

Consumo de alcohol, tabaco y su relación con variables
sociodemográficas - ocupacionales en conductores de transporte
público urbano - Fase 1

Iliana Paola Quintana Moreno (Directora)

Erika Nathalia Carranza Abello

Ruth Elena Calvache Dorado

Universidad El Bosque
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología
Bogotá D.C., enero de 2021

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO DE GRADO**

NOTA DE SALVEDAD

La Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque informa que los conceptos, datos e información emitidos en el trabajo de grado titulado:

**Consumo de alcohol, tabaco y su relación con variables
sociodemográficas - ocupacionales en conductores de transporte
público urbano – Fase 1**

Presentado como requisito para optar por el título de Magister en Psicología, son responsabilidad de los autores quienes reconocen ante la Universidad que este trabajo ha sido elaborado de acuerdo con los criterios científicos y éticos exigidos por la disciplina y la Facultad.

Agradecimientos

Quiero expresar mi gratitud infinita primero que todo a Dios, quien con su bendición me brindo la fortaleza, paciencia y perseverancia necesarias para el desarrollo de este arduo trabajo.

Mi profundo agradecimiento a mis padres por ser los más grandes promotores de mis sueños, por creer y confiar en mis capacidades y en mis decisiones, a mi madre Luz Beatriz por sus consejos, preocupación, apoyo y amor incondicional, a mi amado hijo Juan Miguel, por ser mi más grande bendición, por ser la fuente de mi esfuerzo y motivación, gracias por entender los frutos que esperan a cada sacrificio que realizamos entre tu y yo.

De igual manera mis agradecimientos a mi compañera de fórmula Ruth Calvache, quien estuvo al pie del cañón todo el tiempo, sé que con la bendición de Dios podrá lograr todas las metas que se ha trazado.

Finalmente, mi gratitud a la profesora Iliana Quintana por su apoyo durante todo este proceso, con su asesoría y acompañamiento, fue más claro el camino en el desarrollo de este trabajo.

En primer lugar, agradezco a Dios, por sus infinitas bendiciones desde el momento de mi nacimiento; por ser la luz que me muestra el camino y lo recorre conmigo.

A mi padre Oscar Calvache Rojas, por su apoyo y guía constante para recorrer con paso firme mi camino.

Así mismo, agradezco a mi compañera Erika Nathalia Carranza Abello, por ser una verdadera coequipera al asumir con responsabilidad y compromiso este desafío, pero ante todo, por su calidad humana y solidaridad en todo el proceso

De igual forma, agradezco a la docente Iliana Quintana, directora del proyecto, por su conocimiento, guía, gestión y disposición para desarrollar y culminar con éxito este trabajo. Por último, hago extensiva mi gratitud a la coordinadora de énfasis, Yolanda Sierra, por su calidad humana, disposición, confianza y apoyo en todo momento.

Dedicatoria

Dedico este trabajo investigativo principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme la fortaleza para continuar en este proceso de alcanzar una de mis metas académicas más importantes.

A mis padres, por su amor, apoyo, entrega y sacrificio, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Me siento orgullosa y privilegiada de ser su hija, son los mejores padres.

A ti hijo amado, por ser ese motor que me inspira, ese motor que me lleva continuamente a seguir creciendo, para darte el mejor ejemplo, aportar en tu educación y lograr que seas un hombre de bien.

Finalmente, a todas las personas que me apoyaron en este proceso y que han permitido que este trabajo se realice con éxito.

Dedico este trabajo a la persona más importante en mi vida, mi padre Oscar Calvache Rojas, el hombre que se ha encargado de hacer posible esta realidad; las palabras y los actos son insuficientes para expresarte lo que significas para mí y cuan orgullosa me siento de ser tu hija. Te amo papito.

Consumo de alcohol, tabaco y su relación con variables
sociodemográficas - ocupacionales en conductores de transporte
público urbano

Iliana Paola Quintana Moreno¹, Erika Nathalia Carranza Abello², Ruth Elena Calvache
Dorado³

Resumen

Este trabajo de carácter descriptivo - correlacional se llevó a cabo con el propósito de establecer la relación entre el consumo de alcohol y tabaco con las variables sociodemográficas-ocupacionales, en una muestra de 165 conductores del servicio público urbano de la ciudad de Tunja. Para la recolección de la información, fueron utilizados los cuestionarios AUDIT, C4 y se diseñó una ficha de datos de caracterización de la población. Dentro de los resultados se destacan las asociaciones directas y significativas entre el consumo de alcohol y tabaco ($r_s = .27, n = 165, p < .001$) y entre el consumo de alcohol y las personas a cargo ($r_s = .15, n = 165, p = .05$). No se encontraron correlaciones entre el consumo de alcohol y el nivel educativo ($r_s = .001, n = 165, p = .99$), el consumo de alcohol ($r_s = .07, n = 165, p = .36$) y tabaco ($r_s = .01, n = 165, p = .87$) con respecto a la antigüedad en el cargo, ni entre el consumo de alcohol ($r_s = .06, n = 165, p = .45$) y tabaco ($r_s = .22, n = 165, p < .01$) en relación a las horas diarias de trabajo.

Palabras clave: consumo, alcohol, tabaco, conductores de servicio público

¹ Psicóloga. Magister en Psicología. Directora del trabajo de grado

² Psicóloga Especialista en Psicología Ocupacional y Organizacional, Estudiante que opta por el título de Magister en Psicología

³ Psicóloga Especialista en Psicología Ocupacional y Organizacional, Estudiante que opta por el título de Magister en Psicología

Tabla de contenido

Capítulo primero	5
Introducción	5
Justificación	8
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
Capítulo segundo	16
Consumo de alcohol y tabaco en conductores de transporte público urbano	16
Variables	32
Consumo de alcohol.	32
Consumo de tabaco.	32
Sociodemográficas.	33
Ocupacionales.	34
Hipótesis	35
Capítulo tercero	37
Método	37
Diseño y tipo de estudio	37
Participantes	37
Instrumentos	38
Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).	38
Cuestionario de Clasificación de Consumidores de Cigarrillo (C4).	39
Procedimiento	40
Plan de análisis de datos	41

Consideraciones éticas	42
Capítulo cuarto	44
Resultados	44
Descripción de las variables sociodemográficas y ocupacionales	44
Nivel de consumo de alcohol y tabaco	46
Análisis correlacional	47
Prueba de hipótesis	51
Capítulo quinto	53
Discusión	53
Referencias	60

