

Actitudes de los trabajadores frente a los programas de promoción de la salud para la prevención del cáncer en el lugar del trabajo

M. Sala^a / G. Janer^b / C. Font^c / I. Garau^d / M.D. Solé^e / T. Corbella^a / T. Partanen^f / M. Kogevinas^g

^aDepartament de Salut. Unitat de Salut Laboral. Ajuntament de Sabadell. ^bUnitat de Recerca Respiratòria i Ambiental. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelona. ^cInstitut de Salut Laboral. Conselleria de Treball i Formació del Govern de les Illes Balears. Palma de Mallorca. ^dUnitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Mallorca. Palma de Mallorca. ^eInstituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Barcelona. ^fDepartment of Epidemiology and Biostatistics. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki.

Correspondencia: Dra. Maria Sala. Departament de Salut. Ajuntament de Sabadell. Rambla, 22. 08201 Sabadell. Correo electrónico: msala@ajsabadell.es

Este estudio ha contado con la financiación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 01/0993).

Recibido: 13 de diciembre de 2001.

Aceptado: 30 de agosto de 2002.

(Employees attitudes to workplace health promotion programs for cancer prevention)

Resumen

Objetivo: Presentamos un método para evaluar la factibilidad de los programas de promoción de la salud en el trabajo como paso previo a su diseño.

Métodos: Un total de 167 trabajadores de cinco ramas de actividad económica participaron en el estudio. Se administró un cuestionario con preguntas sobre los componentes básicos de la factibilidad (factores de riesgo de cáncer, actitudes hacia los programas de promoción de la salud y entorno sociolaboral).

Resultados: Las conductas de riesgo para el cáncer son frecuentes entre los trabajadores entrevistados. Un 79% demostró interés por los programas de promoción de la salud, pero la participación sería inferior. Dieta y ejercicio físico serían los factores de riesgo más susceptibles a la intervención. La participación más alta se hallaría entre los trabajadores de la administración local.

Conclusiones: La información obtenida parece válida y útil para orientar el objeto y la planificación de un programa promoción de la salud en el trabajo.

Palabras clave: Promoción de la salud. Intervenciones en el lugar de trabajo. Cáncer. Prevención. Tabaco. Dieta. Ejercicio físico. Alcohol.

Summary

Objective: We describe a method for feasibility assessment of workplace health promotion (WHP) programs as a necessary prerequisite of any WHP program.

Methods: A total of 167 employees from five workplace communities participated in the study. A questionnaire on the basic components of feasibility (risk factors, attitudes to workplace health promotion interventions, and social-occupational context) was administered.

Results: Risk behaviours were common among the employees interviewed. Health promotion in the workplace was favorably viewed by 79% of subjects but reported participation would be lower. Interventions on diet and physical activity received the highest acceptance. Participation would be greatest among local administration employees.

Conclusions: The method demonstrated its utility in obtaining useful data for designing workplace health promotion interventions.

Key words: Workplace health promotion. Prevention. Cancer. Tobacco. Diet. Physical activity. Alcohol.

Introducción

El cáncer es la segunda causa de muerte en España y en la Unión Europea. Se estima que entre un 70-90% del total de los cánceres está relacionado con factores ambientales y de estilo de vida. El Código Europeo Contra el Cáncer propone unas recomendaciones generales para reducir los principa-

les factores de riesgo en la comunidad. Hay evidencias de que la participación en programas de promoción de la salud es mayor cuando éstos se realizan en el ambiente de trabajo que cuando se hacen a escala comunitaria¹. La mayoría de las experiencias se ha hecho en los EE.UU. y el norte de Europa, centrándose en acciones de prevención del cáncer y enfermedades cardiovasculares²⁻⁴. En España, algunas em-

presas han realizado programas dirigidos principalmente a tabaco, alcohol y otras drogas^{5,6}, aunque la mayoría de las acciones corresponde a actividades de seguridad e higiene en el trabajo y revisiones médicas.

Se asume que los programas de promoción de la salud tienen efectos positivos, pero la evaluación de los resultados no está exenta de contradicciones. Uno de los principales problemas es la baja participación, debido probablemente a la falta de adecuación entre las características de la intervención y las necesidades percibidas por la población diana de trabajadores⁷.

