

Original

Consumo de tabaco y alcohol según la jornada laboral en España

Vanesa García-Díaz^a, Ana Fernández-Feito^b, Lucía Arias^c y Alberto Lana^{b,d,*}^a Hospital Universitario Central de Asturias, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España^b Departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo, Oviedo, España^c Great Western Hospital of Swindon, UK National Health System, Swindon, Reino Unido^d Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias, Oviedo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de febrero de 2015

Aceptado el 30 de abril de 2015

On-line el 8 de junio de 2015

Palabras clave:

Fumar

Consumo de alcohol

Salud ocupacional

Trabajo

Tolerancia al horario de trabajo

RESUMEN

Objetivo: Explorar la asociación entre el consumo de tabaco y alcohol y el tipo de jornada laboral en población española.

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra de residentes en España, adultos y laboralmente activos (N = 8155). La fuente de datos fue la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Se recogió información sobre el tipo de jornada laboral (mañana, tarde, noche, partida, reducida y a turnos) y el consumo regular de tabaco y alcohol. También se incluyeron variables sociodemográficas y otras relacionadas con la salud y la actividad laboral. Se calcularon las *odds ratios* ajustadas (ORa) y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) mediante regresiones log-binomial.

Resultados: El 32,1% de las personas encuestadas fumaba regularmente, en especial aquellas que trabajaban en turno nocturno (43,5%). El 54,8% de la población trabajadora tenía un consumo alcohólico moderado y el 1,5% de riesgo. El tipo de jornada con más bebedores moderados y de riesgo fue la partida, con un 57,6% y un 1,8% respectivamente. La ORa de ser fumador fue mayor en los que trabajaban por la noche (OR = 1,56; IC95%: 1,01-2,46). Ningún turno de trabajo se asoció significativamente con el consumo de alcohol.

Conclusiones: El turno de trabajo nocturno se asoció con el consumo regular de tabaco. Los servicios de salud laboral deberían extremar la vigilancia de este grupo de población trabajadora, incluyéndolo sistemáticamente en programas para controlar el tabaquismo y las enfermedades relacionadas. En el futuro, estudiar las razones para este fenómeno podría aportar claves para lograr el éxito preventivo y terapéutico.

© 2015 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tobacco and alcohol consumption according to workday in Spain

ABSTRACT

Objective: To examine the association between smoking and alcohol consumption and the type of working day in the Spanish population

Methods: Cross-sectional study among employees residing in Spain aged >18 years (N = 8,736). We took data from the National Health Survey (2011-2012). Information was collected on the type of working day (morning, afternoon, evening, part-time, reduced hours, and shift-work) and smoking and drinking habits. Demographic characteristics and health- and work-related factors were also taken into account. Adjusted odds ratios (aOR) and 95% confidence intervals (95%CI) were calculated through log-binomial regressions.

Results: Among respondents, 32.1% smoked regularly, especially those working the night shift (43.5%). Moderate alcohol consumption was found in 54.8% of workers and excessive consumption in 1.5%. Most of the moderate and heavy drinkers worked part-time, with 57.6% and 1.8% respectively. The aOR of being a smoker was higher among night workers (OR = 1.58; 95% CI: 1.01-2.46). None of the work shifts were significantly associated with alcohol consumption.

Conclusions: Night shift work was associated with regular smoking. This collective of workers should be monitored closely by occupational health services and regularly undergo programs to control tobacco consumption and smoking-related diseases. Additional research to elucidate the reasons for this association could help to achieve preventive and therapeutic success.

© 2015 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Smoking

Alcohol drinking

Occupational health

Work

Work schedule tolerance

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lanaalberto@uniovi.es (A. Lana).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.014>

0213-9111/© 2015 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

El tabaco y el alcohol son factores de riesgo para los principales problemas de salud crónicos¹. En España, el 24% de la población fuma diariamente², prevalencia muy similar a la de la mayor parte de los países de la Unión Europea³. Además, es la primera causa aislada de enfermedad evitable, invalidez y muerte prematura⁴. La prevalencia de bebedores diarios en España es menor que la de fumadores (12,9%)⁵, y es una de las más bajas de la Unión Europea⁶. Sin embargo, el abuso del alcohol representa también una de las principales causas de muerte, por enfermedades relacionadas y accidentes evitables⁷, y en especial de años de vida perdidos por discapacidad⁸.

Los determinantes de estas conductas son variados y su análisis es complejo, pero se sabe que las características del medio laboral pueden condicionar el consumo⁹. Por ejemplo, algunas personas podrían fumar buscando el efecto estimulante físico y cognitivo del tabaco, y así sobrellevar largas jornadas de trabajo o turnos que implican una alteración del ritmo circadiano. Por el contrario, otras personas, o incluso las mismas, pueden consumir alcohol por su efecto sedante^{10,11}, en un intento de combatir el estrés laboral o de conciliar el sueño. Específicamente, algunos autores han encontrado diferencias en el consumo de sustancias de abuso según la jornada, el sector de la actividad, la categoría laboral, las horas extraordinarias y el estrés del puesto de trabajo^{9,10,12,13}. Es decir, en términos generales, la calidad del empleo podría ser un determinante social con capacidad para explicar el consumo de estas sustancias¹⁴. Sin embargo, en España este interesante vínculo ha sido poco estudiado¹⁵.