Lista de tablas

Tabla 1		
<i>Distribución de los datos Sociodemográficos</i>		45
Tabla 2		
<i>Distribución de la información Ocupacional</i>		46
Tabla 3		
<i>Nivel del consumo de alcohol y tabaco</i>		47
Tabla 4		
<i>Distribución de la prueba de normalidad para las variables del estudio</i>		47
Tabla 5		
<i>Análisis correlacional consumo de tabaco y alcohol</i>		48
Tabla 6		
<i>Análisis correlacional consumo de alcohol y personas a cargo</i>		48
Tabla 7		
<i>Análisis correlacional consumo de alcohol, tabaco y edad</i>		49
Tabla 8		
<i>Análisis correlacional consumo de alcohol y nivel educativo</i>		49
Tabla 9		
<i>Análisis correlacional consumo de alcohol y estrato socioeconómico</i>		50
Tabla 10		
<i>Análisis correlacional consumo de alcohol, tabaco y tiempo de antigüedad en el cargo</i>		50
Tabla 11		
<i>Análisis correlacional consumo de alcohol, tabaco y horas diarias de trabajo</i>		51

Capítulo primero

Introducción

El consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), drogas legales e ilegales, representa para el mundo actual una problemática que de acuerdo con Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera (2013), impacta de manera importante sobre diferentes áreas a nivel global. Sus implicaciones a nivel social se revelan de diferentes formas; una de ellas alude al papel que juegan como causa de gran parte de los accidentes de tránsito. Es así como en 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) reconocen las drogas como uno de los factores de riesgo más relevantes en el desarrollo de estos eventos. A su vez, este fenómeno tiene implicaciones a nivel físico y psicológico para el ser humano que pueden derivar en trastornos y, de este modo, constituir un consumo perjudicial que requiera tratamiento (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2018).

De acuerdo con lo anterior, es de gran importancia hacer referencia al fuerte impacto de las SPA sobre el funcionamiento del cerebro, por lo que limita la capacidad de los conductores para guiar el vehículo de manera adecuada, exponiéndolos de forma directa a cometer errores. En 2012, La Organización de Estados Americanos (OEA), indicó que el alcohol y otras drogas, pueden afectar las habilidades de percepción, el buen juicio, el tiempo de reacción, la capacidad motora, la memoria y todas las habilidades críticas para conducir con seguridad y responsabilidad.

Según lo referido por Maldonado, Zavaleta y Salas (2006), específicamente, el alcohol a nivel psicomotor, llega a afectar la capacidad de juzgar las distancias, la velocidad y la precisión para dar continuidad a una trayectoria; a nivel psicológico, se incrementa la agresividad y la euforia, mientras que la concentración se disminuye

además, se produce una sensación de somnolencia, la cual reduce la percepción del riesgo; y a nivel físico se dificulta la capacidad de fijar la mirada en un punto específico y de seguir objetos con la vista.

En lo que respecta al tabaco, su consumo es reconocido por la OMS como uno de los principales problemas de salud pública a nivel global (Accinelli , López, Salinas y Bravo, 2012; Laparra, 2010; Pino, Morales, Alfonso, Achiong y Díaz, 2013), siendo la primera causa de muerte prevenible en el mundo, tanto de fumadores activos como pasivos (Noé-Díaz, García-Gómez, Sansores y Ramírez-Venegas, 2014).

Los efectos de esta sustancia a nivel cognitivo guardan cierta controversia, debido a un aparente efecto benéfico inicial sobre la memoria y la atención, sin embargo, estudios longitudinales han demostrado que la exposición continua al tabaco produce daño lento y progresivo en el cerebro al igual que en otros órganos, ocasionando una serie de cambios y deterioro cognitivo. De hecho, estructuras cerebrales como el hipocampo, la corteza de los lóbulos frontal y parietal son especialmente sensibles al bajo suministro de oxígeno que trae consigo el consumo de la sustancia, de ahí el compromiso en la memoria a corto plazo, la atención, habilidades visomotrices y funciones ejecutivas relacionadas con la flexibilidad cognitiva (Noé-Díaz et al., 2014).

De esta manera, en países como España, Australia, Nueva Zelanda y Estados Unidos, motivados por la preocupación frente a los altos niveles de accidentalidad vial, se han llevado a cabo estudios en los que se evidencia la relación existente entre las SPA, específicamente el alcohol y tabaco, y la ocurrencia de los mismos (Blows et al., 2005; Ch'ng et al., 2007; Ministerio de Interior y Dirección General de Tráfico, 2016; National Highway Traffic Safety Administration [NHTSA], 2015). Ejemplo de ello, es el Proyecto Integrado de la Unión Europea denominado Conducción Bajo la Influencia de Drogas, Alcohol o Medicamentos, DRUID por sus siglas en inglés, cuyos resultados señalaron en particular que los altos niveles de alcohol en la sangre o la combinación de éste con otras drogas o medicamentos representa un riesgo muy alto para que un conductor llegue a lesionarse gravemente o morir en un accidente de tráfico. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012).

Es por esto que la relación entre el consumo de alcohol y la accidentalidad se ha estudiado en términos de cantidad, frecuencia y severidad, el ausentismo, el deterioro de

las relaciones en el trabajo, las enfermedades laborales, las incapacidades, la jubilación anticipada, las interrupciones en las tareas realizadas, la disminución en la productividad, costos de producción, las sanciones disciplinarias, entre otros. (Bastida, 2002; Blasco y Alcazar, 2013; Calderón y Castaño, 2013; Ministerio de la Protección Social, 2007b; Molina, Suarez y Arango, 2011; Otero, 2011; Puente-Rodríguez y Pillon, 2011; Rojo y Campos, 2015).

Bajo esta consideración, ha surgido el interés por identificar las razones que llevan a los conductores al consumo de alcohol y tabaco a pesar de conocer sus consecuencias, encontrando que una de estas causas obedece a las complejas condiciones de trabajo a las que se ven expuestos y las cuales generan importantes perjuicios sobre su salud. (Chaparro y Guerrero 2001).

En la misma línea, en comparación con conductores de carga, en los conductores de autobús se han encontrado altos niveles de riesgo y de dependencia frente al tabaco y más bajos a las anfetaminas y al alcohol. Esto se lo atribuyeron a dos razones, la primera referida a los controles médicos y toxicológicos y la segunda razón, dada por la asignación de horas trabajo-descanso con programación específica. (Salvatti-García, 2018).

