia a la media de la edad de inicio de tranquilizantes y somníferos (medido a través de preguntas independientes). En estas ediciones, (2006-2012), en los casos en los que se hayan consumido más de un tipo de psicofármaco (tranquilizantes y somníferos) se ha tenido en cuenta la edad más temprana.

Nota 2: No se presentan los resultados de la edad de inicio en el consumo de tranquilizantes y somníferos sin receta médica para 2006 y 2008 puesto que en estas dos ediciones las preguntas se formulaban de forma conjunta (consumo de psicofármacos sin receta médica) y no es posible diferenciar las prevalencias por tipo de psicofármaco.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2006-2017.

La edad media de inicio en el consumo de fármacos para tratar los síntomas de la depresión (antidepresivos) se mantiene en torno a los 40 años desde 2008. Sin embargo, parece observarse un retraso en la edad de inicio del consumo sin receta médica. En el año 2010 la edad media de inicio en el consumo de antidepresivos se situaba por debajo de los 25 años, mientras que, en 2017, se produce en torno a los cuarenta años –37,0 años en hombres y 42,6 en mujeres–.

**Cuadro 31. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de antidepresivos por sexo y vía de acceso (con y sin receta médica), 2006-2017 (%).**



<i>Antidepresivos</i>	2006	2008	2010	2012	2017
<b>Con receta médica</b>					
Total	44,3	38,6	40,3	38,4	40,3
Hombres	45,8	37,6	38,2	37,5	39,8
Mujeres	43,5	39,0	41,1	39,0	40,5
<b>Sin receta médica</b>					
Total	-	-	22,1	37,9	39,5
Hombres	-	-	23,0	37,3	37,0
Mujeres	-	-	18,0	38,2	42,6

Nota: No se presentan los resultados de la prevalencia de antidepresivos sin receta médica para 2006 y 2008 puesto que en estas dos ediciones las preguntas se formulaban de forma conjunta (consumo de psicofármacos sin receta médica) y no es posible diferenciar las prevalencias por tipo de psicofármaco.

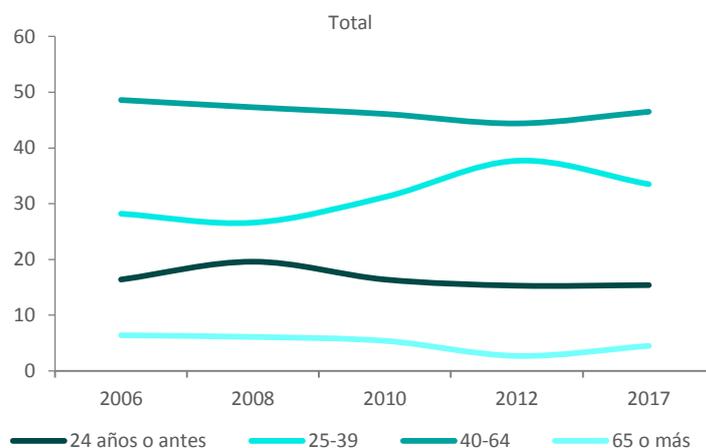
Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2006-2017.

A continuación se presentan los resultados de la evolución de la distribución de la edad de inicio en el consumo de algún psicofármaco<sup>20</sup> –con y sin receta médica– por grupos de edad<sup>21</sup>. Los datos evolutivos globales indican cierta estabilidad en los resultados, aunque con pequeños cambios que, en gran medida, son debidos a la mayor variabilidad observada entre los hombres. En efecto, en el caso de los hombres los datos evolutivos son más variables, lo que posiblemente esté relacionado con la menor prevalencia de consumo.

Respecto a la última edición de 2012, parece observarse un descenso en la proporción de hombres que declaran haber comenzado a consumir este tipo de sustancias a los 25-39 años, a favor de aquellos que lo han hecho a partir de los 40 años. La proporción de hombres que declaran haber comenzado a consumir psicofármacos con o sin receta médica entre los 25 y los 39 años ha descendido del 41,1% al 30,7% entre 2012 y 2017. En cambio, en estos últimos cinco años la proporción de hombres que han comenzado el consumo de este tipo de medicamentos una vez superados los 40 años aumenta ligeramente del 41,0% al 49,6%.

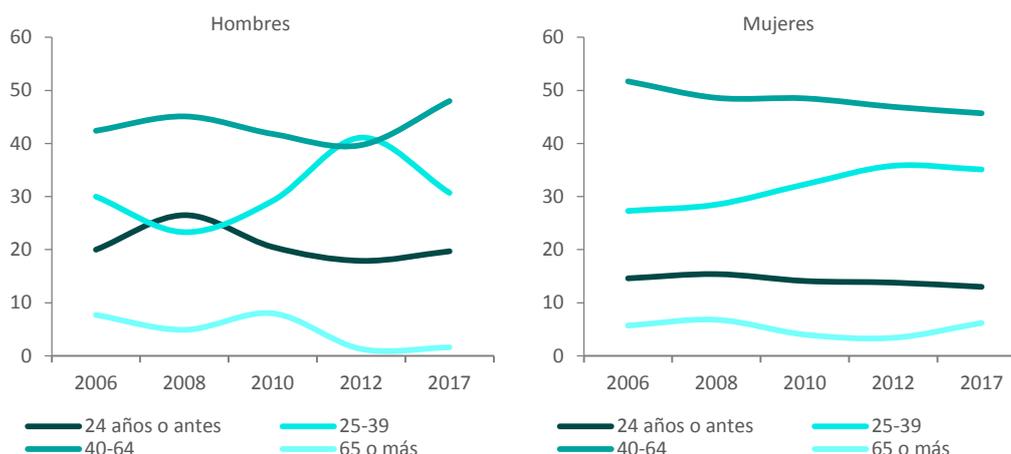
La distribución de la edad de inicio en el consumo de psicofármacos entre las mujeres se caracteriza por la estabilidad. Desde el año 2006 se aprecia un ligero descenso en la proporción de mujeres que declaran haber comenzado a consumir entre los 40 y los 64 años –han pasado del 51,7 al 45,7%–. Por el contrario, parece aumentar la proporción de mujeres que declaran haber comenzado a consumir a una edad algo más temprana (entre los 25 y los 39 años) –han pasado del 27,3% hasta el 35,1% entre 2006 y 2017–.

**Cuadro 32. Evolución de la distribución de la edad de inicio en el consumo de psicofármacos con o sin receta médica por sexo. 2006-2017**



<sup>20</sup> Los resultados hacen referencia a la edad de inicio en el consumo de algún psicofármaco –con y sin receta médica–. En los casos en los que se hayan consumido más de un tipo de psicofármaco o por más de una vía de acceso (con y sin receta médica), se ha tenido en cuenta la edad más temprana.

<sup>21</sup> Las categorías de los grupos de edad para el análisis de la distribución de la edad de inicio en el consumo de psicofármacos se han variado respecto a los anteriormente utilizados en el presente informe con el objetivo de mantener la comparabilidad con los resultados de las ediciones anteriores.



Psicofármacos con o sin receta	2006	2008	2010	2012	2017
<b>Total</b>					
A los 24 años o antes	16,4%	19,6%	16,4%	15,3%	15,4%
Entre los 25 y los 39 años	28,2%	26,6%	31,2%	37,7%	33,5%
Entre los 40 y los 64 años	48,6%	47,3%	46,1%	44,4%	46,5%
A los 65 o más años	6,4%	6,1%	5,4%	2,7%	4,5%
Ns/Nc	0,4%	0,5%	0,8%	0,0%	0,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Hombres</b>					
A los 24 años o antes	20,0%	26,5%	20,5%	17,9%	19,7%
Entre los 25 y los 39 años	30,0%	23,3%	29,2%	41,1%	30,7%
Entre los 40 y los 64 años	42,4%	45,1%	41,8%	39,7%	48,0%
A los 65 o más años	7,7%	4,9%	8,0%	1,3%	1,6%
Ns/Nc	0,0%	0,3%	0,5%	0,0%	0,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mujeres</b>					
A los 24 años o antes	14,6%	15,4%	14,1%	13,8%	13,0%
Entre los 25 y los 39 años	27,3%	28,5%	32,3%	35,8%	35,1%
Entre los 40 y los 64 años	51,7%	48,6%	48,5%	46,9%	45,7%
A los 65 o más años	5,7%	6,8%	4,0%	3,4%	6,2%
Ns/Nc	0,6%	0,6%	1,0%	0,0%	0,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Nota 1: Los resultados hacen referencia a la distribución de la edad de inicio en el consumo de algún psicofármaco – con y sin receta médica–. En los casos en los que se hayan consumido más de un tipo de psicofármaco o por más de una vía de acceso (con y sin receta médica), se ha tenido en cuenta la edad más temprana.

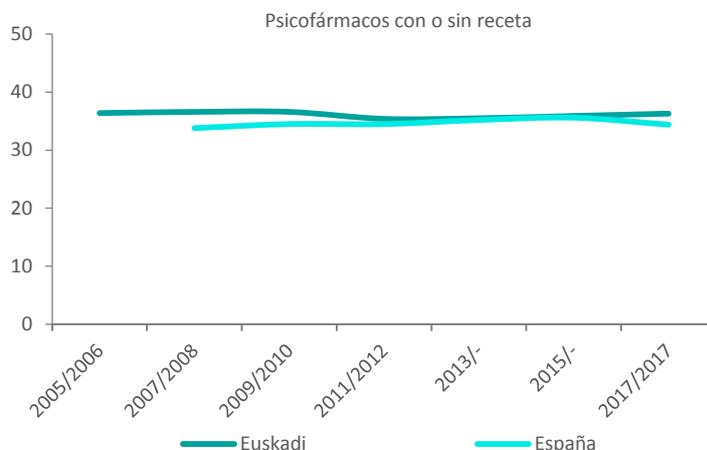
Nota 2: los resultados de 2017 hacen referencia a la edad de inicio en el consumo de los siguientes psicofármacos: a) tranquilizantes, sedantes y/o somníferos, y b) antidepresivos. Sin embargo, las ediciones de 2006 a 2012 hacen referencia a la media de la edad de inicio de: a) tranquilizantes, b) somníferos y c) antidepresivos.

**Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2006-2017.**

Finalmente, el siguiente gráfico muestra la evolución de la edad media de inicio en el consumo de algún psicofármaco con o sin receta médica entre la población de 15 a 64 años, en términos comparativos con la evolución del Estado español<sup>22</sup>. No se observan diferencias entre los dos territorios aunque, de media, la edad de inicio se produce algo más tarde en Euskadi que en España<sup>23</sup>. En la última edición de 2017, por ejemplo, la edad media del primer consumo de psicofármacos con o sin receta médica se produce a los 36,3 años en Euskadi y a los 34,4 en España. En ambos casos la evolución de la edad media se ha mantenido estable, en torno a los 35 años, sin cambios notables.

<sup>22</sup> A pesar de que las dos encuestas están realizadas en el mismo año [24], [25], es preciso interpretar los resultados con cautela. Las diferencias metodológicas de las dos encuestas podrían influir en su comparabilidad.

<sup>23</sup> Edad media calculada para la población de 15 a 64 años.

**Cuadro 33. Evolución de la edad media del primer consumo de psicofármacos (con o sin receta médica) en Euskadi (2006-2017) y España (2005-2017), entre la población de 15 a 64 años.**

Psicofármacos con o sin receta	Euskadi	España
2005/2006	36,4	-
2007/2008	36,6	33,8
2009/2010	36,6	34,5
2011/2012	35,4	34,5
2013/-	-	35,2
2015/-	-	35,6
2017/2017	36,3	34,4

Nota: población de 15 a 64 años.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2006-2017 y Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2005-2017.

### 3.7. Perfil mayoritario de la población consumidora de psicofármacos

En este apartado se presenta el perfil que tiene la población que ha consumido algún psicofármaco en los últimos 12 meses. Por un lado, se muestra el perfil mayoritario de la población de 15 a 74 años de Euskadi que declaran haber consumido algún psicofármaco con receta médica en alguna ocasión a lo largo del último año. Por otro lado, se describe el perfil de la población que lo ha hecho sin prescripción médica.

Los resultados muestran que seis de cada diez personas que han consumido psicofármacos con prescripción médica en los últimos 12 meses son mujeres (63,7%), más de la mitad tienen 55 o más años (50,7%), cuatro de cada diez cuentan con estudios primarios o no tienen estudios (39,7%) y la gran mayoría han nacido en el Estado español (92,8%). Asimismo, más de la mitad definen la clase social de su familia por encima de la media (56,0%) y consideran su estado de salud regular o malo (44,2%).

El perfil mayoritario de la población que ha consumido psicofármacos en los últimos 12 meses pero sin el seguimiento de un o una profesional de la medicina es el siguiente<sup>24</sup>: ocho de cada diez son mujeres (79,5%), más de la mitad tienen entre 35 y 54 años (54,9%), seis de cada diez cuentan con estudios universitarios (62,7%) y la gran mayoría han nacido en el Estado español (94,9%). Seis de cada diez personas consumidoras de este tipo de sustancias definen la clase social de su familia por encima de la media, rica o muy rica (60,8%) y prácticamente todas las personas consumidoras de psicofármacos sin receta médica perciben su estado de salud como bueno, muy bueno o excelente (94,8%).

<sup>24</sup> Las diferencias observadas en esta tabla deben ser tenidas en cuenta con cautela. Es posible que las diferencias observadas sean debidas a la baja prevalencia de la población consumidora de psicofármacos sin receta médica.

El perfil mayoritario de la población consumidora de psicofármacos con y sin receta médica presenta notables diferencias. En primer lugar, pese a que en ambos casos el perfil mayoritario se corresponde con el de una mujer, la proporción que representan las mujeres en el conjunto de consumidores/as es mayor en el caso del consumo sin receta médica (79,5%) que con prescripción médica (63,7%). El consumo de psicofármacos sin receta médica se corresponde con un perfil más joven. De hecho, mientras que nueve de cada diez personas consumidoras de psicofármacos con receta médica tienen 35 o más años (90,7%), ocho de cada diez consumidores/as sin receta médica tienen menos de 55 años (79,0%). Las diferencias en el perfil por nivel de estudios también son destacables. Cuatro de cada diez consumidores/as con prescripción no tienen estudios o tienen estudios primarios (39,7%), mientras que entre los y las consumidores/as sin una pauta médica el perfil es mucho más claro: seis de cada diez cuentan con estudios universitarios (62,7%). El perfil mayoritario también varía en función de la percepción de la clase social familiar y el estado de salud. Entre la población que ha consumido psicofármacos con receta médica, más de la mitad (56,0%) considera que su familia está por encima de la media, mientras que entre quienes han consumido psicofármacos sin receta médica este porcentaje asciende hasta el 60,7% –de los cuales, más de la mitad (el 33,9%) opina que pertenece a una clase social rica o muy rica–. En cuanto al estado de salud, algo menos de la mitad de la población consumidora de psicofármacos con receta médica valora su salud como regular o mala (44,2%), mientras que entre la población consumidora sin receta médica un porcentaje similar considera que su salud es muy buena o excelente (45,9%).

En términos comparativos, el perfil mayoritario a partir de los resultados de la Encuesta sobre Adicciones coincide con los ofrecidos por la Encuesta EDADES a nivel del Estado español [24]. Según los resultados de esta encuesta, el perfil mayoritario de la persona con consumo de hipnosedantes sería el de una mujer de mediana edad, con un nivel de estudios bajo, divorciada o separada y dedicada exclusivamente al trabajo doméstico (no remunerado) o sin trabajo. Los resultados de otras investigaciones también confirman que son las mujeres de mediana edad (45 o más años) las principales consumidoras tanto del consumo “legal” como “ilegal” y en todos los grupos de edad [12], [28]. Al igual que se observa en los resultados para Euskadi, otras investigaciones también han descrito un mayor consumo de psicofármacos sin receta médica entre las mujeres. Estas investigaciones añaden también las siguientes características sociodemográficas al perfil de la población consumidora: bajo nivel formativo, en situación de desempleo y/o inactividad. Asimismo, mencionan también los siguientes factores: numerosas visitas a la consulta médica, tener alguna enfermedad crónica y tener una percepción negativa sobre la propia salud [28].

**Cuadro 34. Distribución de la población consumidora de psicofármacos (con y sin receta médica) en los últimos 12 meses, por diversas variables sociodemográficas, 2007 (%)**

<i>Psicofármacos</i>		Con receta médica	Sin receta médica	Distribución de la población total
Sexo	Hombres	36,3	20,5	49,7
	Mujeres	63,7	79,5	50,3
	Total	100,0	100,0	100,0
Edad	15-24 años	3,7	2,8	11,0
	25-34 años	5,6	21,3	13,1
	35-54 años	40,0	54,9	42,0
	55-74 años	50,7	20,9	33,9
	Total	100,0	100,0	100,0
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	39,7	8,0	28,2
	Estudios secundarios	38,4	29,3	43,3
	Estudios universitarios	21,9	62,7	28,4
	Total	100,0	100,0	100,0
Lugar de nacimiento	Estado	92,8	94,9	90,3
	Fuera del Estado	7,2	5,1	9,7
	Total	100,0	100,0	100,0
Clase social familiar percibida	Pobre o muy pobre	7,0	2,1	3,9
	Por debajo de la media	35,2	37,3	31,8
	Por encima de la media	47,4	26,8	51,3
	Rica o muy rica	8,6	33,9	11,2
	Ns/Nc	1,8	0,0	1,8
	Total	100,0	100,0	100,0
Estado de salud autopercebido	Excelente o muy buena	12,9	45,9	34,1
	Buena	42,9	48,9	48,9
	Regular o mala	44,2	5,2	17,0
	Total	100,0	100,0	100,0

Nota: los resultados de la tabla hacen referencia a la distribución de la población total de 15 a 74 años que ha consumido psicofármacos en los últimos 12 meses

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

### 3.8. Accesibilidad y percepción social en torno al consumo de psicofármacos en Euskadi

Tal y como reflejan las últimas ediciones de la Encuesta sobre Adicciones, tanto el consumo como la preocupación social en torno a las adicciones se han ido transformando en los últimos años. Este hecho se ve reflejado, a su vez, en el cambio en la percepción social acerca de los psicofármacos y las sustancias dopantes.

La Encuesta sobre Adicciones incluye una serie de preguntas sobre la valoración que realiza la población en torno a los problemas que puede conllevar el consumo de diversas sustancias o la práctica de diversos comportamientos adictivos. Asimismo, en la encuesta también se pregunta sobre el grado de accesibilidad de estas sustancias. A continuación se presentan los resultados más relevantes en torno a estas cuestiones, en lo referente a los psicofármacos.

#### 3.8.1. Opinión sobre los problemas que acarrea el consumo de psicofármacos

Una de las preguntas incluidas en la Encuesta sobre Adicciones hace referencia a los problemas –tanto de salud como de cualquier otro tipo– derivados del consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos.