El presente estudio, que forma parte del proyecto europeo PREWORK⁸, presenta, a modo de prueba piloto, los resultados de un método simple y flexible dirigido a no expertos, y diseñado para valorar la frecuencia de los factores de riesgo de cáncer, las conductas y la aceptación que tendría una intervención en el lugar del trabajo, como paso previo al diseño de la misma, entre trabajadores de cinco empresas de Cataluña y Mallorca.

Población y métodos

El método consiste en dos instrumentos básicos, un formulario de datos y un cuestionario dirigido al trabajador. El formulario de datos resume la información básica sobre los componentes de la factibilidad: información sobre factores de riesgo y actitudes de los trabajadores, el contexto sociolaboral y las características de la empresa. El formulario se acompaña de un manual que presenta, en un lenguaje no técnico, las instrucciones para cumplimentarlo (a partir de registros existentes y/o del cuestionario facilitado) y valorarlo. Contiene, además, un resumen de los conocimientos científicos publicados sobre las causas del cáncer y su prevención. El cuestionario, dirigido al trabajador, contiene preguntas sobre el tabaco, la dieta, el alcohol, el ejercicio físico, la talla y el peso, la exposición solar, las exposiciones laborales y, en mujeres, sobre la prevención del cáncer ginecológico, las actitudes hacia éstos factores y la aceptabilidad de un programa de prevención. El cuestionario puede ser autocontestado o administrado por un encuestador, y puede pasarse a todos los trabajadores o a una muestra, en función del tamaño y disponibilidad de la empresa. Estos instrumentos están disponibles provisionalmente en la página web: www.imim.es/urra/prework.

En el estudio participaron cinco empresas de Cataluña y Mallorca: un hotel, una empresa del sector metalúrgico, un hospital, un ayuntamiento y una universidad. Su selección se realizó por su accesibilidad, por la presencia de trabajadores de ambos sexos, manuales y no manuales, de distintas clases sociales y de perfil compatible con el conjunto del proyecto europeo. En total

se entrevistó a 167 trabajadores (82 varones y 85 mujeres); 30 por empresa, excepto en el hospital, que fueron 50. De éstos, dos varones se excluyeron de los análisis. La selección de los trabajadores la hizo cada empresa a partir de los listados de trabajadores, con independencia de la ocupación, exceptuando el hospital, donde se seleccionaron únicamente enfermeras y auxiliares de clínica. Un total de 12 trabajadores estaba de baja o de vacaciones, y de ellos nueve fueron sustituidos. En el hospital y la empresa metalúrgica los trabajadores fueron citados uno por uno por el entrevistador, y en el resto de las empresas se citaron por grupos y cada uno cumplimentó el cuestionario, que fue supervisado por el entrevistador. La edad media fue de 41,5 años (límites, 18-62 años), siendo los más jóvenes los de la universidad y los de más edad los de la empresa metalúrgica.

Se presentan las proporciones de trabajadores con conductas de riesgo, con interés por la promoción de la salud, y las de los que piensan que deberían cambiar de hábitos y que participarían en programas específicos, por sexo y empresa. Las definiciones de conducta de riesgo, según el proyecto PREWORK, se describen al pie de la tabla 1.

Resultados

En la tabla 1 se resume la frecuencia de conductas de riesgo y el interés por los programas de promoción de la salud, por empresa y sexo. Al preguntar por la conveniencia de cambiar de hábitos (tabla 2), los factores de riesgo sobre los que más personas pensaban que deberían cambiar de hábito eran: el tabaco (el 89% de los fumadores), la falta de ejercicio físico (el 86% de los sedentarios) y el sobrepeso (el 85% de los que presentan sobrepeso). En relación con las exposiciones laborales de riesgo, el 50% de los expuestos hizo referencia al humo de tabaco.

Respecto a la participación, el porcentaje de personas que no sabían o no contestaban osciló entre un 22,8% para los programas de reducción de consumo de alcohol y un 7,8% para los programas sobre actividad física. De las personas que contestaron, la participación más elevada sería para intervenciones dirigidas a mejorar la dieta (el 73% participaría [la mayor, del 100%, en el ayuntamiento, y la menor, del 50%, en la universidad]) y aumentar el ejercicio físico (el 71% [92% en el ayuntamiento y el 63% en la universidad]). Les seguirían las intervenciones sobre el sobrepeso (57% [el 96% en el hospital y el 40% en la universidad]) y el tabaco (55% [el 75% en el hotel y el 31% en la universidad]). Por empresas, la mejor participación estaría en el ayuntamiento, y la peor, en la universidad.