Dadas las condiciones que anteceden y conforme a la normatividad vigente en el país, en particular al artículo 8 del Decreto 1443 de 2014 (Mintrabajo, 2014b), según el cual es deber del empleador el diseño y ejecución de actividades encaminadas a la prevención de los Accidentes de Trabajo (AT) y enfermedades laborales así como a la promoción de la salud en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), las empresas se ven en la necesidad de implementar acciones de carácter investigativo, en aras de obtener mejores diagnósticos de las condiciones de trabajo y características sociodemográficas de su talento humano. Lo anterior, con el propósito de fortalecer la salud y calidad de vida laboral de los trabajadores, a través de la formulación de programas de intervención, ajustados a sus características, para la disminución y prevención de los AT.

Considerando todo lo expuesto y reconociendo entonces, que el transporte es uno de los sectores económicos con mayor vulnerabilidad frente al consumo de SPA, (Lima y Juárez, 2008; Ministerio de la Protección Social, 2007b; Molina et al., 2011; Silva, Lefio, Marchetti y Benoit, 2014; Tse, Flin & Mearns, 2006; Salazar y Pereda, 2010), además de

la manifiesta preocupación mundial por el creciente número de accidentes de tránsito, así como el dramático ascenso en las víctimas, lo cual es visto como un problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2013), el presente trabajo, en el marco de la línea de investigación Psicología del Trabajo y las Organizaciones de la Universidad El Bosque, cuyo interés es realizar estudios conceptuales y empíricos sobre la calidad de vida laboral y los Factores de Riesgo Psicosocial (FRP) en población trabajadora, tuvo como propósito analizar cuál es la relación entre el consumo de alcohol, tabaco y las variables sociodemográficas – ocupacionales en conductores de transporte público urbano, en una empresa colombiana prestadora del servicio.

Para ello, en primer lugar, fue necesario describir características específicas en los ámbitos sociodemográfico y ocupacional; luego, identificar el nivel de riesgo por consumo de alcohol y tabaco de la población; y finalmente, establecer la relación entre el nivel de riesgo por consumo de alcohol y tabaco con los datos sociodemográficos-ocupacionales, como herramienta para priorizar las acciones en materia de salud laboral al interior de la organización.

Los resultados de este trabajo señalaron asociaciones directas y significativas entre el consumo de alcohol y tabaco y entre el consumo de alcohol y las personas a cargo. No se encontraron correlaciones entre el consumo de alcohol y el nivel educativo, el consumo de alcohol y tabaco con respecto a la antigüedad en el cargo, ni entre el consumo de alcohol y tabaco con referencia a las horas diarias de trabajo. En general las correlaciones realizadas no fueron concluyentes, por lo que es necesario y se sugiere llevar a cabo estudios con poblaciones similares, pero con mayor tamaño muestral.

Justificación

La sociedad actual está inmersa en un proceso de cambio constante a raíz de fenómenos como la globalización y las nuevas tecnologías, con repercusión directa en las organizaciones que deben adoptar distintas estrategias para hacer frente a las demandas resultantes; se trata de un proceso de aprendizaje y adaptación continuo, en aras de la competitividad, que afecta los puestos de trabajo y, por consiguiente, la seguridad, salud y bienestar de los colaboradores (Peiró y Rodríguez, 2008; Salanova, 2009a).

Para adaptarse a los cambios impuestos por la sociedad actual, las organizaciones requieren de colaboradores sanos, proactivos, con iniciativa, capacidad de trabajo en equipo, comprometidos con la excelencia y responsabilidad social (Salanova, Llorens y Martínez, 2016). Sin embargo, contar con trabajadores que reúnan estas características constituye un reto y una necesidad que solo es posible lograr si la organización invierte en su cuidado, pues se conoce que las personas son el agente dinamizador o “corazón” que impulsa los procesos (Salanova y Schaufeli, 2004 como se citó en Gómez, 2009).

Bajo esta consideración, actualmente las empresas integran en su gestión la salud de los colaboradores, el desempeño y la organización del trabajo para ajustarse al modelo de organizaciones saludables, en el cual la salud laboral adquiere protagonismo (Acosta, Cruz-Ortiz, Salanova y Llorens, 2015; Díaz, Rodríguez, Castón y Jáimez, 2012). Cabe añadir, que los ejes centrales de la salud laboral son la identificación y modificación de los factores laborales significativos de riesgo para la salud de los trabajadores, al igual que la promoción de los agentes protectores para la misma (Gómez, 2009). De tal modo, que su gestión en las organizaciones constituye una estrategia para disminuir el ausentismo y rotación de personal con su alto costo asociado (Díaz et al., 2012). Además, resulta evidente que cuidar la salud de los colaboradores representa una ventaja competitiva para el bienestar organizacional en términos de rendimiento y rentabilidad (Acosta et al., 2015).

Aunado a lo descrito, todo trabajo conlleva riesgos ya sea de seguridad, contaminantes, ergonómicos, psicosociales y del medio ambiente físico (Ministerio del Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Educación Tecnológica y Organización Internacional del Trabajo, 2014), los cuales pueden comprometer el bienestar del colaborador y afectar su desempeño. En este sentido, la psicología ocupacional resulta ser una herramienta útil al aplicar la psicología en pro de la calidad de vida laboral, la protección y promoción de la seguridad, la salud y bienestar de los trabajadores (Salanova, 2009b). Significa entonces, que esta rama de la psicología favorece al reconocimiento del talento, conocimientos, habilidades y destrezas del colaborador, permitiendo con esto que alcance un alto desempeño, aumente su satisfacción laboral y perciba bienestar en la actividad desarrollada (Gil-Monte, 2012)

En el marco de las observaciones anteriores, cabe esperar que una actividad laboral tenga riesgos específicos. Particularmente, a nivel de transporte público urbano, los

trabajadores pueden verse expuestos a jornadas de trabajo con turnos rotativos y nocturnos, bajos niveles de autonomía (Silva et al., 2014), fatiga, tensión, carga mental (Tse et al., 2006), trabajo en solitario, falta de participación, violencia, agresión, presiones de tiempo (Boada-Grau, Prizmic-Kuzmica, González-Recio y Vigil-Colet, 2013; Córdoba y Moreno, 2012; European Agency for Safety and Health at Work, 2011; Oviedo-Oviedo-Oviedo-Oviedo, Sacanambuy, Matabanchoy y Zambrano, 2016), polución, ruidos y congestión de tráfico (Salazar y Pereda, 2010), los cuales constituyen FRP que suscitan altos niveles de estrés con sintomatología asociada (Córdoba y Moreno, 2012; European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2010; European Agency for Safety and Health at Work, 2011; Oviedo-Oviedo et al., 2016; Salazar y Pereda, 2010).