La siguiente tabla recoge los resultados del porcentaje de la población que considera que el consumo de psicofármacos conlleva pocos o ningún problema.

En primer lugar, cerca de seis de cada diez personas en Euskadi (57,4%) consideran que el consumo de este tipo de psicofármacos mensualmente conlleva pocos o ningún problema de salud o de cualquier otro tipo. En segundo lugar, algo más de una de cada cuatro personas otorga pocos o ningún problema al consumo de estas sustancias entre una y tres veces por semana (26,7%). En tercer lugar, son una de cada diez (10,5%) las personas que consideran que tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos a diario o casi a diario no conlleva problemas o son pocos los problemas derivados de su consumo.

Los resultados desagregados por sexo indican que el porcentaje de quienes atribuyen pocos o ningún problema al consumo de tranquilizantes, sedantes somníferos es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Se podría decir, por tanto, que las mujeres tienen una menor percepción respecto a los problemas que conlleva el consumo de este tipo de sustancias. Los problemas asociados al consumo de psicofármacos también muestran un patrón claro por edad. A medida que aumenta la edad, aumenta también el porcentaje de quienes atribuyen un bajo nivel de problemas al consumo de psicofármacos.

En el caso del nivel de estudios el porcentaje de quienes consideran que consumir psicofármacos a diario o casi a diario acarrea pocos o ningún problema aumenta a medida que disminuye el nivel de estudios de la población. En efecto, el 6,6% de la población con estudios universitarios considera que tomar psicofármacos conlleva pocos o ningún problema. Entre la población con estudios secundarios este porcentaje es del 9,9% y entre quienes no tienen estudios o cuentan con estudios primarios el porcentaje asciende hasta el 15,0%. Por el contrario, la percepción en torno al consumo de este tipo de sustancias mensualmente, el patrón es directo. A medida que aumenta el nivel de estudios, aumenta también el porcentaje de quienes consideran que el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos una vez o menos al mes conlleva pocos o ningún problema.

**Cuadro 35. Opinión sobre los problemas\* que acarrea diversas pautas de consumo de psicofármacos por sexo y edad. 2017 (% de quienes responden pocos o ningún problema)**

<i>Pocos o ningún problema</i>	Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos una vez o menos al mes	Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos de una a tres veces por semana	Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos a diario o casi a diario
Total	57,4	26,7	10,5
Hombres	56,2	25,8	9,0
Mujeres	58,7	27,5	11,8
Grupos de edad			
15-24 años	46,8	12,5	2,6
25-34 años	58,5	23,6	6,5
35-54 años	57,5	21,4	6,8
55-74 años	60,5	38,9	19,0
Nivel de estudios			
Sin estudios o primarios	54,7	31,8	15,0
Estudios secundarios	56,7	25,6	9,9
Estudios universitarios	61,3	23,2	6,6

\*Opinión sobre los problemas, de salud o de cualquier otro tipo.

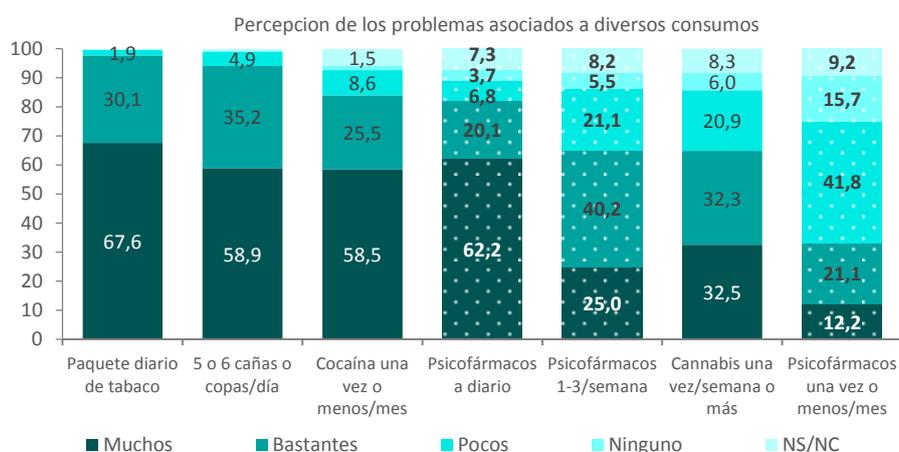
**Fuente:** Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

En relación con otras sustancias, la proporción de la población de Euskadi que considera que el consumo de psicofármacos a diario conlleva bastantes o muchos problemas es elevado (82,3%). La gravedad atribuida al consumo de psicofármacos –medida a través de los problemas atribuidos– se sitúa tan sólo por detrás del consumo diario de un paquete de tabaco (el 97,7% considera que conlleva bastantes o muchos problemas), 5-6 cañas o copas al día (94,1%) y el consumo de cocaína una vez o menos al mes (84,0%). En el caso del consumo de psicofármacos semanalmente, la proporción de quienes consideran

que el consumo de estas sustancias conlleva muchos problemas (25,0%) es notablemente menor que la percepción de los problemas asociados al consumo de otras sustancias.

De entre todas las sustancias analizadas, los problemas asociados al consumo de psicofármacos con una frecuencia mensual o inferior es a la que la población de Euskadi atribuye una menor problemática. De hecho, tan sólo el 33,3% de la población considera que este tipo de consumo conlleva bastantes o muchos problemas. Tal y como se ha mencionado anteriormente, cerca de una de cada seis personas considera que el consumo mensual o con una frecuencia inferior de tranquilizantes, sedantes o somníferos conlleva pocos o ningún problema de salud o de cualquier otro tipo (57,5%).

**Cuadro 36. Distribución de la población total de Euskadi en función de los problemas\* que puede conllevar diversas pautas de consumo de psicofármacos. 2017 (%)**



	Muchos problemas	Bastantes problemas	Pocos problemas	Ningún problema	Ns/Nc	Total
Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos una vez o menos al mes	12,2	21,1	41,8	15,7	9,2	100,0
Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos de una a tres veces por semana	25,0	40,2	21,1	5,5	8,2	100,0
Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos a diario o casi a diario	62,2	20,1	6,8	3,7	7,3	100,0

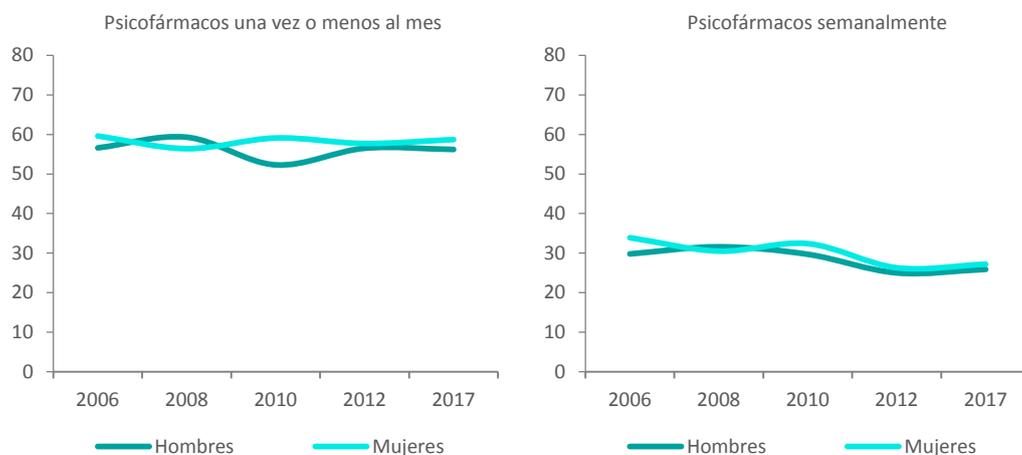
\*Opinión sobre los problemas, de salud o de cualquier otro tipo.

Nota: El consumo de psicofármacos hace referencia al consumo de algún tranquilizante, sedante o somnífero.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

Desde el punto de vista evolutivo<sup>25</sup>, el porcentaje de la población que opina que el consumo de psicofármacos, tanto una vez o menos al mes, como semanalmente, conlleva pocos o ningún problema se ha mantenido estable en las últimas dos ediciones de la encuesta, en ambas, con una proporción mayor entre las mujeres que entre los hombres.

<sup>25</sup> No se muestran los resultados evolutivos sobre "tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos a diario o casi diario" puesto que esta pregunta ha sido incluida por primera vez en la encuesta de 2017.

**Cuadro 37. Evolución de la opinión sobre los problemas que acarrear diversas pautas de consumo de psicofármacos (% de quienes responden pocos o ningún problema). Datos estandarizados por edad.**

Total	2006	2008	2010	2012	2017
Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos una vez o menos al mes	58,1	58,1	55,5	57,5	57,4
Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos de forma semanal**	31,1	30,8	30,6	25,5	26,7
Hombres*	2006	2008	2010	2012	2017
Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos una vez o menos al mes	56,6	59,3	52,3	56,5	56,2
Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos de forma semanal**	29,8	31,6	29,7	25,0	25,9
Mujeres*	2006	2008	2010	2012	2017
Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos una vez o menos al mes	59,6	56,4	59,1	57,7	58,7
Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos de forma semanal**	33,9	30,5	32,4	26,3	27,2

\*Datos estandarizados por edad.

\*\*Las ediciones de 2006 a 2012 hacen referencia a los problemas acarreados por el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos una vez por semana o más. En cambio, en la edición de 2017 se pregunta por el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos de una a tres veces por semana.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi.