Tabla 1. Proporción de trabajadores que declaran conductas de riesgo (Po) e interés por la promoción de la salud (PS), según empresa y sexo

Empresa		n	Tabaco	Dieta	Sobrepeso	Ejercicio físico	Alcohol	Radiación solar	Revisión ginecológica	Exposición laboral	Interés por los PS
			Po ^a	Po ^b	Po ^c	Po ^d	Po ^e	Po ^f	Po ^g	Po ^h	Po ⁱ
Hostelería	Total	30	33,3	56,7	53,3	53,3	16,7	17,2	–	53,3	73,3
	Varones	20	35,0	65,0	75,0	45,0	25,0	15,8	–	55,0	70,0
	Mujeres	10	30,0	40,0	10,0	70,0	0,0	20,0	10,0	50,0	80,0
Metalúrgica	Varones	30	56,7	46,7	63,0	53,3	13,3	43,3	–	76,7	80,0
Enfermería y auxiliar clínica	Mujeres	48	50,0	52,1	31,3	64,6	0,0	12,5	10,4	87,5	79,2
Ayuntamiento	Total	27	44,4	66,7	48,1	40,7	14,8	25,9	–	74,1	88,5
	Varones	13	53,8	76,9	69,2	53,8	15,4	38,5	–	92,3	92,3
	Mujeres	14	35,7	57,1	28,6	28,6	14,3	14,3	7,1	57,1	84,6
Universidad	Total	30	33,3	50,0	30,0	36,7	16,7	23,3	–	46,7	82,8
	Varones	17	35,3	52,9	23,5	41,2	25,5	41,2	–	47,1	81,3
	Mujeres	13	31,8	46,2	38,5	30,8	7,7	0,0	23,1	46,2	84,6
Total	Total	165	44,3	54,5	44,6	51,5	10,8	22,9	–	70,1	79,4
	Varones	82	46,3	58,5	60,5	48,8	18,3	34,6	–	68,3	77,8
	Mujeres	83	42,4	50,6	29,4	54,1	3,5	11,8	11,8	71,8	81,0

^aFumador: persona que declara fumar como mínimo un cigarrillo/día.

^bDieta poco equilibrada: consumo de carne más de una vez al día y/o consumo de una ración de fruta, verdura o cereales menos de tres veces por semana.

^cSobrepeso: índice de masa corporal (kg/m²) superior a 25, a partir de peso y talla declarada (un valor ausente).

^dSedentarismo: persona que declara no realizar actividad física regular fuera del lugar de trabajo.

^eAlcohol: persona que declara consumir 20 o más consumiciones de alcohol a la semana.

^fRadiación solar: persona que no utiliza protección cuando se expone a la radiación solar.

^gRevisión ginecológica: mujer que declara no haber hecho una citología vaginal en los últimos 3 años.

^hExposición laboral: persona que declara estar expuesto a un contaminante ambiental en el trabajo.

ⁱPersonas que declaran estar interesadas por los programas de promoción de la salud (dos valores ausentes).

Tabla 2. Proporción (P) de trabajadores con factor de riesgo (o) que piensan que deberían cambiar de hábitos (c), según empresa y sexo