Como resultado de la exposición a los FRP anotados, los conductores de transporte público urbano son más vulnerables frente al consumo de SPA, particularmente de alcohol y tabaco (Boada-Grau et al., 2013; Lima y Juárez, 2008; Ministerio de la Protección Social, 2007b; Molina et al., 2011; Silva et al., 2014; Tse et al., 2006; Salazar y Pereda, 2010). De hecho, un estudio llevado a cabo en Medellín – Colombia, analizó factores de riesgo para el consumo de SPA en 309 conductores de buses y concluyó que pocas horas de sueño, largas jornadas de trabajo, estrés y situaciones de riesgo continuo pueden constituir factores de riesgo para el consumo de SPA (Calderón y Castaño, 2013).

En la misma dirección, los estudios de Silva et al. (2014) y Tse et al. (2006) encontraron que el consumo de alcohol en los conductores les permite manejar la sintomatología psicológica asociada al estrés, las tareas monótonas y el Burnout; así mismo, señalaron que el tabaco puede generar alivio frente al nivel de estrés percibido y el trabajo monótono.

A su vez, Cunradi, Greiner, Ragland & Fisher (2005) y Ragland, Greiner, Yen, & Fisher (2000), analizaron las relaciones entre el consumo de alcohol y la percepción de estrés entre operadores de transporte urbano. Los hallazgos del trabajo de Cunradi et al. (2005) señalan que aquellos conductores con mayores niveles de estrés presentan alto consumo de alcohol y como resultado, la probabilidad aumentada de tener ausentismo a corto plazo. De igual manera, Ragland et al. (2000) mencionan que las personas con altos reportes, tanto en frecuencia como en severidad percibida de factores de estrés en el

trabajo, tenían más probabilidades de beber, así como consecuencias en la salud por el consumo de alcohol; al tiempo, los conductores reconocieron un incremento en el consumo, posterior al inicio de sus funciones en el transporte público.

Los estudios citados muestran que los trabajadores de este sector experimentan mayores niveles de estrés (Boada-Grau et al., 2013; Lima y Juárez, 2008; Tse et al., 2006), lo cual además de repercutir negativamente en su salud, afecta la forma de conducir y es motivo de accidentes de tránsito (Córdoba y Moreno, 2012; Lima y Juárez, 2008; Oviedo-Oviedo et al., 2016; Salazar y Pereda, 2010).

Otro aspecto de interés debido al riesgo que constituye en términos humanos y productivos, es la presunta asociación entre el consumo de alcohol y tabaco con la accidentalidad vial (Calderón y Castaño, 2013; Córdoba y Moreno, 2013; Cunha, Giatti, & Assunção, 2016; Oviedo-Oviedo et al., 2016). Investigaciones sobre el tema en esta población (European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2010; European Agency for Safety and Health at Work, 2011; Oviedo-Oviedo et al., 2016), indican una estrecha relación con los turnos laborales, en especial, con las jornadas prolongadas y nocturnas, susceptibles frente al consumo de estimulantes, la fatiga y durante las cuales tienen lugar el 45% de los accidentes fatales (European Agency for Safety and Health at Work, 2011).

De manera semejante, una investigación realizada en Perú para conocer la magnitud del consumo reciente de alcohol y otras sustancias ilegales en una muestra aleatoria de 150 conductores de transporte público masivo, reveló un consumo frecuente de alcohol que, a su vez, estuvo relacionado con accidentes de tránsito. Estos hallazgos fueron de gran utilidad para orientar la adopción de acciones y estrategias preventivas frente a la ocurrencia de accidentes y daños a terceros (Maldonado et al., 2006).

Adicional a esta vulnerabilidad, estudios indican asociación entre el consumo de alcohol y tabaco con la accidentalidad laboral, al igual que problemas de ausentismo y relaciones laborales entre los conductores (Córdoba y Moreno, 2012; Ministerio de la Protección Social, 2007b; Oviedo-Oviedo et al., 2016).

Las observaciones que anteceden se articulan con estudios realizados en población trabajadora general en países como Alemania, Polonia, Canadá y Estados Unidos, los cuales han mostrado resultados concluyentes, e.g., la prevalencia de consumo fuerte de

alcohol entre los trabajadores en un lapso de 30 días es de 7%; el 40% de las muertes en el trabajo y el 47% de las lesiones ocupacionales guardan relación con el alcohol (Minprotección, 2007b). A su vez, en España, el consumo de alcohol tiene estrecha relación con el 5-25% de la siniestralidad laboral, pues se estima que los trabajadores consumidores tienen tres veces más accidentes laborales que sus pares no consumidores (Ramírez, Marínez y Asúnsolo, 2011)

Los anteriores trabajos ponen de manifiesto las implicaciones a nivel social de este fenómeno, puesto que existe una presunta relación entre la accidentalidad vial y laboral con respecto al consumo de alcohol y tabaco entre los conductores de transporte público, circunstancia que merece especial atención y mayor profundidad, dado que el transporte público urbano es fundamental para la movilidad y dinámica socio-económica de una región (Calderón y Castaño, 2013; Córdoba y Moreno, 2013; Cunha, Giatti, & Assunção, 2016; Oviedo-Oviedo et al., 2016; Salazar y Pereda, 2010). De igual manera, como sugiere el trabajo de Maldonado et al. (2006), el abordaje del fenómeno del consumo en conductores, permite adelantar acciones y estrategias de corte preventivo que impacten en la disminución de la accidentalidad y daños a terceros.

En la misma vía, estudios llevados a cabo por la OMS revelan las implicaciones sociales y económicas del consumo de tabaco, entre las que cabe destacar la pérdida de productividad laboral. La disminución en la productividad se explica por el tiempo que destinan los trabajadores a fumar durante la jornada laboral, como también por el tiempo que deben emplear para atender enfermedades derivadas del consumo; ambas circunstancias propician un círculo vicioso de adicción, falta de productividad y pobreza. (Sánchez y Fernández, 2016).