La asociación entre la jornada laboral y el consumo de tabaco fue objeto de un intenso debate durante los últimos años del siglo xx. La mayoría de los estudios transversales apoyan el vínculo entre los turnos y el tabaquismo¹⁶. No obstante, casi todos comparan trabajar durante el día con el resto de los turnos, sin distinguir entre sus modalidades, cuando existen notables diferencias sociodemográficas y del estado de salud en función del tipo específico de jornada. Además, en España se han producido recientemente varios cambios que han dibujado un nuevo escenario en el cual parece pertinente estudiar de nuevo esta asociación: por un lado, cambios en la organización del trabajo, con intentos para racionalizar los turnos de trabajo en algunos sectores productivos (p. ej., implantación de los llamados turnos ecológicos o antiestrés en el sector sociosanitario), pero una tendencia a la desregularización en otros sectores (p. ej., jornadas irregulares y de fin de semana en el sector servicios); y por otro lado, cambios en las conductas de riesgo, en especial el notable descenso de la prevalencia de fumadores^{17,18} y las modificaciones legislativas sobre el consumo de tabaco en los lugares de trabajo¹⁹.

La asociación entre el consumo de alcohol y el tipo de jornada es menos clara. Sin embargo, Benavides et al.¹⁵ han encontrado que trabajar en algunos sectores económicos (p. ej., hostelería o construcción) podría asociarse con un mayor riesgo de consumo de alcohol en España. Además, según el Ministerio de Sanidad y la Organización Internacional del Trabajo siguen siendo necesarias investigaciones en muestras grandes de población que incorporen sujetos procedentes de varios sectores productivos^{9,20}.

El objetivo principal fue explorar la asociación entre el consumo de tabaco y de alcohol y el tipo de jornada laboral en España.

Métodos

Diseño, fuente de información y sujetos a estudio

Estudio transversal sobre una muestra representativa de la población adulta trabajadora de España. Los datos se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Salud (ENS)²¹ de 2011-2012, que recogió

información de 20.587 mayores de 18 años que residían en España cuando se realizó la encuesta. De estos, únicamente fueron motivo de análisis las 8736 personas que declararon estar laboralmente ocupadas. Posteriormente se eliminaron 58 sujetos que carecían de información sobre el tipo de jornada laboral y 10 que no tenían datos sobre el consumo de sustancias de abuso. También se eliminaron 521 registros que tenían valores perdidos en alguna de las variables confusoras incluidas en nuestro estudio, especialmente en el peso corporal (n = 254) y el tipo de relación laboral (n = 108). De esta manera, la muestra final estuvo compuesta por 8147 personas. Por último, para que las frecuencias muestrales fueran representativas de todos los trabajadores, se realizó una ponderación del factor de elevación proporcionado por la ENS y se obtuvo un nuevo factor, esta vez centrado en su media. Para hacerlo, se calculó la media del factor de elevación y después se dividió por su media. Este nuevo factor se utilizó para ponderar la base de datos (N ponderada = 8155) y realizar todos los análisis.

Variables del estudio

Este estudio tiene una variable independiente principal, el tipo de jornada laboral, y dos variables dependientes, el consumo de tabaco y el de alcohol. Con respecto al tipo de jornada, la ENS preguntó: «¿Qué tipo de jornada tiene habitualmente en su trabajo principal actual?» (Módulo F, pregunta 15). Las respuestas se agruparon dando lugar a una variable de seis categorías: cuatro tipos de jornadas continuas (mañana, tarde, noche o reducida), jornada partida y jornada a turnos. En lo referente a las sustancias de abuso, el consumo de tabaco se midió con una variable dicotómica en función de si la persona era o no fumadora de cualquier cantidad de tabaco de forma regular, ya fuera con una periodicidad diaria u ocasional; y respecto al alcohol, los sujetos se clasificaron, según los gramos consumidos por día, en abstemios (0 g), bebedores moderados (<40 g en hombres y <24 g en mujeres) y bebedores de riesgo (≥ 40 g en hombres y ≥ 24 g en mujeres)²².