Empresa	Tabaco	Dieta	Sobrepeso	Ejercicio físico	Alcohol	Radiación solar	Exposición laboral
	P (c/o)	P (c/o)	P (c/o)	P (c/o)	P (c/o)	P (c/o)	P (c/o)
Hostelería	80,0 (8/10)	47,1 (8/17)	75,0 (12/16)	62 (10/16)	0 (0/5)	80,0 (4/5)	31,3 (5/16)
	Varones	85,7 (6/7)	53,8 (7/13)	73,3 (11/15)	66,7 (6/9)	0 (0/5)	66,7 (2/3)
	Mujeres	66,7 (2/3)	25,0 (1/4)	100,0 (1/1)	57,1 (14/7)	0 (0/0)	100,0 (2/2)
Metalúrgica	Varones	94,1 (16/17)	35,7 (5/14)	84,2 (16/19)	81,3 (13/16)	50,0 (2/4)	76,9 (10/13)
Enfermería y auxiliar de clínica	Mujeres	88,3 (20/24)	44,0 (11/25)	86,7 (13/15)	93,5 (29/31)	–	50,0 (3/6)
Ayuntamiento	100 (12/12)	67,7 (12/18)	84,6 (11/13)	91 (10/11)	0 (0/4)	28,6 (2/7)	80,0 (16/20)
	Varones	100 (7/7)	60,0 (6/10)	77,8 (7/9)	85,7 (6/7)	0 (0/2)	20,0 (1/5)
	Mujeres	100 (5/5)	75,0 (6/8)	100,0 (4/4)	100 (4/4)	0 (0/2)	50,0 (1/2)
Universidad	90,0 (9/10)	46,7 (7/15)	100 (9/9)	100 (10/10)	40 (2/5)	66,7 (4/6)	64,3 (9/14)
	Varones	100,0 (6/6)	33,3 (3/9)	100 (4/4)	100 (6/6)	25,0 (1/4)	66,7 (4/6)
	Mujeres	75,0 (3/4)	66,7 (4/6)	100 (5/5)	100 (4/4)	100,0 (1/1)	–
Total	89,0 (66/74)	48,4 (44/91)	84,9 (62/73)	84,9 (62/73)	22,2 (4/18)	62,2 (23/37)	75,2 (88/117)
	Varones	94,7 (36/38)	45,8 (22/48)	81,3 (39/48)	82,1 (36/48)	20,0 (3/15)	63,0 (17/27)
	Mujeres	83,3 (30/36)	51,2 (22/43)	92,0 (23/25)	89,1 (41/46)	33,3 (1/3)	60,0 (6/10)

Discusión

En este estudio se presenta un método fácil de aplicar para evaluar la factibilidad de programas de promoción de la salud dirigidos a la prevención del cáncer en el lugar del trabajo. La aplicación del método permite conocer los principales factores de riesgo de los trabajadores y las actitudes frente a éstos. Los programas sobre dieta y ejercicio físico serían los mejor aceptados, seguidos de los programas sobre sobrepeso y tabaco. La participación más alta estaría entre los trabajadores del ayuntamiento y la más baja entre los de la universidad.

Muchos estudios sobre mortalidad e incidencia del cáncer manifiestan que las políticas de prevención primaria son todavía insuficientes⁹. Los resultados presentan un elevado interés por la promoción de la salud pero una voluntad de participación ligeramente inferior. Según una revisión reciente¹⁰, la baja participación de los trabajadores es uno de los principales problemas de los programas de promoción de la salud. La motivación es un elemento clave y por ello debe orientarse la intervención hacia aquellos problemas que los trabajadores consideran relevantes y hay que involucrarlos en el diseño de la misma. Así, una evaluación para conocer estos aspectos parece recomendable.

No es el objetivo de este estudio analizar las diferencias entre trabajadores y empresas, pero probablemente algunas de ellas son debidas a la distinta composición por edad, sexo y tipo de trabajo, variables relacionadas con la participación². Algunos estudios sugieren que los trabajadores menos cualificados y masculinos se muestran menos favorables a participar¹¹. En nuestro estudio son los trabajadores de la universidad, entre los cuales hay profesores y catedráticos, los menos dispuestos a participar. Se ha descrito que las experiencias previas y el entorno laboral influyen en la participación, pero existe poca información sobre los determinantes de la participación y del éxito de las intervenciones. El tabaco es el factor de riesgo más estudiado en este sentido¹². Si ya existen restricciones en el trabajo, la probabilidad de éxito de la intervención es

mayor. De las empresas estudiadas, la mayoría tenía señalización para restringir el uso de tabaco (información facilitada por los representantes de las empresas), pero la participación en programas de deshabituación estaba en penúltimo lugar de los factores estudiados a pesar de que la mayoría de fumadores piensa que deberían cambiar de hábito.