### 3.8.2. Grado de accesibilidad a los psicofármacos

La Encuesta sobre Adicciones incluye una pregunta en torno a la dificultad respecto a la posibilidad de obtener, en un plazo de unas 24 horas diversas sustancias, entre las que se incluyen los psicofármacos sin receta médica.

Cerca de siete de cada diez personas en Euskadi (66,5%) consideran que obtener en un plazo de 24 horas tranquilizantes, sedantes o somníferos sin receta médica les resultaría difícil (24,2%) o prácticamente imposible (42,3%). Desde la perspectiva contraria, cerca de una de cada cuatro personas (24,4%) considera que es relativamente fácil o muy fácil conseguir este tipo de sustancias.

La proporción de quienes consideran que poder obtener psicofármacos sin receta médica en un plazo de 24 horas es difícil o prácticamente imposible es ligeramente mayor entre las mujeres (67,4%) que entre los hombres (65,4%). Sin embargo, también es mayor entre las mujeres aquellas que consideran relativamente fácil o muy fácil conseguir este tipo de fármaco (25,3% de las mujeres frente al 23,4% entre los hombres). La facilidad para obtener en un plazo reducido de tiempo psicofármacos parece ser mayor entre la población con edad intermedia (25-34 y 35-54 años) y a medida que aumenta el nivel de

estudios de la población. El 29,4% de la población de 35 a 54 años consideran relativamente fácil o muy fácil obtener psicofármacos sin receta médica en un plazo de 24 horas, frente al 17,4% de la población de 55 o más años. Asimismo, el 16,3% de la población sin estudios o con estudios primarios considera que es fácil o muy fácil obtener estas sustancias sin prescripción médica, frente al 33,5% de aquellos con estudios universitarios.

**Cuadro 38. Distribución de la población total de Euskadi en función del grado de dificultad percibido para obtener en un plazo de 24 horas tranquilizantes, sedantes o somníferos sin receta médica. 2017 (%)**

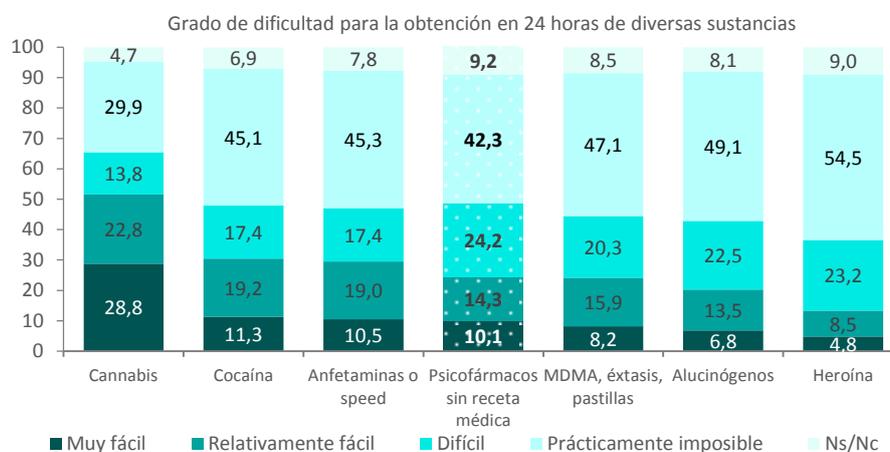
Psicofármacos sin receta médica	Prácticamente imposible	Difícil	Relativamente fácil	Muy fácil	Ns/Nc	Total
Total	42,3	24,2	14,3	10,1	9,2	100,0
Hombres	40,9	24,5	14,4	9,0	11,1	100,0
Mujeres	43,5	23,9	14,1	11,2	7,3	100,0
Grupos de edad						
15-24 años	33,3	33,4	14,7	8,3	10,4	100,0
25-34 años	27,6	33,9	16,4	11,7	10,5	100,0
35-54 años	38,3	24,4	16,3	13,1	7,9	100,0
55-74 años	55,7	17,1	10,9	6,5	9,8	100,0
Nivel de estudios						
Sin estudios o primarios	55,3	16,5	8,2	8,1	11,8	100,0
Estudios secundarios	40,7	28,1	14,3	9,3	7,6	100,0
Estudios universitarios	31,7	25,7	20,2	13,3	9,0	100,0

Nota: El consumo de psicofármacos hace referencia al consumo de algún tranquilizante, sedante o somnífero.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

En relación con otras sustancias<sup>26</sup>, la dificultad/facilidad percibida para la obtención en un plazo de 24 horas de psicofármacos sin receta médica puede “equipararse” a la que presentan otras drogas, al menos en lo que respecta al nivel de dificultad atribuido a su obtención. El 24,4% de la población de Euskadi considera que conseguir psicofármacos sin receta médica es relativamente fácil o muy fácil, por detrás de las anfetaminas o *speed* (29,5%), cocaína (30,5%) y el cannabis (51,6%). Asimismo, la facilidad para obtener psicofármacos sin receta médica parece mayor que el *MDMA*, éxtasis o pastillas (24,1%), alucinógenos (20,3%) o heroína (13,3%).

<sup>26</sup> No se muestran los resultados evolutivos sobre el grado de dificultad percibido para obtener en un plazo de 24 horas psicofármacos, puesto que esta pregunta ha sido incluida por primera vez en la encuesta de 2017.

**Cuadro 39. Distribución de la población total de Euskadi en función del grado de dificultad percibido para obtener en un plazo de 24 horas diversas sustancias. 2017 (%)**

	Prácticamente imposible	Difícil	Relativamente fácil	Muy fácil	Ns/Nc	Total
Cannabis	29,9	13,8	22,8	28,8	4,7	100,0
Cocaína	45,1	17,4	19,2	11,3	6,9	100,0
Anfetaminas o <i>speed</i>	45,3	17,4	19,0	10,5	7,8	100,0
<b>Psicofármacos sin receta médica</b>	<b>42,3</b>	<b>24,2</b>	<b>14,3</b>	<b>10,1</b>	<b>9,2</b>	<b>100,0</b>
MDMA, éxtasis, pastillas	47,1	20,3	15,9	8,2	8,5	100,0
Alucinógenos	49,1	22,5	13,5	6,8	8,1	100,0
Heroína	54,5	23,2	8,5	4,8	9,0	100,0

Nota: El consumo de psicofármacos sin receta médica hace referencia al consumo de algún tranquilizante, sedante o somnífero sin prescripción médica.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

### 3.9. Estimación del riesgo de consumo de psicofármacos en función del sexo, la edad y el nivel de estudios

**Cuadro 40. Resultados Prueba *Chi Cuadrado de Pearson* y *Odds Ratios* ajustados por edad (Intervalos de Confianza 95%) calculados a partir de regresiones logísticas del consumo de psicofármacos con receta médica en los últimos 12 meses, por sexo, edad y nivel de estudios, 2007 (%)**

	Psicofármacos con receta médica
Total (ajustado por edad)	Chi <sup>2</sup> (sig.<0,005)
Hombres	1
Mujeres	OR: 1,89 (1,88-1,91)
Hombres	Chi <sup>2</sup> (sig.<0,005)
Hombres de 15 a 34 años	1
Hombres de 35 a 54 años	OR: 2,98 (2,90-3,06)
Hombres de 55 a 74 años	OR: 5,95 (5,80-6,10)
Mujeres	Chi <sup>2</sup> (sig.<0,005)
Mujeres de 15 a 34 años	1
Mujeres de 35 a 54 años	OR: 2,63 (2,58-2,68)
Mujeres de 55 a 74 años	OR: 4,09 (4,02-4,17)
Hombres (ajustado por edad)	Chi <sup>2</sup> (sig.<0,005)
Nivel de estudios superior	1
Nivel de estudios inferior	OR: 1,49 (1,47-1,51)
Mujeres (ajustado por edad)	Chi <sup>2</sup> (sig.<0,005)
Nivel de estudios superior	1
Nivel de estudios inferior	OR: 1,46 (1,44-1,48)

Nota: los resultados de la tabla hacen referencia a la distribución de la población total de 15 a 74 años que ha consumido psicofármacos en los últimos 12 meses

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

**Cuadro 41. Resultados Prueba *Chi Cuadrado de Pearson* y *Odds Ratios* ajustados por edad (Intervalos de Confianza 95%) calculados a partir de regresiones logísticas del consumo de psicofármacos sin receta médica en los últimos 12 meses, por sexo, edad y nivel de estudios, 2007 (%)**

	Psicofármacos sin receta médica
Total (ajustado por edad)	Chi <sup>2</sup> (sig.<0,005)
Hombres	1
Mujeres	OR: 3,91 (3,76-4,06)
Hombres	Chi <sup>2</sup> (sig.<0,005)
Hombres de 15 a 34 años	1
Hombres de 35 a 54 años	OR: 1,77 (1,63-1,92)
Hombres de 55 a 74 años	--
Mujeres	Chi <sup>2</sup> (sig.<0,005)
Mujeres de 55 a 74 años	1
Mujeres de 35 a 54 años	OR: 1,63 (1,55-1,70)
Mujeres de 15 a 34 años	OR: 1,36 (1,29-1,43)
Hombres (ajustado por edad)	Chi <sup>2</sup> (sig.<0,005)
Nivel de estudios inferior	1
Nivel de estudios superior	OR: 3,30 (2,95-3,70)
Mujeres (ajustado por edad)	Chi <sup>2</sup> (sig.<0,005)
Nivel de estudios inferior	1
Nivel de estudios superior	OR: 5,03 (4,70-5,38)

Nota: los resultados de la tabla hacen referencia a la distribución de la población total de 15 a 74 años que ha consumido psicofármacos en los últimos 12 meses

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

## 4. SUSTANCIAS DOPANTES

### 4.1. Introducción

La Ley 12/2012, de 21 de junio, contra el Dopaje en el Deporte [29], [30] define el dopaje como el consumo por un o una deportista de sustancias prohibidas o la utilización de métodos prohibidos para aumentar artificialmente su rendimiento deportivo o aumentar su masa muscular, representando ello un acto contrario de las reglas deportivas.