Nuestro estudio también consideró otras variables potencialmente confusoras o modificadoras del efecto. En concreto, incluyó variables sociodemográficas: sexo (hombre o mujer), edad en años, nivel socioeconómico según la clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología²³, país de nacimiento (España u otro) y estado civil (soltero/a, casado/a, viudo/a o separado/a/divorciado/a). En relación a la salud del individuo, se tuvieron en cuenta el nivel de salud percibido (muy malo/malo, regular o bueno/muy bueno), las enfermedades crónicas de más de 6 meses de evolución (sí o no), el índice de masa corporal según la fórmula kg/m^2 , los minutos de actividad física semanal, las horas de sueño y el nivel de salud mental medido con el Cuestionario de Salud General de 12 preguntas de Goldberg²⁴ (rango de puntuación de peor a mejor: 0-36 puntos). Por último, se seleccionaron aquellas variables laborales que podían tener relación con el tipo de jornada, con el consumo de sustancias o con ambos: la relación laboral (contrato indefinido, contrato temporal, empresario, autónomo o sin contrato), el sector de la actividad (primario, secundario, terciario y sociosanitario)²⁵ y, finalmente, dos medidas indirectas del estrés laboral, por un lado la satisfacción con el trabajo y por otro si éste es considerado estresante, ambas evaluadas con una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante). Posteriormente estos valores se agruparon en tres categorías de satisfacción/estrés: ninguno o poco (1-2 puntos), medio (3-5 puntos) y elevado (6-7 puntos).

Análisis de los datos

Se describieron las variables cualitativas utilizando sus frecuencias absolutas y relativas (%), y las cuantitativas mediante medidas de centralización (media) y de dispersión (desviación estándar). Se utilizaron análisis multivariados para explorar la asociación entre

el tipo de turno y ser fumador (regresiones log-binomial con categoría de referencia «no fumador») y el tipo de turno y ser bebedor moderado o de riesgo (regresiones log-binomial con categoría de referencia «abstemio»). Se obtuvieron las *odds ratios* (OR) crudas y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%), y también ajustadas por los confusores mencionados en varios modelos. Posteriormente se ejecutaron otros análisis adicionales. Los análisis ajustados por todos los confusores se realizaron también estratificando según el sexo de los participantes en la ENS. Además, dado que el estrés laboral puede ser un importante mediador en las asociaciones estudiadas²⁶, se repitieron los análisis sólo en aquellas personas que tenían un estrés medio o elevado. Por último, se rehicieron los análisis referidos a los/las fumadores/as exclusivamente en aquellas personas que fumaban a diario.

Se utilizó el programa STATA (version 11.0; Stata Corp., College Station) que permite analizar muestras complejas. Sólo se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados

La jornada laboral más común fue la partida (43,7%), seguida de la jornada de mañana (25,2%) y la de turnos (22,6%). Otros tipos de jornada menos comunes fueron la reducida (3,5%), la de tarde (3,5%) y la nocturna (1,4%). La [tabla 1](#) muestra las principales características de la población trabajadora según el tipo de jornada laboral.

Globalmente, el 32,1% de la población ocupada en España era fumadora, prevalencia que osciló entre el 43,5% de las personas

con turno nocturno y el 30,6% de las que laboraban en jornada de mañana. Como puede verse en la [tabla 2](#), la OR ajustada de ser fumador fue significativamente mayor en el turno de noche (OR = 1,58; IC95%: 1,01-2,46). Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, el 54,8% de los/las trabajadores/as podía considerarse bebedor/a moderado/a y el 1,5% de riesgo. El consumo alcohólico, tanto moderado (57,6%) como de riesgo (1,8%), fue más frecuente en la jornada partida. Por el contrario, la jornada laboral con mayor número de abstemios/as es la reducida (56,1%). Las asociaciones estadísticamente significativas entre ser bebedor/a moderado/a y la jornada partida (OR = 1,21; IC95%: 1,06-1,38) o la jornada reducida (OR = 0,68; IC95%: 0,51-0,92) desaparecen cuando se realiza el análisis ajustado por los confusores ([tabla 2](#)).

Como se muestra en la [tabla 3](#), el sexo de los/las trabajadores/as tuvo alguna influencia en las asociaciones estudiadas, aunque ninguna de las que se mencionan a continuación es estadísticamente significativa. Por un lado, ser mujer parece incrementar la probabilidad de fumar si se trabaja por la noche (OR = 1,67; IC95%: 0,82-3,42), y por otro lado, ser hombre tiene el mismo efecto si se sigue una jornada reducida (OR = 1,40; IC95%: 0,71-2,78). Además, en el caso de las mujeres, cualquier tipo de jornada distinta a la matinal parece incrementar la probabilidad de beber en exceso.

Cuando se repiten los mismos análisis en trabajadores que tenían un nivel de estrés medio o elevado se encuentran resultados prácticamente idénticos para el consumo de alcohol, y de mayor magnitud (aunque no significativos) para el consumo de tabaco en la jornada nocturna (OR = 1,79; IC95%: 0,96-3,35). Por

Tabla 1
Características de la salud y laborales de los trabajadores españoles según el tipo de jornada laboral (N = 8155). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012