Además, el consumo de alcohol y tabaco afecta tanto la salud del trabajador como la gestión organizacional; respecto al alcohol, algunas cifras sugieren que los consumidores de esta sustancia se accidentan de 2 a 4 veces más que los no consumidores y su ausentismo laboral suele superar entre 2 y 3 veces al de sus compañeros. Por otra parte, el consumo de tabaco puede generar patologías como cáncer, problemas cardiovasculares, bronquitis, enfisema pulmonar, entre otras, que implican ausentismo laboral y gastos hospitalarios asumidos en muchos casos por las organizaciones para las cuales trabajan (Arias, 2012).

Otras investigaciones se han centrado en la relación entre el consumo de alcohol y variables sociodemográficas - ocupacionales. Tal es el caso de un estudio realizado en Belo Horizonte-Brasil, con una muestra de 1607 conductores de bus, que arrojó una prevalencia de consumo y dependencia al alcohol de 13,5% e identificó como factores ocupacionales asociados: el bajo nivel de escolaridad, primaria o secundaria incompleta; fumar; tener hijos; no participación en actividades sociales; diagnóstico médico de tres o más condiciones; estrés y violencia laboral. Las conclusiones de este trabajo resaltan el riesgo de accidentes al que pueden estar expuestos los conductores, pasajeros y peatones y, teniendo en cuenta la importancia del sector para la sociedad, los autores enfatizan en la necesidad de realizar estudios prospectivos que clarifiquen sus hallazgos (Cunha et al., 2016).

En la misma línea, un estudio llevado a cabo en Colombia indagó sobre el nivel de riesgo de consumo de alcohol en 145 conductores de transporte público. Para tal fin, se utilizó un cuestionario con datos sociodemográficos y de organización del trabajo, además del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), para medir el nivel de riesgo de consumo de alcohol. Los hallazgos evidenciaron un mayor riesgo a desarrollar dependencia en el sector de transporte público, destacando la necesidad de profundizar en el tema para crear una línea de base que facilite el diseño de una propuesta de intervención ajustada a la política vigente en materia de prevención del consumo de SPA laboral y que articule las acciones de todo el Sistema General de Seguridad Social (Molina et al., 2011).

Como resultado de la revisión literaria llevada a cabo hasta el momento, es claro que el consumo de alcohol y tabaco puede comprometer la SST de los conductores y es responsabilidad del empleador garantizar óptimas condiciones en la materia (Ministerio de la Protección Social, 2007a, 2010; Organización Internacional del Trabajo, 1996). Lo anterior, denota la necesidad de acciones, en un principio dirigidas al tamizaje, detección, caracterización y descripción temprana de la problemática, para identificar presuntos casos de riesgo o en estadios iniciales, detener su avance y diseñar en forma ulterior, planes de intervención de carácter preventivo, que permitan la reducción de los riesgos ocasionados por el consumo en el lugar de trabajo (Ochoa y Madoz, 2008).

Desde la perspectiva teórica, a pesar de la importancia del tema y de las implicaciones para la salud laboral de los conductores, como también para la accidentalidad vial, la integridad física y mental de los usuarios y peatones (Calderón y Castaño, 2013; Cunha et al., 2016), el estudio del consumo de alcohol y tabaco en esta población resulta escaso en cuantía y profundidad, circunstancia que se prolonga al contexto colombiano y ha sido notado por Calderón y Castaño (2013), el Ministerio de la Protección Social (2007a) y Molina et al. (2011); existe una necesidad de mayor investigación en la materia, aspecto al que se pretende aportar con este trabajo, pues la población objeto de estudio está conformada precisamente por conductores de transporte público. Lo anterior con el fin de contribuir al fortalecimiento de marcos teóricos y metodológicos, que permitan visibilizar un panorama actual respecto al estadio del consumo de alcohol y tabaco.

Para concluir, este proyecto contribuirá a los resultados de la línea de investigación de la Universidad El Bosque en la medida que aportará al reconocimiento y comprensión del fenómeno, constituyéndose como un referente metodológico para futuros estudios en poblaciones con características similares. A su vez, significará para la empresa prestadora del servicio en cuestión, un mecanismo para acatar la normatividad vigente en materia de SST como también, una acción encaminada a la disminución de la accidentalidad, el ausentismo e incremento de la productividad.

Objetivo general

Analizar las relaciones entre el nivel de riesgo de consumo de alcohol y tabaco con las variables sociodemográficas – ocupacionales en conductores de transporte público urbano de una empresa en la ciudad de Tunja.

Objetivos específicos

- Describir las variables sociodemográficas y ocupacionales en los conductores de transporte público urbano de una empresa en la ciudad de Tunja.
- Identificar el nivel de riesgo de consumo de alcohol en conductores de transporte público urbano de una empresa en la ciudad de Tunja.

- Determinar el nivel de riesgo de consumo de tabaco en conductores de transporte público urbano de una empresa en la ciudad de Tunja.
- Establecer la relación entre el nivel de riesgo de consumo de alcohol y tabaco con las variables sociodemográficas – ocupacionales en conductores de transporte público urbano de una empresa en la ciudad de Tunja.

En este proyecto se incluyeron los rasgos sociodemográficos: edad, estado civil, nivel educativo, lugar de residencia, estrato, tipo de vivienda y personas a cargo, al igual que los datos ocupacionales: antigüedad en el cargo y horas diarias de trabajo.

Capítulo segundo

Consumo de alcohol y tabaco en conductores de transporte público urbano

A continuación, se presentan los principales antecedentes teórico-conceptuales y empíricos relacionados con la gestión del consumo de alcohol y tabaco en el contexto laboral y organizacional, incluyendo su definición, clasificación, estadísticas internacionales y nacionales, efectos del consumo, factores de riesgo y protección, al igual que la definición, importancia y utilidad de la caracterización como herramienta de investigación.

Para empezar, es necesario definir términos propios del fenómeno de consumo, tales como droga, sustancia psicoactiva, abuso y dependencia, con fines aclaratorios y de consenso. En tal propósito, conforme al argot de la medicina, una droga es “toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental” (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 33), mientras desde la farmacología, alude a toda sustancia química capaz de modificar los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos u organismos (Organización Internacional del Trabajo, 1996; Organización Mundial de la Salud, 1994).