A nivel internacional la *Agencia Mundial Antidopaje* (AMA) es una organización internacional independiente creada en 1999 para promover, coordinar y monitorizar la lucha contra el dopaje en los deportes en todas sus formas. Esta Agencia (AMA) ha coordinado el desarrollo y la posterior evolución del *Código Mundial Antidopaje* [31] y los estándares internacionales que lo complementan desde la *Conferencia Mundial sobre el Dopaje en el Deporte en Copenhague, el 5 de marzo de 2003* y la *Declaración de Copenhague contra el dopaje en el deporte* [32].

Los textos que componen el *Código Mundial Antidopaje* constituyen un conjunto de reglas y directrices de obligado cumplimiento para el movimiento deportivo internacional y de necesaria referencia para las instituciones públicas implicadas en la lucha contra el dopaje. Asimismo, cabe destacar la aprobación por la *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura* (UNESCO), en París el 19 de octubre de 2005, de la *Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte* [33]. Esta convención fue ratificada por España y publicada en el BOE el 16 de febrero de 2007.

La última de las versiones del *Código Mundial Antidopaje* de 2015 establece el dopaje como un acto en el que se infringen alguno de los siguientes hechos [31]:

- Presencia de una sustancia prohibida o de sus metabolitos o marcadores en la muestra biológica de un o una deportista.
- Uso o intento de uso por parte de un o una deportista de una sustancia o método prohibido.
- Evitar, rechazar o incumplir la obligación de someterse a un control antidopaje o eludirlo de cualquier manera, sin una justificación válida tras haber sido notificado.
- Incumplimiento de la localización o paradero de un o una deportista o faltas en los controles.
- Manipulación o intento de alteración en cualquier parte del proceso de control de dopaje.
- Posesión de una sustancia o método prohibido.
- Tráfico o intento de tráfico de cualquier sustancia o método prohibido.
- Administración o intento de administración de una sustancia o método prohibido a un o una deportista.
- Complicidad en infracción a la norma antidopaje.
- Asociación prohibida del o de la deportista con cualquier persona de apoyo.

Asimismo, el *Código Mundial Antidopaje* establece el estándar internacional de la lista de prohibiciones. La última versión publicada hasta la fecha es de enero de 2016 [34] y en ella se incluyen las siguientes sustancias y métodos prohibidos.

- Sustancias y métodos prohibidos, tanto dentro como fuera de competición:
  - Sustancias prohibidas: a) Sustancias sin aprobación vigente por ninguna autoridad gubernamental regulatoria de la salud para uso terapéutico en humanos, b) Esteroides Anabolizantes Androgénicos, c) Hormonas peptídicas, factores de crecimiento, sustancias afines y miméticos, d) Agonistas Beta-2, e) Moduladores de hormonas y del metabolismo y f) Diuréticos y agentes enmascarantes.
  - Métodos prohibidos: a) Manipulación de la sangre y de los componentes sanguíneos, b) Manipulación química y física y c) Dopaje genético.

- Sustancias y métodos prohibidos en competición: a) Estimulantes, b) Narcóticos, c) Cannabinoides, d) Glucocorticoides.
- Sustancias prohibidas en ciertos deportes: a) Alcohol, b) Betabloqueantes.

En el Estado Español, la Ley Orgánica 7/2006, de 21 de noviembre, de Protección de la Salud y de la Lucha contra el Dopaje en el Deporte [35] supuso un avance para el control del dopaje en el ámbito jurídico a nivel estatal. Posteriormente, la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva [36], recogía modificaciones legales para garantizar los instrumentos necesarios en este ámbito. Asimismo, esta Ley Orgánica establecía la obligación del Consejo Superior de Deportes de publicar en el Boletín Oficial del Estado, mediante Resolución de su Presidencia, la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte cuando se produjeran cambios en la misma. La última de dichas resoluciones, a día de hoy, es del 11 de diciembre de 2019 [37].

En el ámbito de Euskadi, la mencionada Ley 12/2012, de 21 de junio, contra el Dopaje en el Deporte [29], [30] establece las disposiciones generales donde se enumeran las responsabilidades y derechos de las personas y entidades implicadas, los controles de dopaje, el régimen disciplinario y administrativo sancionador del dopaje, las medidas de prevención, el régimen de los datos relativos al dopaje y las federaciones deportivas internacionales y demás entidades que rigen, en el ámbito internacional, la actividad deportiva.

## **4.2. Prevalencias generales de consumo de sustancias dopantes**

La Encuesta sobre Adicciones incluye desde 2012 cuatro preguntas relacionadas con el consumo de sustancias dopantes. Estas preguntas hacen referencia, por un lado, al consumo experimental, reciente y actual de alguna sustancia como, por ejemplo, EPO, anfetaminas, esteroides, testosterona o a la práctica de algún método de dopaje farmacológico con el propósito de mejorar el rendimiento físico o aumentar la masa muscular y, por otro lado, la edad en la que se consumieron, por primera vez, este tipo de sustancias. A continuación se presentan los principales resultados que ofrece la encuesta.

En 2017, el 2,8% de la población de 15 a 74 años de Euskadi –en torno a 46.600 personas– declara haber consumido alguna vez en su vida alguna sustancia dopante o haber practicado algún método de dopaje farmacológico con el objetivo de mejorar su rendimiento físico o aumentar su masa muscular. La prevalencia de consumo de este tipo de sustancias en los últimos 12 meses es minoritaria y no alcanza al 1% de la población. En concreto, el 0,8% de la población de Euskadi ha consumido sustancias dopantes en los últimos 12 meses y el 0,6% lo ha hecho en los últimos 30 días.

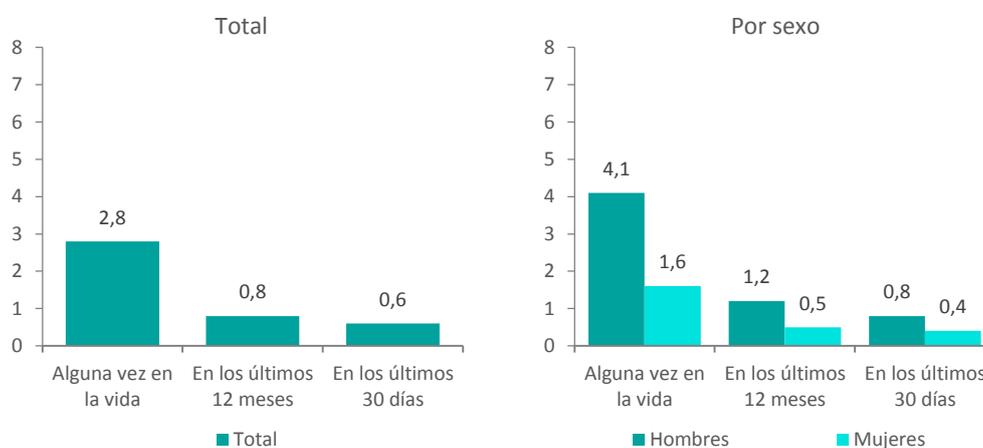
El consumo de sustancias o la práctica de métodos dopantes es mayor entre los hombres que entre las mujeres, tanto en el caso del consumo alguna vez a lo largo de la vida, como en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días. Asimismo, la prevalencia de consumo de psicofármacos es ligeramente mayor entre la población joven y desciende a medida que aumenta la edad, siendo muy minoritaria especialmente a partir de los 55 años. En cuanto al nivel de estudios, el patrón no es claro, aunque las prevalencias de consumo son mayores entre la población con estudios secundarios.

**Cuadro 42. Prevalencias generales de consumo de sustancias dopantes por sexo, grupos de edad y nivel de estudios, 2017 (%).**

	Alguna vez en la vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
Total	2,8	0,8	0,6
<i>Absoluto</i>	46.674	13.862	9.959
Sexo			
Hombres	4,1	1,2	0,8
Mujeres	1,5	0,4	0,4
Edad			
15-24	2,8	2,0	1,5
25-34	4,1	1,1	0,9
35-54	3,1	1,0	0,7
55-74	1,9	0,1	0,1
Nivel de estudios			
Sin estudios o primarios	1,9	0,8	0,3
Estudios secundarios	3,5	1,2	1,0
Estudios universitarios	2,7	0,3	0,3

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

La prevalencia de consumo de sustancias dopantes o la práctica de métodos de dopaje alguna vez en la vida entre los hombres (4,1%) es casi tres veces mayor que entre las mujeres (1,5%) –ratio 2,6–. Esta diferencia se mantiene en el caso del consumo en los últimos 12 meses (1,2% entre los hombres y 0,5% entre las mujeres) –ratio 2,4–. Finalmente, la prevalencia de consumo de sustancias dopantes en los últimos 30 días entre los hombres (0,8%) duplica a la de las mujeres (0,4%) –ratio 2,0–.