	Mañana (n = 2054)	Tarde (n = 288)	Noche (n = 113)	Partida (n = 3570)	Reducida (n = 286)	Turnos (n = 1844)
<i>Edad</i>	42,7 (10,9)	38,1 (11,4)	39,5 (10,9)	41,0 (10,2)	39,9 (10,4)	41,4 (11,1)
<i>Sexo (%)</i>						
Hombres	46,9	40,1	63,1	62,7	17,7	58,2
Mujeres	53,1	59,9	36,9	37,3	82,3	41,8
<i>Estado de salud (%)</i>						
Muy bueno/bueno	81,9	82,3	75,8	85,0	74,6	82,8
Regular	15,6	16,4	20,2	12,4	19,9	14,3
Malo/muy malo	2,5	1,3	4,0	2,6	5,5	2,9
<i>Enfermedad crónica (%)</i>	65,8	63,5	69,2	58,7	72,5	66,0
<i>IMC (kg/m²)</i>	25,3 (4,2)	24,7 (4,7)	26,1 (4,7)	25,6 (3,9)	24,1 (4,1)	25,8 (4,4)
<i>Actividad física (min/sem)</i>	285 (556)	261 (425)	283 (434)	270 (469)	219 (412)	299 (520)
<i>Duración del sueño (h/día)</i>	7,1 (1,0)	7,6 (1,1)	6,8 (1,4)	7,2 (1,0)	7,2 (1,2)	7,2 (1,2)
<i>Goldberg (puntos)</i>	8,7 (3,8)	9,0 (3,7)	8,9 (3,2)	8,8 (3,3)	9,2 (3,8)	8,9 (3,9)
<i>Relación laboral (%)</i>						
Contrato indefinido	70,4	62,5	70,8	58,4	65,0	55,6
Contrato temporal	16,6	24,1	24,5	14,7	24,8	15,3
Empresario	1,8	0,7	1,4	7,2	0,7	4,9
Autónomo	4,8	3,2	1,0	15,7	3,4	17,9
Sin contrato	6,4	9,5	2,3	4,0	6,1	6,3
<i>Sector de la actividad (%)</i>						
Primario	4,8	2,7	0,9	5,5	0,8	6,4
Secundario	19,6	16,5	17,9	31,5	18,7	23,0
Terciario	67,3	70,0	67,3	59,5	72,8	58,6
Sociosanitario	8,3	10,8	13,9	3,5	7,7	12,0
<i>Satisfacción laboral (%)</i>						
Ninguno o poco	3,8	6,3	4,1	3,9	6,7	4,4
Medio	38,1	36,3	46,0	37,7	40,3	39,2
Elevado	58,1	57,4	49,9	58,4	53,0	56,4
<i>Estrés laboral (%)</i>						
Ninguna o poca	20,5	23,8	19,9	15,6	30,3	18,3
Media	53,6	60,4	46,0	56,0	46,1	53,8
Alta	25,9	15,8	34,1	28,4	23,6	27,9

IMC: índice de masa corporal.

Para las variables continuas se muestran la media y la desviación estándar.

Tabla 2

Odds ratios e intervalos de confianza del 95% de la asociación entre las conductas de riesgo estudiadas y el tipo de jornada laboral (N=8155). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012

	Mañana (n=2054)	Tarde (n=288)	Noche (n=113)	Partida (n=3570)	Reducida (n=286)	Turnos (n=1844)
Fumadores						
Sujetos (%)	30,6	31,6	43,5	32,1	31,1	33,2
Modelo 1 ^a	1,00	1,01 (0,73-1,38)	1,71 (1,10-2,65) ^e	1,05 (0,92-1,21)	1,00 (0,73-1,36)	1,12 (0,95-1,31)
Modelo 2 ^b	1,00	0,93 (0,66-1,29)	1,52 (1,00-2,38) ^d	1,00 (0,87-1,16)	1,02 (0,74-1,40)	1,06 (0,90-1,25)
Modelo 3 ^c	1,00	0,93 (0,66-1,29)	1,58 (1,01-2,46) ^d	1,00 (0,86-1,16)	1,02 (0,74-1,40)	1,08 (0,92-1,28)
Bebedores moderados						
Sujetos (%)	53,2	50,0	50,8	57,6	43,2	54,2
Modelo 1 ^a	1,00	0,90 (0,67-1,22)	0,92 (0,59-1,43)	1,21 (1,06-1,38) ^e	0,68 (0,51-0,92) ^e	1,05 (0,90-1,22)
Modelo 2 ^b	1,00	1,02 (0,74-1,41)	0,83 (0,53-1,30)	1,04 (0,90-1,20)	0,98 (0,72-1,33)	0,96 (0,82-1,13)
Modelo 3 ^c	1,00	1,03 (0,74-1,42)	0,83 (0,53-1,30)	1,03 (0,89-1,19)	0,98 (0,72-1,33)	0,95 (0,81-1,12)
Bebedores de riesgo						
Sujetos (%)	1,2	1,3	0,0	1,8	0,7	1,4
Modelo 1 ^a	1,00	1,29 (0,42-3,99)	–	1,68 (0,96-2,93)	0,70 (0,15-3,21)	1,25 (0,64-2,45)
Modelo 2 ^b	1,00	1,07 (0,33-3,48)	–	1,41 (0,79-251)	0,82 (0,17-3,96)	1,01 (0,50-2,03)
Modelo 3 ^c	1,00	0,95 (0,28-3,20)	–	1,15 (0,62-2,14)	0,85 (0,18-4,03)	0,88 (0,42-1,80)

Categorías de referencia: no fumador y abstemio

^a Modelo 1: ajustado por edad (<35 años, 35-49 años y ≥50 años).