Por otro lado, es común la asociación de los términos SPA y droga. De acuerdo con esto, una sustancia psicoactiva o psicotrópica puede ser definida como “(...) cualquier sustancia química que ejerce sus efectos principales o importantes en el sistema nervioso central” (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 53), i.e., su ingestión causa alteración en los procesos mentales, pero no necesariamente dependencia (Organización Internacional del Trabajo, 1996; Organización Mundial de la Salud, 1994). Lo anterior indica entonces, que una SPA es también una droga.

A su vez, el vocablo droga remite tanto a sustancias legales como ilegales. Las primeras son sustancias “legalmente disponibles mediante prescripción médica o en algunas ocasiones también sin ella, en una determinada jurisdicción” (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 34); así, el tabaco, el alcohol, el café, las colas y los disolventes volátiles, resultan ser ejemplos pertinentes por sus efectos psicoactivos (Ministerio de la Protección Social, 2007a; Organización Internacional del Trabajo, 1996; Organización Mundial de la Salud, 1994). Por su parte, una droga ilegal es toda “sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos (...) en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción” (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 34).

El contacto con las SPA puede derivar en conductas de consumo, dependencia y abuso (Ministerio de la Protección Social, 2007a). El consumo supone la autoadministración de una droga; la dependencia alude a “una necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia psicoactiva para encontrarse bien o para no sentirse mal” (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 29); esta acepción puede ser análoga al síndrome de dependencia recogido por la CIE-10, que implica un “conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión” (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p.305).

Por otra parte, el abuso indica un “consumo excesivo, persistente o esporádico de drogas, que no es consecuente ni está relacionado con una práctica médica aceptable” (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 13), no obstante, es un término ambiguo y de uso desaconsejado, razón por la cual no aparece en la CIE-10; la Organización Mundial de la Salud (1994), en cambio, maneja como alocuciones equiparables consumo perjudicial y consumo de riesgo.

De hecho, el consumo perjudicial señala un daño en la salud, de tipo físico o mental, que es resultado de un patrón de autoadministración; la CIE-10 reconoce esta forma de consumo, pero bajo la denominación “uso nocivo” (Organización Mundial de la Salud, 1994; Organización Panamericana de la Salud, 2008). Mientras, el consumo de riesgo denota un patrón de autoadministración, significativo en salud pública, que aumenta la probabilidad de experimentar consecuencias nocivas a nivel físico, mental e incluso

social; este término no es reconocido por la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994).

En los marcos de las observaciones que anteceden, el tabaco es una SPA legal que puede ocasionar consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia, debido a su composición química, cuya principal sustancia constitutiva es la nicotina que provoca adicción y mantenimiento del consumo (Rodríguez y Londoño, 2010). Adicionalmente, el humo contiene más de 4000 sustancias, de las cuales al menos 250 son nocivas y 50 son carcinógenos como las nitrosaminas, responsables de las neoplasias. Otros componentes relevantes por sus efectos patológicos son: el monóxido de carbono, relacionado con los problemas cardiovasculares, y las sustancias oxidantes vinculadas a la bronquitis crónica y al enfisema pulmonar (Laparra, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2018).

Como resultado, los efectos del consumo de tabaco se aprecian principalmente sobre los tejidos expuestos en forma directa a la sustancia, tales como: la cavidad bucal, faringe y laringe, aunque también hay afectación del corazón, pulmón, vejiga y próstata. Por otra parte, se ha comprobado que el tabaco es la causa de enfermedades como: bronquitis, cáncer de pulmón, cardiopatías coronarias, cáncer de esófago, vejiga, vías urinarias, cavidad bucal, laringe, riñón, estómago y colon. A su vez, es responsable de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), asma, diabetes, cardiopatía isquémica, aborto, parto prematuro, problemas del estado de ánimo como depresión mayor y ansiedad al igual que de problemas cognitivos (Accinelli et al. 2012; Noé-Díaz et al., 2014; Rodríguez y Londoño, 2010).

Por lo expuesto, el consumo de esta SPA legal suscita muerte prematura y pérdida de años de vida; se conoce que la mitad de los fumadores fallece entre los 35 y 69 años, aspecto relevante sobretodo en los países en desarrollo donde se concentran las mayores cifras de consumo, pues los decesos tienen lugar durante la etapa productiva de los consumidores, quienes, además, suelen ser la única fuente de ingreso de su grupo familiar (Laparra, 2010; Sánchez y Fernández, 2016). En este sentido, a nivel socioeconómico, las muertes prematuras y la pérdida de años de vida en los consumidores significan la disminución del talento humano disponible para el trabajo. Así mismo, el consumo de tabaco genera un descenso en la productividad laboral por el tiempo de la jornada que los

consumidores destinan para fumar y debido al tiempo que requieren para atender enfermedades derivadas del consumo; ambas circunstancias refuerzan un círculo vicioso de adicción, falta de productividad y pobreza (Sánchez y Fernández, 2016).

Tal como se ha visto, el consumo de tabaco involucra aspectos socioeconómicos, ambientales, psicológicos y fisiológicos. Entre los factores que predisponen a su consumo están las creencias y actitudes positivas relacionadas con fumar, la tendencia al estrés y la falta de preocupación por las consecuencias a largo plazo. Todo lo descrito impide en los fumadores el reconocimiento del riesgo que el tabaco significa para la salud (Rodríguez y Londoño, 2010).

De acuerdo con los planteamientos realizados, el consumo de alcohol y tabaco es un problema importante y de marcada complejidad (Ramírez et al., 2011), sobre todo entre la población en edad de trabajar, 15 - 64 años (Ministerio de la Protección Social, 2007a; Ministerio de la Protección Social 2007b), debido al aumento global en los niveles de consumo (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2018), así como por la etiología multifactorial que le caracteriza. Es precisamente por su carácter multifactorial, que el fenómeno de consumo involucra y puede ser una resultante de elementos personales, familiares, sociales y situaciones del contexto laboral (Organización Internacional del Trabajo, 1996), i.e., guarda relación con agentes intralaborales, extralaborales e individuales.

Por lo anterior, el consumo de alcohol y tabaco es calificado asunto de salud pública (Congreso de Colombia, 2012; Ministerio de la Protección Social, 2007b; Organización Internacional del Trabajo, 1996; Ramírez et al., 2011), lo cual implica una aproximación intersectorial (Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, 2017). En este orden de ideas, las alteraciones derivadas del consumo deben tratarse como enfermedades que requieren atención integral por parte de las autoridades competentes (Congreso de Colombia, 2012; Organización Internacional del Trabajo, 1996; Ramírez et al., 2011).