**Cuadro 43. Prevalencias generales de consumo de sustancias dopantes por sexo y grupos de edad, 2017 (%). Datos estandarizados por edad.**

	Alguna vez en la vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
Total	2,8%	0,8%	0,6%
Hombres*	4,1%	1,2%	0,8%
Mujeres*	1,6%	0,5%	0,4%
<i>Ratio</i>	2,6	2,4	2,0

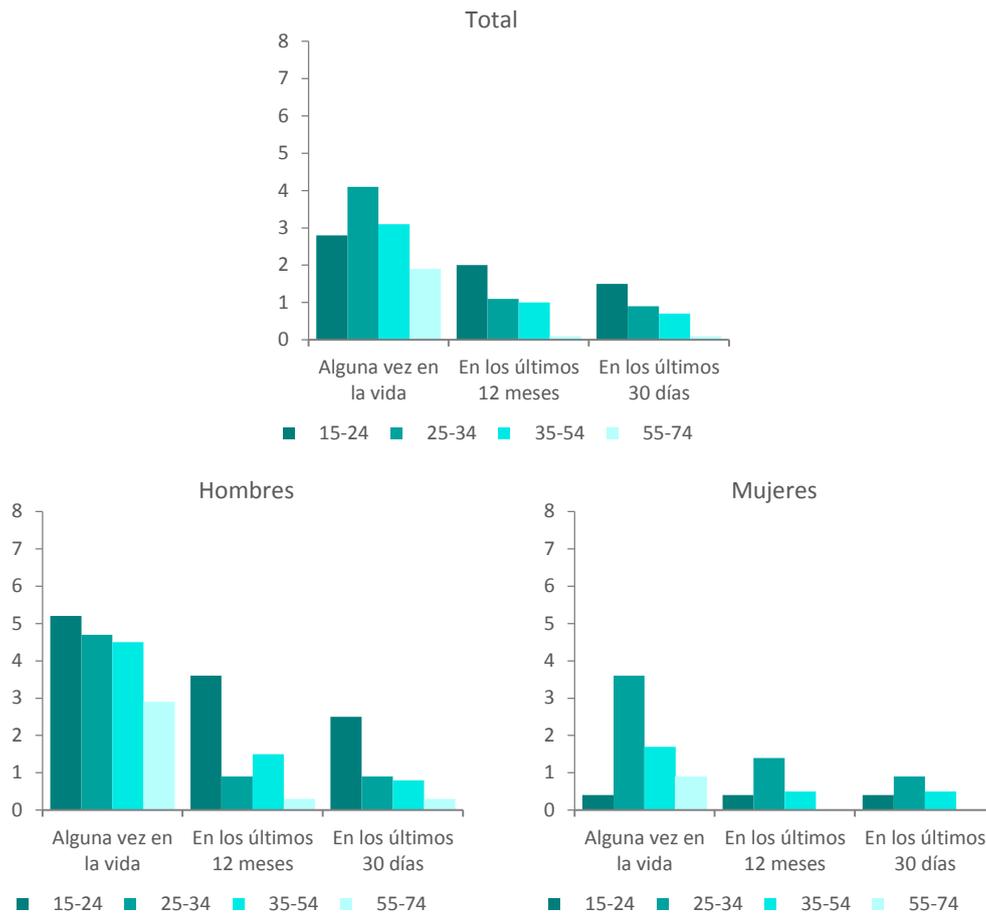
\*Datos estandarizados por edad.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la prevalencia de consumo de sustancias o práctica de métodos dopantes es mayor entre la población joven (de 15 a 34 años) y desciende a partir de esta edad. En el caso de los hombres son aquellos que tienen menos de 25 años quienes presentan una

mayor prevalencia de consumo, tanto en el caso del consumo alguna vez en la vida (5,2%), como en los últimos 12 meses (3,6%) y en los últimos 30 días (2,5%). En el caso de las mujeres, sin embargo, la mayor prevalencia corresponde a las mujeres de 25 a 34 años. El 3,6% de las mujeres de 25 a 34 años han consumido sustancias dopantes alguna vez a lo largo de su vida, el 1,4% lo ha hecho en el último año y el 0,9% en los últimos 30 días.

**Cuadro 44. Prevalencias generales de consumo de sustancias dopantes por sexo y grupos de edad, 2017 (%)**



	Alguna vez en la vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
<b>Total</b>			
15-24	2,8	2,0	1,5
25-34	4,1	1,1	0,9
35-54	3,1	1,0	0,7
55-74	1,9	0,1	0,1
<b>Hombres</b>			
15-24	5,2	3,6	2,5
25-34	4,7	0,9	0,9
35-54	4,5	1,5	0,8
55-74	2,9	0,3	0,3
<b>Mujeres</b>			
15-24	0,4	0,4	0,4
25-34	3,6	1,4	0,9
35-54	1,7	0,5	0,5
55-74	0,9	0,0	0,0

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

### 4.3. Evolución de las prevalencias generales de consumo de sustancias dopantes

Los datos evolutivos indican un ligero aumento en las prevalencias de consumo de sustancias o práctica de métodos dopantes con respecto a los resultados de la encuesta de 2012, a pesar de que en la actualidad el consumo de este tipo de sustancias sigue siendo minoritario entre la población de 15 a 74 años en Euskadi. La prevalencia de consumo a lo largo de la vida ha aumentado del 0,8% al 2,8% entre 2012 y 2017. Asimismo, el porcentaje de quienes declaran haber consumido en los últimos 12 meses ha pasado del 0,2% al 0,8% en los últimos cinco años. Finalmente, en el caso del consumo en los últimos 30 días, el porcentaje de quienes declaran haber consumido sustancias para mejorar su rendimiento físico o aumentar su masa muscular ha pasado de 0,1% al 0,6%. El aumento observado se mantiene tanto en el caso de los hombres como de las mujeres.

**Cuadro 45. Evolución de las prevalencias de generales de consumo de sustancias dopantes por sexo, 2012-2017 (%). Datos estandarizados por edad.**

	2012	2017
<b>A lo largo de la vida</b>		
Total	0,8%	2,8%
Hombres*	0,6%	4,1%
Mujeres*	0,9%	1,6%
<i>Ratio</i>	0,7	2,6
<b>En los últimos 12 meses</b>		
Total	0,2%	0,8%
Hombres*	0,1%	1,2%
Mujeres*	0,3%	0,5%
<i>Ratio</i>	0,3	2,4
<b>En los últimos 30 días</b>		
Total	0,1%	0,6%
Hombres*	0,1%	0,8%
Mujeres*	0,2%	0,4%
<i>Ratio</i>	0,5	2,0

\*Datos estandarizados por edad.

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2012-2017 y Censo demográfico a 1 de enero de 2017 de INE.

### 4.4. Edad media del primer consumo de sustancias dopantes

La edad media del primer consumo de sustancias o la práctica de métodos dopantes se sitúa en 2017 en torno a los 20 años por término medio –19,7 años, de media–. El primer contacto con las sustancias dopantes se produce a una edad más temprana entre las mujeres (18,8 años) que entre los hombres (20,1 años) aunque, es posible que estas diferencias sean debidas a la baja prevalencia del consumo de este tipo de sustancias entre la población y, especialmente, entre las mujeres.

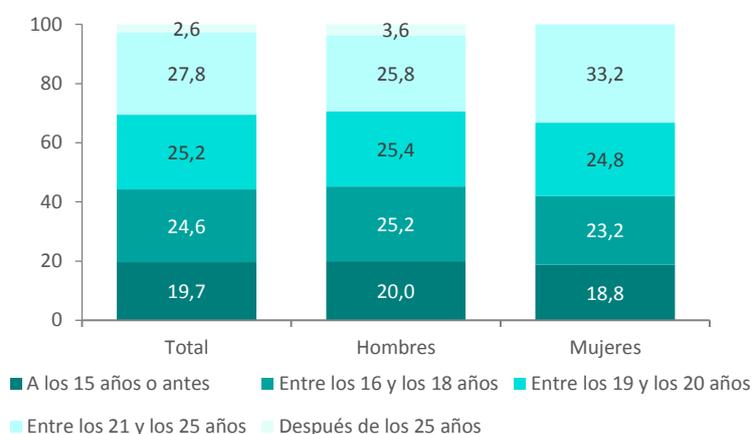
La edad media del consumo de sustancias dopantes aumenta a medida que aumenta la edad de la población. Asimismo, el primer consumo de sustancias dopantes se produce a una edad más temprana entre la población sin estudios o con estudios primarios.

**Cuadro 46. Edad media del primer consumo de sustancias dopantes por sexo, edad y nivel de estudios. 2017**

	Edad media inicio
Total	19,7
Sexo	
Hombres	20,1
Mujeres	18,8
Edad	
15-24	16,1
25-34	19,4
35-54	19,5
55-74	22,2
Nivel de estudios	
Sin estudios o estudios primarios	18,0
Estudios secundarios	20,5
Estudios universitarios	19,4

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

En cuanto a la distribución de la edad media del primer consumo, más de la mitad de los hombres (54,8%) y cerca de seis de cada diez mujeres (58,0%) comenzaron a consumir sustancias dopantes o a practicar métodos de dopaje con 19 o más años. En conjunto, el 44,3% de la población que ha consumido alguna sustancia o que ha practicado algún método de dopaje farmacológico con el propósito de mejorar su rendimiento físico o aumentar su masa muscular lo hizo, por primera vez, a una edad inferior a los 19 años.

**Cuadro 47. Distribución de la edad media del primer consumo de sustancias dopantes por sexo. 2017**

	Total	Hombres	Mujeres
A los 15 años o antes	19,7	20,0	18,8
Entre los 16 y los 18 años	24,6	25,2	23,2
Entre los 19 y los 20 años	25,2	25,4	24,8
Entre los 21 y los 25 años	27,8	25,8	33,2
Después de los 25 años	2,6	3,6	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017.