^b Modelo 2: modelo 1 más ajuste adicional por sexo (hombre o mujer), nivel socioeconómico (I, II, III, IV, V o VI), país de nacimiento (España u otro país), estado civil (soltero/a, casado/a, viudo/a o separado/a), estado de salud (muy bueno/bueno, regular o malo/muy malo), enfermedades (sí o no), salud mental (cuartiles de la puntuación de la escala de Goldberg), IMC (<25, 25-29,9 o ≥30), duración del sueño (≤5 h, 6 h, 7 h, 8 h o ≥9 h), actividad física (0 min, <60 min, 60-119 min, 120-239 min o ≥240 min) y bebedor/a (abstemio/a, moderado/a, de riesgo) o fumador/a (sí o no), según sea necesario.

^c Modelo 3: modelo 2 más ajuste adicional por relación laboral (indefinido, temporal, empresario, autónomo o sin contrato), sector laboral (primario, secundario, terciario o sociosanitario), satisfacción laboral (poca/nada, media o elevada) y estrés laboral (poco/nada, medio o alto).

^d p <0,05.

^e p <0,01.

último, al excluir de la muestra de fumadores a quienes fumaban de forma ocasional, los resultados con los fumadores diarios no cambian: trabajar siguiendo un turno nocturno se asocia con una mayor probabilidad de ser fumador diario (OR = 1,56; IC95%: 1,00-2,46).

Discusión

Según nuestro estudio, trabajar en jornada nocturna se asoció con una mayor probabilidad de fumar, con independencia de

Tabla 3

Odds ratios e intervalos de confianza del 95% de la asociación entre las conductas de riesgo estudiadas según el tipo de jornada laboral y el sexo de los participantes. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012

	Mañana (n=2054)	Tarde (n=288)	Noche (n=113)	Partida (n=3570)	Reducida (n=286)	Turnos (n=1844)
Hombres (n)	964	115	71	2.238	51	1.073
Fumadores						
Sujetos (%)	31,3	34,5	40,1	34,0	39,1	34,3
OR (IC95%) ^a	1,00	1,00 (0,59-1,67)	1,38 (0,78-2,40)	1,05 (0,86-1,29)	1,40 (0,71-2,78)	1,11 (0,88-1,39)
Bebedores moderados						
Sujetos (%)	66,4	68,1	63,2	66,3	62,6	66,1
OR (IC95%) ^a	1,00	1,28 (0,77-2,13)	1,02 (0,56-1,85)	1,03 (0,84-1,27)	0,93 (0,48-1,79)	0,99 (0,79-1,24)
Bebedores de riesgo						
Sujetos (%)	1,7	1,5	0,0	2,3	0,0	1,6
OR (IC95%) ^a	1,00	0,80 (0,15-4,26)	–	1,06 (0,50-2,26)	–	0,71 (0,31-1,63)
Mujeres (n)	1.090	173	42	1.332	235	771
Fumadoras						
Sujetos (%)	30,0	29,6	47,8	28,9	29,4	32,1
OR (IC95%) ^a	1,00	0,86 (0,55-1,34)	1,67 (0,82-3,42)	0,90 (0,72-1,12)	0,95 (0,66-1,37)	1,09 (0,85-1,41)
Bebedoras moderadas						
Sujetos (%)	41,6	37,9	29,7	42,8	38,9	38,5
OR (IC95%) ^a	1,00	0,89 (0,58-1,37)	0,60 (0,30-1,30)	1,01 (0,82-1,24)	0,98 (0,69-1,41)	0,92 (0,72-1,16)
Bebedoras de riesgo						
Sujetos (%)	0,7	1,2	0,0	1,0	0,9	1,1
OR (IC95%) ^a	1,00	2,23 (0,40-9,42)	–	1,40 (0,52-3,72)	1,45 (0,33-6,50)	1,53 (0,50-4,73)

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Categorías de referencia: no fumador y abstemio.

^a Ajustado por edad (<35 años, 35-49 años o ≥50 años), nivel socioeconómico (I, II, III, IV, V o VI), país de nacimiento (España u otro país), estado civil (soltero/a, casado/a o viudo/a o separado/a), estado de salud (muy bueno/bueno, regular o malo/muy malo), enfermedades (sí o no), IMC (<25, 25-29,9 o ≥30), actividad física (0 min, <60 min, 60-119 min, 120-239 min o ≥240 min), duración del sueño (≤5 h, 6 h, 7 h, 8 h o ≥9 h), relación laboral (indefinido, temporal, empresario, autónomo o sin contrato), sector laboral (primario, secundario, terciario o sociosanitario), salud mental (cuartiles de la puntuación de la escala de Goldberg), satisfacción laboral (poca/nada, media o elevada), estrés laboral (poco/nada, medio o alto) y bebedor (abstemio, moderado, de riesgo) o fumador (sí o no), según sea necesario.

factores socioeconómicos, laborales y de salud. Por otro lado, ningún tipo de jornada laboral se asoció con el consumo de alcohol.