Resulta oportuno añadir que tanto el consumo de alcohol como el de tabaco pueden derivar en un cuadro clínico objeto de atención especializada. Según la CIE-10, el alcohol y el tabaco son dos de las diez SPA cuyo uso puede ocasionar Trastornos Mentales y del Comportamiento (Ministerio de la Protección Social, 2007a; Organización Panamericana

de la Salud, 2008). A diferencia de la CIE-10, el DSM-IV TR presenta un total de 11 sustancias bajo la denominación Trastornos Relacionados con Sustancias, que incluye el alcohol y la nicotina, en lugar del tabaco (APA, 2002). A su vez, el DSM-5 asocia diez drogas con los Trastornos por Consumo de Sustancias, entre las que se encuentran el alcohol y el tabaco (APA, 2014).

Si bien es cierto, asumir el consumo de alcohol y tabaco como enfermedades facilita el acceso a tratamiento, el reconocimiento de incapacidades y la obtención de recursos para investigación, es importante orientar todos los procesos y acciones de intervención desde un enfoque holista, en atención a la complejidad que reviste todo cuadro de consumo, pues involucra agentes biológicos, psicológicos y sociales en su dinámica como también, aspectos políticos, legales y ambientales, que hacen indispensable una aproximación interdisciplinaria a nivel clínico y de salud pública (Becoña, 2016, 2018).

Dadas las consideraciones previas, resultan significativos datos mundiales de 2016, según los cuales alrededor de 275 millones de personas (5,6%) en el rango de los 15 a 64 años, consumieron al menos en una ocasión SPA. A su vez, unos 31 millones evidenciaron consumo con efectos perjudiciales, en la medida que experimentaron trastornos que podían llegar a ser objeto de tratamiento especializado ((Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2018).

Sobre el consumo de alcohol y tabaco en el país, los estudios disponibles (Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, 2016, 2017; Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014; Ministerio de la Protección Social y DNE, 2009) permiten identificar tendencias claras al respecto. El consumo de bebidas alcohólicas aunque permanece estable, se extiende por todo el territorio nacional. Lo anterior, se confirma con los hallazgos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas años 2008 y 2013. Para 2008, el 35% de las personas encuestadas manifestó haber consumido alcohol en los últimos 30 días, cifra semejante a la de 2013, cuando el 35,8% de la población analizada, equivalente a 8,3 millones de personas, declaró haber consumido bebidas alcohólicas en el mismo periodo. De igual forma, ambos estudios mostraron una notoria diferencia de consumo por sexo: en 2008, el 46% de los hombres reportó consumo en el último mes, frente al 25% de las mujeres y en 2013, el 46,2% de los hombres indicó

consumo, dato que supera al 25,9% de las mujeres que hizo el mismo reporte (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014; Ministerio de la Protección Social y DNE, 2009). En general, los hallazgos reflejan que aproximadamente el 50% de la población ingiere con cierta frecuencia alcohol y al menos la quinta parte está en situación de riesgo o presenta problemas relacionados con el abuso (Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, 2016, 2017).

Otros aspectos analizados respecto al consumo de alcohol son: la edad, el estrato socioeconómico, el tipo de consumo y la percepción de riesgo. En lo concerniente a la edad, se observan diferencias importantes en el consumo de bebidas alcohólicas con una tendencia a disminuir conforme ésta avanza. Las mayores tasas de uso actual, últimos 30 días, se presentan en los grupos de 18 a 24 años y de 25 a 34 años con cifras de 49,2% y 45,4% respectivamente. Les sigue el grupo de 35 a 44 años y luego los de 45 a 65 años con una diferencia porcentual de 10 puntos. Los adolescentes de 12 a 17 años reportan la tasa más baja, con un 19,3% (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Por otro lado, el consumo actual de alcohol es mayor según aumenta el nivel socioeconómico de la población, pasando de 32% en el estrato 1 a 42% en los estratos 4-5-6. Con referencia al tipo de consumo, cerca de 2,5 millones de personas tienen un consumo riesgoso o perjudicial de alcohol, dato que representa al 31% de los consumidores del último mes y al 11,1% de la población de 12 a 65 años. Sobre la percepción de riesgo, el 83% de los encuestados considera un gran riesgo el consumo frecuente de alcohol; el 88% de las mujeres encuentra riesgosa esta conducta, a diferencia del 78% de los hombres y se observa un incremento en esta percepción en la medida que avanza la edad (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

A diferencia del alcohol, el consumo actual de tabaco muestra una reducción importante de 2008 a 2013. Mientras en 2008 el 17,3% de los encuestados había fumado en los últimos 30 días, en 2013 esta cifra se redujo a 12,9%. En ambos periodos hubo una marcada diferencia según el sexo: en 2008, el 24% de los hombres y el 11% de las mujeres eran fumadores actuales, datos que disminuyeron en 2013, cuando el 18,8% de los varones

y el 7,4% de las mujeres reportaron consumo en el último mes. Respecto a la edad, los grupos 18-24 años y 25-34 años ostentan las tasas más elevadas tanto en 2008 como en 2013, aunque hubo una notoria disminución de un año a otro: el consumo actual de tabaco del grupo 18-24 años paso de 20,85% en 2008 a 15,99% en 2013 y en el grupo 25-34 años paso de 19,19% en 2008 a 15,90% en 2013. Sobre el estrato socioeconómico, la prevalencia de uso actual de tabaco en 2008 fue mayor en personas de los estratos 5 y 6 con 24,76%, en cambio, en 2013 la población de los estratos 2 y 3 tuvo las cifras más altas, con 13,87% y 14,46 de modo correspondiente. Por otra parte, la percepción de riesgo frente al hábito de fumar aumentó, pasando de 83% en 2008 a 87,6% en 2013 (Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, 2016, 2017; Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014; Ministerio de la Protección Social y DNE, 2009).

Aunado a lo descrito, la Organización Internacional del Trabajo (1996) manifiesta que los inconvenientes asociados al consumo de alcohol y tabaco deberían suponer un problema de salud como cualquier otro vinculado al trabajo y, por tanto, el tratamiento de los colaboradores afectados, además de incluirse en el servicio de salud público o privado, debe estar exento de toda discriminación (Ministerio de la Protección Social, 2007a, 2007b). Lo anterior, al considerar datos globales según los cuales: el 70% de los consumidores de drogas trabaja y la población en edad de trabajar, 15 - 64 años, maneja una prevalencia anual del 50% en consumo de alcohol, 30% para cigarrillo y 5% para sustancias ilícitas (Ministerio de la Protección Social, 2007a). Además, de acuerdo con el Informe Mundial de Drogas 2018, el 5,6% de la población mundial entre los 15 y 64 años reportó haber consumido drogas en al menos una ocasión durante el año 2016 (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2018).