## 5. ANEXOS

### 5.1. Anexo 1: Modificaciones sobre psicofármacos en el cuestionario

En la siguiente tabla se presentan las preguntas sobre psicofármacos que han sufrido algún tipo de modificación, que han sido incluidas por primera vez, o que han sido eliminadas del cuestionario con respecto a la edición de 2012:

PREGUNTAS SOBRE PSICOFÁRMACOS MODIFICADAS		
Pregunta inicial (Encuesta año 2012)	Pregunta con modificaciones (Encuesta año 2017)	Modificaciones realizadas
<p><b>Tranquilizantes con receta médica:</b> ¿Puede decirme si alguna vez en su vida ha consumido con receta médica tranquilizantes, es decir, pastillas para calmar los nervios o la ansiedad como <i>Tranquimazín, Tranxilium, Orfidal, Valium, Diazepam prodes, Alprazolam, Géminis...</i>? ¿Y en los últimos 12 meses? ¿Y en los últimos 30 días?</p> <p>- Alguna vez: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc. - Últimos 12 meses: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc. - Últimos 30 días: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc.</p> <p><b>Tranquilizantes sin receta médica:</b> ¿Puede decirme si ha consumido alguna vez tranquilizantes sin receta médica? ¿Y en los últimos 12 meses? ¿Y en los últimos 30 días?</p> <p>- Alguna vez: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc. - Últimos 12 meses: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc. - Últimos 30 días: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc.</p> <p><b>Somníferos con receta médica:</b> ¿Puede decirme si alguna vez en su vida ha consumido con receta médica somníferos, es decir, pastillas para dormir como <i>Loramet, Noctamid, Rohipnol, Idalprem...</i>? ¿Y en los últimos 12 meses? ¿Y en los últimos 30 días?</p> <p>- Alguna vez: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc. - Últimos 12 meses: a) Sí, b) No,</p>	<p><b>Tranquilizantes/Sedantes y/o somníferos con receta médica:</b> Incluye: <i>Orfidal, Lexatin, Valium, Alprazolam, Trankimazin, Loramet, Noctamid, Rohypnol, Dormodor, Idalprem...</i> No incluye: <i>valeriana, pasiflora, dormidina, melatonina.</i> ¿Puede decirme si ha consumido tranquilizantes, sedantes y/o somníferos con receta médica (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) alguna vez en la vida y/o en los últimos 12 meses y/o en los últimos 30 días?</p> <p>- Consumo alguna vez en la vida: a) Sí, b) No. - Consumo alguna vez en los últimos 12 meses: a) Sí, b) No. - Consumo alguna vez en los últimos 30 días: a) Sí, b) No.</p> <p><b>Tranquilizantes/Sedantes y/o somníferos sin receta:</b> A continuación las siguientes preguntas se refieren a los mismos medicamentos cuando se han obtenido sin receta médica, es decir:</p> <p>- El/la médico se lo ha recetado a otra persona de la familia y Ud. los toma de vez en cuando. - El/la médico se lo recetó a Ud. en alguna ocasión pero lo ha seguido tomando sin control por su médico. - Los ha conseguido por otros medios distintos a la receta médica. ¿Puede decirme si ha consumido tranquilizantes, sedantes y/o somníferos sin receta médica (medicamentos para calmar los</p>	<p>- En la edición de 2017 se agrupan las preguntas sobre el consumo de tranquilizantes y somníferos en una única.</p> <p>- La edición de 2017 incluye los tranquilizantes/sedantes y los somníferos. En 2012, las preguntas no hacen referencia a los sedantes.</p> <p>- En la edición de 2017 se especifican con mayor detalle los medicamentos incluidos y aquellos que no lo están.</p> <p>- La edición de 2017 incluye una definición en torno al consumo de psicofármacos sin receta médica y los casos en los que se debe de considerar que se ha realizado un consumo.</p>

<p>c) Ns/Nc. - Últimos 30 días: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc.</p> <p><b>Somníferos sin receta médica:</b> ¿Puede decirme si ha consumido alguna vez en su vida somníferos sin receta médica? ¿Y en los últimos 12 meses? ¿Y en los últimos 30 días? - Alguna vez: a) Si, b) No, c) Ns/Nc. - Últimos 12 meses: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc. - Últimos 30 días: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc.</p>	<p>nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) alguna vez en la vida y/o en los últimos 12 meses y/o en los últimos 30 días? - Consumo alguna vez en la vida: a) Si, b) No. - Consumo alguna vez en los últimos 12 meses: a) Sí, b) No. - Consumo alguna vez en los últimos 30 días: a) Sí, b) No.</p>	
<p><b>Antidepresivos con receta médica:</b> ¿Puede decirme si ha consumido alguna vez en su vida antidepresivos, es decir, pastillas para tratar los síntomas de la depresión como <i>Prozac, Rexer, Lantanón, Xerosat, Triptizol...</i>? ¿Y en los últimos 12 meses? ¿Y en los últimos 30 días? - Alguna vez: a) Si, b) No, c) Ns/Nc. - Últimos 12 meses: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc. - Últimos 30 días: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc.</p> <p><b>Antidepresivos sin receta médica:</b> ¿Puede decirme si ha consumido alguna vez en su vida antidepresivos sin receta médica? ¿Y en los últimos 12 meses? ¿Y en los últimos 30 días? - Alguna vez: a) Si, b) No, c) Ns/Nc. - Últimos 12 meses: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc. - Últimos 30 días: a) Sí, b) No, c) Ns/Nc.</p>	<p><b>Antidepresivos con receta médica:</b> Incluye aquellos medicamentos para tratar los síntomas de la depresión como <i>Prozac, Paxil, Zoloft, Lexapro, Cymbata, Rexer, Lantanón, Xerosat, Triptizol...</i> ¿Puede decirme si ha consumido antidepresivos con receta médica alguna vez en la vida y/o en los últimos 12 meses y/o en los últimos 30 días? - Consumo alguna vez en la vida: a) Si, b) No. - Consumo alguna vez en los últimos 12 meses: a) Sí, b) No. - Consumo alguna vez en los últimos 30 días: a) Sí, b) No.</p> <p><b>Antidepresivos sin receta médica:</b> ¿Puede decirme si ha consumido antidepresivos sin receta médica alguna vez en la vida y/o en los últimos 12 meses y/o en los últimos 30 días? - Consumo alguna vez en la vida: a) Si, b) No. - Consumo alguna vez en los últimos 12 meses: a) Sí, b) No. - Consumo alguna vez en los últimos 30 días: a) Sí, b) No.</p>	<p>- La edición de 2017 incluye algún ejemplo más de medicamentos antidepresivos.</p>
<p>¿A qué edad tomó por primera vez un tranquilizante? (Indique la edad aproximada en el caso de no estar seguro) ___ años.</p> <p>¿A qué edad tomó por primera vez un tranquilizante sin receta médica? (Indique la edad</p>	<p>Edad en la que consumió por primera vez en su vida tranquilizantes, sedantes y/o somníferos con receta médica: ___ años.</p> <p>Edad en la que consumió por primera vez en su vida antidepresivos con receta</p>	<p>- En 2012 se especificaba que en los casos en los que la persona encuestada no estuviera segura de la edad de inicio, se indicara la edad aproximada.</p> <p>- En 2012 se preguntaba por la edad de inicio del consumo de tranquilizantes y somníferos de</p>

<p>aproximada en el caso de no estar seguro) ___ años.</p> <p>¿A qué edad tomó por primera vez un somnífero? (Indique la edad aproximada en el caso de no estar seguro) ___ años.</p> <p>¿A qué edad tomó por primera vez un somnífero sin receta médica? (Indique la edad aproximada en el caso de no estar seguro) ___ años.</p> <p>¿A qué edad tomó por primera vez un antidepresivo? ___ años.</p> <p>¿A qué edad tomó por primera vez un antidepresivo sin receta médica? (Indique la edad aproximada en el caso de no estar seguro) ___ años.</p>	<p>médica: ___ años.</p> <p>Edad en la que consumió por primera vez en su vida tranquilizantes, sedantes y/o somníferos sin receta médica: ___ años.</p> <p>Edad en la que consumió por primera vez en su vida antidepresivos sin receta médica: ___ años.</p>	<p>forma individual (dos preguntas). Sin embargo, en la edición de 2017 la edad de inicio hace referencia al consumo de tranquilizantes, sedantes y/o somníferos de forma agrupada.</p>
<p>--</p>	<p>Nos gustaría saber su opinión sobre los problemas, de salud o de cualquier otro tipo, que pueden significar cada una de las siguientes situaciones: Tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos a diario o casi a diario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ningún problema.</li> <li>- Pocos problemas.</li> <li>- Bastantes problemas.</li> <li>- Muchos problemas.</li> <li>- Ns/Nc.</li> </ul>	<p>- Ítem incluido, por primera vez, en la edición de 2017.</p>
<p>--</p>	<p>¿Qué grado de dificultad piensa que tendría usted para obtener, en un plazo de unas 24 horas, cada una de las siguientes sustancias? Tranquilizantes, sedantes o somníferos sin receta médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prácticamente imposible.</li> <li>- Difícil.</li> <li>- Relativamente fácil.</li> <li>- Muy fácil.</li> <li>- Ns/Nc.</li> </ul>	<p>- Ítem incluido, por primera vez, en la edición de 2017.</p>
<p>Pensando en los últimos 12 meses, ¿podría decirme si el consumo con receta médica de</p>	<p>--</p>	<p>- Pregunta no incluida en la edición de 2017.</p>