Desde hace décadas, diversos estudios han encontrado un vínculo entre el trabajo en turnos y el consumo de tabaco¹⁶. Estudios más recientes continúan poniendo de manifiesto esta asociación. Nabe-Nielsen et al.²⁷ encontraron que la población que trabaja a turnos en Dinamarca tiene más riesgo de empezar a fumar. Además del inicio del consumo, los/las trabajadores/as a turnos de la cohorte Maastrich también tenían menor probabilidad de abandonar el hábito²⁸. En todos estos casos, el trabajo a turnos incluye la jornada nocturna, que es la que en nuestra serie se asoció específicamente con el tabaquismo. Esta asociación puede ser explicada por algunos de los siguientes aspectos, o quizá por una combinación de todos ellos. Por un lado, se sabe que el consumo de tabaco se asocia con alteraciones en el patrón sueño-vigilia²⁹. De este modo, el tabaco podría ser utilizado por su efecto estimulante o como medida contra la fatiga entre los trabajadores nocturnos¹⁶. Por otro lado, tampoco debe desestimarse que las jornadas laborales que obligan a las personas a dormir durante la mañana dificultan que la persona pueda acudir a programas de deshabituación tabáquica. Y por último, quizá el efecto de la presión de los compañeros fumadores sea mayor en el turno de trabajo nocturno²⁸. Además, dado que la dificultad para conciliar y mantener el sueño es uno de los principales síntomas entre los fumadores que tratan de abandonar el hábito³⁰, los trabajadores a turnos podrían encontrar este síntoma como una dificultad añadida cuando deciden dejar de fumar²⁸. En cualquier caso, son necesarias investigaciones dirigidas a determinar las razones que predisponen al trabajador nocturno a fumar, y específicamente a entender el papel del sexo en esta asociación, ya que las mujeres que trabajan por la noche podrían tener más probabilidad de fumar que los hombres. Cuestiones relacionadas con la dificultad para conciliar la vida familiar y laboral podrían ayudar a explicar este hallazgo, aunque no deberían descartarse otras diferencias fisiológicas entre los sexos (p. ej., regulación hormonal). Dada la consistencia de los resultados obtenidos, los estudios que en el futuro traten de encontrar un vínculo entre el tipo de jornada laboral y distintas enfermedades, como las cardiovasculares^{16,31} o el cáncer³², quizá deberían considerar el consumo de tabaco como un factor intermedio y no como un factor de confusión más.

Habida cuenta de los resultados referidos al tabaco, los servicios de salud laboral deberían extremar la vigilancia sistemática de esta conducta y desarrollar programas preventivos o terapéuticos para lograr su control. La viabilidad de estas acciones está suficientemente documentada en la literatura científica³³, aunque se implementan en pocas ocasiones en los entornos reales de trabajo. En España, Sala et al.³⁴ consiguieron una tasa de abstinencia del 33% a los 2 años de desarrollar un programa basado en un abordaje individual, suplementado con parches de nicotina y sesiones grupales. Rodríguez-Artalejo et al.³⁵ también obtuvieron resultados aceptables con un programa de intervención breve junto con el apoyo de parches de nicotina. Otra intervención llevada a cabo en 33 hospitales de Cataluña, basada en el entrenamiento para dejar de fumar, el uso de un programa informático y el libre acceso al tratamiento farmacológico, logró también tasas de abstinencia satisfactorias, sobre todo en el grupo de trabajadores con baja dependencia a la nicotina y que usaron un tratamiento farmacológico combinado (terapia sustitutiva de la nicotina y bupropión)³⁶.

La asociación entre el consumo de alcohol y el trabajo en turnos continúa siendo controvertida. En su revisión de la literatura, Puttonen et al.³¹ no encontraron diferencias significativas en el consumo excesivo de alcohol según el tipo de jornada laboral. En un estudio transversal realizado en población japonesa³⁷, la jornada laboral por turnos se asoció con el abuso de alcohol. Sin embargo, sus autores reconocían que no habían considerado variables importantes como el nivel socioeconómico o el estrés laboral como posibles moduladoras de la relación. En nuestro