Algunos de los resultados obtenidos no se alejan de lo descrito en otros estudios sobre poblaciones trabajadoras. Por ejemplo, en 1996 la media española de trabajadores fumadores era del 48% y se apreciaba cierta tendencia a la baja entre los varones. En nuestro estudio, la prevalencia es del 44%. En relación con el alcohol, un estudio realizado en una empresa de electricidad halló un 16% de bebedores excesivos¹³. En nuestro estudio, un 18% de los varones y un 3% de las mujeres eran bebedores. Como en nuestro estudio, el CAREX¹⁴ identifica el tabaco ambiental como la principal exposición laboral declarada por los trabajadores. Estos datos sugieren que la información obtenida, aun no siendo exhaustiva, es válida para orientar el objeto y la planificación de un programa de promoción de la salud.

Tanto el *formulario de datos* como el *cuestionario* pueden y deben ser adaptados a las circunstancias locales y del momento para que puedan resultar útiles. Este método no es aplicable en situaciones en que la necesidad y oportunidad de una intervención no ofrezca lugar a dudas. Pero en muchas ocasiones la promoción de la salud no ha sido ni siquiera contemplada y nunca se ha estudiado la prevalencia y actitudes sobre factores de riesgo entre trabajadores. Es en estos casos en los que este método podría ser de utilidad para fomentar y diseñar intervenciones sobre estos grupos con una mayor probabilidad de éxito.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a todo el personal y trabajadores de las empresas que han participado en el estudio su dedicación y colaboración en el mismo.

Bibliografía

1. Sloan RP, Dimberg L, Welkowitz LA, Kristiansen MA. Cessation and relapse in a year-long workplace quit-smoking contest. *Prev Med* 1990;19:414-23.
2. Jeffery RW, Forster JL, French SA, Kelder SH, Lando HA, McGovern PG, et al. The Healthy Worker Project: a work-site intervention for weight control and smoking cessation. *Am J Public Health* 1993; 83:395-401.
3. Lang T, Nicaud V, Slama K, Hirsch A, Imbernon E, Goldberg M, et al. Smoking cessation at the workplace. Results of a randomised controlled intervention study. Worksite physicians from the AIREL group. *J Epidemiol Comm Health* 2000; 54:349-54.
4. Sorensen G, Stoddard A, Peterson K, Cohen H, Hunt MK, Stein E, et al. Increasing fruit and vegetable consumption through worksites and families in the treatwell 5-a-day study. *Am J Public Health* 1999;89:54-60.
5. Moncada S. La promoción de la salud en el puesto de trabajo en España. *Rev Salud Pública* 1993;3:107-33.
6. González JC, Salgado E. Campaña de prevención de alcoholismo y drogodependencia en el medio laboral en el ám-

- bito de la prevención de riesgos laborales. La experiencia del sector de estiba del puerto de Barcelona. *Arch Prev Riesgos Laborales* 2000;3:128-34.
7. Gilles P. Effectiveness of alliances and partnership for health promotion. *Health Promot Internat* 1998;13:99-210.
 8. Partanen T, Johansson M, Ahrens W, Sala M, Wesseling C, Boffetta P, et al. Assessment of feasibility of workplace health promotion. *Prev Med* 2002;35:234-40.
 9. López-Abente G, Pollán M, Vergara A, Ardanaz E, Moreno P, Moreno C, et al. Tendencia temporal de la incidencia de cáncer en Navarra y Zaragoza. *Gac Sanit* 2000;14:100-9.
 10. Janer G, Sala M, Kogevinas M, Prevention of risk factors for cancer: a review of worksite health promotion trials. *Scand J Work Environ Health* 2002;28:141-57.
 11. Glasgow RE, McCaul KD, Fisher KJ. Participation in worksite health promotion: a critique of the literature and recommendations for future practice. *Health Educ Quarterly* 1993; 20:391-408.
 12. Farkas AJ, Gilpin EA, Distefan JM, Pierce JP. The effects of household and workplace smoking conditions on quitting behaviors. *Tob Control* 1999;8:261-5.
 13. Prieto Domingo JJ, Carrion Bolanos JA, Bandres Moya F. Prevalence of hepatitis C virus and excessive consumption of alcohol in non hospital worker population. *Gastroenterol Hepatol* 1997;20:479-83.
 14. Kogevinas M, Maqueda J. Exposición a carcinógenos laborales en España: aplicación de la base de datos CAREX. *Arch Prev Riesgos Laborales* 2000;3:153-9.
-