<p>las sustancias que ha mencionado le ha acarreado más perjuicios que beneficios o, si por el contrario, son más los beneficios que los perjuicios que le ha producido? ¿Y en el caso del consumo sin receta médica?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sólo perjuicios.</li><li>- Más perjuicios que beneficios.</li><li>- Tantos perjuicios como beneficios.</li><li>- Más beneficios que perjuicios.</li><li>- Sólo beneficios.</li><li>- Ns/Nc.</li><li>- No ha consumido.</li></ul>		
--	--	--

## 5.2. Anexo 1: Modificaciones sobre sustancias dopantes en el cuestionario

En la siguiente tabla se presentan las preguntas sobre sustancias dopantes que han sufrido algún tipo de modificación, que han sido incluidas por primera vez, o que han sido eliminadas del cuestionario con respecto a la edición de 2012:

PREGUNTAS SOBRE SUSTANCIAS DOPANTES MODIFICADAS <sup>27</sup>		
Pregunta inicial (Encuesta año 2012)	Pregunta con modificaciones (Encuesta año 2017)	Modificaciones realizadas
¿A qué edad tomó por primera vez alguna sustancia dopante? (Indique la edad aproximada en el caso de no estar seguro) ___ años.	Edad en la que consumió por primera vez en su vida sustancias dopantes: ___ años.	En 2012 se especificaba que en los casos en los que la persona encuestada no estuviera segura de la edad de inicio, se indicara la edad aproximada.
Pensando en el consumo de sustancias dopantes, ¿podría decirme si el uso que hizo o hace de ellas le acarrea más perjuicios que beneficios o, si por el contrario, son más los beneficios que los perjuicios que le produce? - Sólo perjuicios. - Más perjuicios que beneficios. - Tantos perjuicios como beneficios. - Más beneficios que perjuicios. - Sólo beneficios. - No sabe/No contesta.	--	- Pregunta no incluida en la edición de 2017.

<sup>27</sup> Las ediciones anteriores a 2012 hacían referencia a las “drogas relacionadas con el deporte”. A partir de 2012, sin embargo, son denominadas “sustancias dopantes”.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Eusko Jaurlaritz/Gobierno Vasco, Ed., *Euskadi y drogas 1992 / Euskadi eta drogak 1992*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco, 1992.
- [2] Eusko Jaurlaritz/Gobierno Vasco, Ed., *Euskadi y drogas 1994 / Euskadi eta drogak 1994*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco, 1994.
- [3] Eusko Jaurlaritz/Gobierno Vasco, Ed., *Euskadi y drogas 1996 / Euskadi eta drogak 1996*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco, 1996.
- [4] Eusko Jaurlaritz/Gobierno Vasco, Ed., *Euskadi y drogas 1998 / Euskadi eta drogak 1998*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco, 1998.
- [5] Eusko Jaurlaritz/Gobierno Vasco, Ed., *Euskadi y drogas 2000 / Euskadi eta drogak 2000*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco, 2000.
- [6] Eusko Jaurlaritz/Gobierno Vasco, Ed., *Euskadi y drogas 2002 / Euskadi eta drogak 2002*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco, 2002.
- [7] Instituto Deusto de Drogodependencias, Ed., *Euskadi y drogas 2004 / Euskadi eta drogak 2004*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco, 2004.
- [8] SIIIS Centro de Documentación y Estudios, Ed., *Euskadi y drogas 2006 / Euskadi eta drogak 2006*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco, 2006.
- [9] SIIIS Centro de Documentación y Estudios, Ed., *Euskadi y drogas 2008 / Euskadi eta drogak 2008*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco, 2008.
- [10] SIIIS Centro de Documentación y Estudios, Ed., *Euskadi y Drogas 2010 / Euskadi eta Drogak 2010*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco, 2011.
- [11] SIIIS Centro de Documentación y Estudios, Ed., *Euskadi y drogas 2012 / Euskadi eta drogak 2012*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco, 2013.
- [12] Departamento de Investigación, Innovación y Desarrollo, *Drogas y género. Consumo de hipnosedantes. Análisis histórico desde la perspectiva de género*, Fundación Atenea. Madrid, 2018.
- [13] W. C. Becker, D. A. Fiellin, y R. A. Desai, «Non-medical use, abuse and dependence on sedatives and tranquilizers among U.S. adults: psychiatric and socio-demographic correlates», *Drug Alcohol Depend*, vol. 90, n.º 2-3, pp. 280-287, oct. 2007, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.04.009.
- [14] D. Palacios-Cena, I. Jimenez-Trujillo, V. Hernandez-Barrera, L. Lima Florencio, y P. Carrasco-Garrido, «Time Trends in the Co-use of Cannabis and the Misuse of Tranquilizers, Sedatives and Sleeping Pills among Young Adults in Spain between 2009 and 2015.», *Int J Environ Res Public Health*, vol. 16, n.º 18, sep. 2019, doi: 10.3390/ijerph16183423.
- [15] C. J. Boyd, B. West, y S. E. McCabe, «Does misuse lead to a disorder? The misuse of prescription tranquilizer and sedative medications and subsequent substance use disorders in a U.S. longitudinal sample», *Addictive Behaviors*, vol. 79, pp. 17-23, abr. 2018, doi: 10.1016/j.addbeh.2017.11.042.
- [16] T. S. Schepis, D. L. Klare, J. A. Ford, y S. E. McCabe, «Prescription Drug Misuse: Taking a Lifespan Perspective.», *Subst Abuse*, vol. 14, p. 1178221820909352, 2020, doi: 10.1177/1178221820909352.
- [17] I. Montero *et al.*, «Género y salud mental en un mundo cambiante», *Gaceta Sanitaria - GAC SANIT*, vol. 18, pp. 175-181, may 2004, doi: 10.1157/13062523.
- [18] J. Henares Montiel, I. Ruiz-Pérez, y L. Sordo, «Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas», *Gaceta Sanitaria*, vol. 34, n.º 2, pp. 114-119, mar. 2020, doi: 10.1016/j.gaceta.2019.03.002.

- [19] I. Markez, M. Póo, N. Romo, C. Meneses, E. Gil, y A. Vega, «Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 91, n.º Jul/Sep, pp. 37-61, 2004.
- [20] H. Lopez-Pelayo, A. Coma, A. Gual, C. Zara, y A. Lligona, «Call for Action: Benzodiazepine Prescription Prevalence Analysis Shows Off-Label Prescription in One in Eleven Citizens.», *Eur Addict Res*, vol. 25, n.º 6, pp. 320-329, 2019, doi: 10.1159/000502518.
- [21] P. Carrasco-Garrido, I. Jiménez-Trujillo, V. Hernandez-Barrera, N. Alonso-Fernández, S. García-Gómez-Heras, y D. Palacios-Ceña, «Gender differences in the nonmedical use of psychoactive medications in the school population- national trends and related factors», *BMC Pediatrics*, vol. 19, dic. 2019, doi: 10.1186/s12887-019-1728-8.
- [22] E. S. Opaleye *et al.*, «Nonprescribed use of tranquilizers or sedatives by adolescents: a Brazilian national survey», *BMC Public Health*, vol. 13, n.º 1, p. 499, may 2013, doi: 10.1186/1471-2458-13-499.
- [23] M. Gili, J. García Campayo, y M. Roca, «Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014», *Gaceta Sanitaria*, vol. 28, pp. 104-108, jun. 2014, doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.005.
- [24] Plan Nacional sobre Drogas, *Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES)*, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Gobierno de España. 2017.
- [25] Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco, *Encuesta sobre Adicciones en Euskadi*. 2017.
- [26] Simó-Miñana, J., «Utilización de medicamentos en España y en Europa», *Atención Primaria*, vol. 44, pp. 335-343, 2012.
- [27] S. P. Novak, A. Håkansson, J. Martinez-Raga, J. Reimer, K. Krotki, y S. Varughese, «Nonmedical use of prescription drugs in the European Union», *BMC Psychiatry*, vol. 16, pp. 274-274, ago. 2016, doi: 10.1186/s12888-016-0909-3.
- [28] P. Carrasco-Garrido *et al.*, «Time Trend in Psychotropic Medication Use in Spain: A Nationwide Population-Based Study», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 13, p. 1177, nov. 2016, doi: 10.3390/ijerph13121177.
- [29] BOPV Boletín Oficial del País Vasco, «Ley 12/2012, de 21 de junio, contra el Dopaje en el Deporte». 2012.
- [30] BOPV Boletín Oficial del País Vasco, «Ley 1/2018, de 7 de junio, de modificación de la Ley 12/2012, de 21 de junio, contra el dopaje en el deporte». 2018.
- [31] World Anti-Doping Agency, *World anti-doping code 2015 with 2019 amendments*. 2019.
- [32] Agencia Mundial Antidopaje, «Conferencia Mundial sobre el Dopaje en el Deporte». Copenhague, 5 de marzo de 2003, 2003.
- [33] UNESCO, «Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte». París, 19 de octubre de 2005, 2005.
- [34] Agencia Mundial Antidopaje, «La lista de prohibiciones». Código Mundial Antidopaje. Estándar Internacional. Enero de 2016, 2016.
- [35] Boletín Oficial del Estado, «Ley Orgánica 7/2006, de 21 de noviembre, de protección de la salud y de lucha contra el dopaje en el deporte». 2006.
- [36] Boletín Oficial del Estado, «Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva». 2013.
- [37] Boletín Oficial del Estado, «Resolución de 11 de diciembre de 2019, de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes, por la que se aprueba la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte». 2019.