estudio, la jornada partida se asoció con un aumento del consumo moderado de alcohol, y la jornada reducida, con una disminución. Por un lado, trabajar en jornada partida suele obligar al trabajador a comer fuera de su domicilio, donde la presión social de los bebedores es más intensa y eficaz. Por otro lado, se ha demostrado que el número de horas trabajadas se relaciona de manera significativa con el consumo de alcohol³⁸. Es probable entonces que las jornadas reducidas, con un menor número de horas de trabajo, contribuyan al fenómeno contrario. Además, también observamos que los trabajadores que optan por jornadas reducidas son con más frecuencia mujeres, quizá para conciliar la vida familiar y laboral, y personas con enfermedades crónicas; dos variables que pueden explicar por sí solas un menor consumo de alcohol en este colectivo. En cualquier caso, las asociaciones citadas desaparecen tras el análisis ajustado, circunstancia que revela que estos factores de confusión u otros han afectado a dicha asociación, como por ejemplo el tipo de sector productivo, que ya ha sido encontrado determinante por Benavides et al.¹⁵. Tampoco hemos podido confirmar el potencial papel mediador del estrés laboral en la asociación entre jornada laboral y consumo de alcohol, aun cuando parece ser un potente predictor del consumo²⁶. De todos modos, la literatura científica relativa al consumo de alcohol según las condiciones de trabajo continúa siendo escasa. Sería interesante que en futuras investigaciones se tuviesen en cuenta los motivos que llevan a un/una trabajador/a a iniciar y mantener el consumo³⁹.

Los resultados de este estudio podrían estar limitados por un sesgo de información, dado que los/las participantes pueden haber dado respuestas de complacencia. Este tipo de sesgo es habitual cuando el método de recogida de datos es una encuesta. Además, en la medición del tipo de jornada pudo cometerse un sesgo de clasificación que afectaría a la jornada reducida, ya que no es posible determinar si las personas que trabajan según esta jornada lo hacen por la mañana, por la tarde o por la noche, aunque lo más habitual es realizar jornadas reducidas diurnas. Por otro lado, no puede descartarse cierto sesgo de selección, ya que las personas con peor salud mental podrían elegir con más frecuencia trabajar en jornada nocturna; no obstante, se han utilizado diversas variables para tratar de controlar este fenómeno (p. ej., estado de salud, prevalencia de enfermedades o escala de Goldberg). Por último, la escasa representación de algunos tipos de jornada laboral (p. ej., la nocturna) impidió realizar análisis estratificados más completos para intentar clarificar el papel mediador de algunas variables. Entre las fortalezas de este estudio destacan el hecho de que la información se ha extraído de una base de datos representativa de la población española y la exhaustividad de la medición de la jornada laboral, ya que permite diferenciar distintos tipos de jornada laboral y no sólo si la persona tiene jornada regular o a turnos. Además, ha sido posible un ajuste adicional por numerosos factores de confusión.

En conclusión, en nuestro estudio, seguir un turno de trabajo nocturno se asoció con el consumo regular de tabaco. Los servicios de salud laboral deberían extremar la vigilancia de este grupo de trabajadores/as, incluyéndolo de manera sistemática en programas de control del tabaco y de las enfermedades relacionadas con su consumo. La relación entre el tipo de jornada laboral y el consumo de alcohol no parece clara en España, pero considerando su estrecha relación con el tabaco, es necesario seguir estudiándola.

Editora responsable del artículo

M^a José López.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente

¿Qué se sabe sobre el tema?

Según estudios recientes, determinadas jornadas de trabajo incrementan el riesgo de enfermedades crónicas. Las causas no están claras, pero el consumo de tabaco y alcohol puede asociarse a variables laborales. En España, los cambios en la legislación sobre el tabaco y el alcohol han podido afectar a la asociación entre su consumo y la jornada laboral.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Trabajar en turno de noche se asocia con fumar de manera regular en España; sin embargo, el consumo de alcohol no depende del tipo de jornada laboral. Los servicios de salud laboral deberían extremar las medidas de prevención y tratamiento del tabaquismo en las personas que trabajan por la noche, así como vigilar específicamente signos de enfermedades relacionadas.

del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Todos los autores firmantes han contribuido sustancialmente en el diseño y la ejecución de esta investigación, y han revisado críticamente el manuscrito. Específicamente, V. García-Díaz realizó los análisis estadísticos y redactó, junto con A. Lana, el manuscrito inicial. A. Fernández-Feito y L. Arias participaron en la depuración y la interpretación de los datos, y en la confección del documento definitivo. A. Lana es el responsable.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- World Health Organization Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Washington: WHO; 2004. p. 264.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. Base de datos en internet. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011-2012. (Consultado el 29/01/2015.) Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>
- World Health Organization Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). Base de datos en Internet. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2012. (Consultado el 10/01/2015.) Disponible en: <http://data.euro.who.int/hfad/b/>
- Office on Smoking and Health National Center for Chronic Disease Prevention and Health. Promotion Centers for Disease Control and Prevention. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Service, Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta; 2004.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Base de datos en Internet. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010. (Consultado el 10/01/2015.) Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p420&file=inebase&L=0>
- European Opinion Research Group. Health, food and alcohol and safety. Brussels: European Commission; 2003. Special Eurobarometer 186/Wave 59.0.
- Organización Panamericana de la Salud. Guía internacional para vigilar el consumo del alcohol y sus consecuencias sanitarias. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2000.
- Gènova-Maleras R, Álvarez-Martín E, Morant-Ginestar C, et al. Measuring the burden of disease and injury in Spain using disability-adjusted life years: an updated and policy-oriented overview. Public Health. 2012;126:1024–31.
- Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2011.
- Dorrian J, Skinner N. Alcohol consumption patterns of shiftworkers compared with dayworkers. Chronobiol Int. 2012;29:610–8.
- Morikawa Y, Sakurai M, Naramura K, et al. Correlation between shift-work-related sleep problems and heavy drinking in Japanese male factory workers. Alcohol and Alcoholism. 2013;48:202–6.
- Frone MR. Are work stressors related to employee substance use? The importance of temporal context assessments of alcohol and illicit drug use. J Appl Psychol. 2008;93:199–206.
- Kawasaki N, Araki S, Haratani T, et al. Relations of work stress to alcohol use and drinking problems in male and female employees of a computer factory in Japan. Environ Res. 1993;62:314–24.
- Benavides FG, Benach J, Díez-Roux AV, et al. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. J Epidemiol Community Health. 2000;54:494–501.
- Benavides FG, Ruiz-Forés N, Delclós J, et al. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. Gac Sanit. 2013;27:248–53.
- Boggild H, Knutson A. Shift work, risk factors and cardiovascular disease. Scand J Work Environ Health. 1999;25:85–99.
- División JA, Massó J, Carrión L, et al. Evolución de la prevalencia de factores de riesgo y del riesgo cardiovascular global en población mayor de 18 años de la provincia de Albacete (1992-94 a 2004-06). Rev Esp Salud Pública. 2011;85:275–84.
- Martínez-Sánchez JM, Fu M, Gallus S, et al. Variabilidad en el consumo de cigarrillos según la fuente de información en España (1993-2009). Gac Sanit. 2013;27:61–3.
- Catalina Romero C, Sainz Gutiérrez JC, Quevedo Aguado L, et al. Prevalencia de consumo de tabaco en población trabajadora tras la entrada en vigor de la Ley 42/2010. Rev Esp Salud Pública. 2012;86:177–88.
- Ochoa-Mangado E, Madoz-Gúrpide A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. Med Segur Trab. 2008;54:25–32.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico del SNS. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Microdatos anonimizados. Base de datos en Internet. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011-2012. (Consultado el 10/01/2015.) Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/estadisticas/microdatos.do>
- Soler-Vila H, Galán I, Valencia-Martín JL, et al. Binge drinking in Spain, 2008-2010. Alcohol Clin Exp Res. 2014;38:810–9.
- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco Gimeno JM, et al. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gac Sanit. 2013;27:263–72.
- Sánchez-López MP, Dresch V. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. Psychosoma. 2008;20:839–43.
- Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE-2009). Real Decreto 475/2007, de 13 de abril. Boletín Oficial del Estado nº 102 (28 de abril de 2007).
- Colell E, Sánchez-Niubò A, Benavides FG, et al. Work-related stress factors associated with problem drinking: a study of the Spanish working population. Am J Ind Med. 2014;57:837–46.
- Nabe-Nielsen K, Garde AH, Tüchsen F, et al. Cardiovascular risk factors and primary selection into shift work. Scand J Work Environ Health. 2008;34:206–12.
- van Amelsvoort LG, Jaunsen NW, Kant I. Smoking among shift work: more than a confounding factor. Chronobiol Int. 2006;23:1105–13.
- Kageyama T, Kobayashi T, Nishikido N. Associations of sleep problems and recent life events with smoking behaviors among female staff nurses in Japanese hospitals. Ind Health. 2005;43:133–41.
- Jaehne A, Loessl B, Barkai Z, et al. Effects of nicotine on sleep during consumption, withdrawal and replacement therapy. Sleep Med Rev. 2009;13:363–77.
- Puttonen S, Härmä M, Hublin C. Shift work and cardiovascular disease—pathways from circadian stress to morbidity. Scan J Work Environ Health. 2010;36:96–108.
- Ijaz S, Verbeek J, Seidler A, et al. Night-shift work and breast cancer—a systematic review and meta-analysis. Scand J Work Environ Health. 2013;39:431–47.
- Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2:CD003440.
- Sala M, Serra I, Serrano S, et al. Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica en el medio laboral. Gac Sanit. 2005;19:386–92.
- Rodríguez-Artalejo F, Lafuente Urdinguio P, Guallar-Castillón P, et al. One year effectiveness of an individualised smoking cessation intervention at the workplace: a randomised controlled trial. Occup Environ Med. 2003;60:358–63.
- Martínez C, Martínez-Sánchez JM, Ballbè M, et al. Smoking cessation in hospital workers: effectiveness of a coordinated program in 33 hospitals in Catalonia (Spain). Cancer Nurs. 2012;35:327–36.
- Morikawa Y, Nakamura K, Sakurai M, et al. The effect of age on the relationships between work-related factors and heavy drinkers. J Occup Health. 2014;56:141–9.
- Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, et al. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. BMJ. 2015;350:g7772.
- Tucker P, Marquié JC, Folkard S, et al. Shiftwork and metabolic dysfunction. Chronobiol Int. 2012;29:549–55.