A su vez, el estudio realizado por Benavides, Ruiz-Forès, Delclós y Domingo-Salvany (2013) para describir los patrones de consumo de alcohol y otras drogas en población española en edad de trabajar, encontró que el alcohol, los hipnosedantes y el cannabis son las SPA de consumo usual. De un total de 15.082 personas evaluadas, el 3,4% evidenció consumo de alto riesgo de alcohol, el 2,3% usaba hipnosedantes a diario, el 7,9% consumió cannabis en los últimos 30 días y el 11,9% alguna otra sustancia ilegal en los últimos 12 meses.

De igual manera, el estudio citado facilitó información sobre los sectores o actividades económicas relacionadas con el consumo de SPA. En este sentido, el consumo de riesgo de alcohol fue superior en los hombres vinculados a la hostelería, actividades primarias y construcción, mientras las mujeres evidenciaron mayor consumo de cannabis y de otras sustancias ilegales en actividades relacionadas con la hostelería, comercio, transporte y administración. Como conclusión, Benavides et al. (2013) señalan que los resultados pueden servir de referencia para el diseño e implementación de programas preventivos en las organizaciones y para evaluaciones futuras de los mismos.

Por otra parte, la Encuesta 2013-2014 sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España, realizada a una muestra de 15.296 trabajadores activos, en pausa temporal o con trabajo previo, entre los 16 y 64 años, reflejó que el alcohol (68,2%), el tabaco (41,6%), los hipnosedantes (7,2%) y el cannabis (6,7%) son las sustancias con mayor prevalencia de consumo entre la población trabajadora en los últimos 30 días. (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías et al., 2015).

Además, al comparar los hallazgos de 2013-2014, con los obtenidos en la primera versión de la Encuesta, llevada a cabo en 2007-2008 con iguales criterios metodológicos, se encontraron datos similares frente al consumo de alcohol y tabaco, aumento en el uso de hipnosedantes y disminución en los consumos de cannabis y cocaína. (Observatorio Español sobre Drogas Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011)

De hecho, en 2013, el 10,5% de la población laboral consumió bebidas alcohólicas a diario en los últimos 30 días, cifra similar al 11% registrado en 2007. Además, conforme a la aplicación de la escala AUDIT, se estimó que el 5% de los encuestados presentaba consumo de alcohol de riesgo. Sobre el tabaco, el 33,8% de los trabajadores manifestó fumar a diario, así como el 33,1% de los encuestados en 2007. Por otro lado, hubo un incremento en el consumo de hipnosedantes, con y sin receta médica, pasando de 5% en 2007 a 7% en 2013. Respecto a las sustancias ilegales, tanto el cannabis como la cocaína mostraron descensos. Mientras en 2007, el 7,8% de la población trabajadora reportó consumo de cannabis durante el último mes, el 6,7% lo hizo en 2013. Por su parte, el consumo de cocaína pasó de 3,7% en 2007 a 2,4% en 2013. (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías et al., 2015).

Continuando con la esfera laboral, varios estudios (Lima y Juárez, 2008; Ministerio de la Protección Social, 2007b; Molina et al., 2011; Silva et al., 2014; Tse et al., 2006; Salazar y Pereda, 2010) señalan el sector económico del transporte como uno de los más vulnerables frente al consumo de SPA, con especial compromiso del transporte terrestre y el transporte público urbano (Boada-Grau et al., 2013; Lima y Juárez, 2008; Tse et al., 2006). Esta última observación es relevante para el desarrollo del presente proyecto, cuya población objeto de estudio son los conductores de transporte público urbano, dado que pone de manifiesto la necesidad y pertinencia del mismo.

El consumo de SPA en el sector de transporte ha sido poco estudiado, sin embargo, en los trabajos disponibles, de carácter descriptivo y transversal, es reiterativa la mención del consumo de alcohol, tabaco, marihuana, anfetaminas y cocaína (Cunha, Giatti, & Assunção, 2016; Giroto, Mesas, De Andrade, & Birolim, 2014; Molina et al., 2011; Poó, Ledesma, & López, 2017). Por otra parte, respecto a la proporción de las investigaciones, hay mayor representación de trabajos relacionados con el consumo de alcohol, cuya usual asociación con los accidentes de tránsito, las riñas, la violencia callejera y la disfunción familiar (Ministerio de la Protección Social, 2007b; Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015) puede explicarse por efectos nocivos manifiestos en: (a) lentitud en el tiempo de reacción; (b) deterioro de la capacidad motriz, con movimientos torpes y mala coordinación; (c) disminución de la agudeza visual, con probable visión borrosa; (d) oscilaciones en el estado de ánimo, que pueden suscitar comportamiento agresivo o depresivo; (e) pérdida del poder de concentración y (f) disminución del rendimiento intelectual (Organización Internacional del Trabajo, 1996).

De hecho, una investigación observacional de corte transversal llevada a cabo en Medellín – Colombia, orientada al análisis del nivel de riesgo de consumo de alcohol en conductores de transporte público urbano, resalta la necesidad de profundizar en el tema. A su vez, la investigación arrojó datos sociodemográficos, laborales y de consumo importantes, producto de la aplicación de una encuesta y del Test AUDIT, a una muestra de 145 conductores de género masculino, con edades entre los 18 y 64 años (Molina et al., 2011). Los hallazgos significativos se describen a continuación.

A nivel sociodemográfico, para el total de la muestra de conductores, la edad promedio fue de 39 años; el 66,2% alcanzó una escolaridad de secundaria incompleta; el

80,6% se encontraba en uniones estables, casados o en unión libre; el 95,1% pertenecía a los estratos 2 y 3; y el ingreso mensual promedio fue de \$861.000. En el plano laboral, los conductores tenían una experiencia media de 16,7 años; trabajaban en promedio 5,63 días por semana, cifra acorde con la legislación del país, aunque la intensidad de la jornada diaria superaba los límites establecidos, con una media de 10,22 horas; el 63% de los trabajadores cumplía un turno mixto, caracterizado por un receso de 2 a 3 horas, que fragmenta la jornada, y posterior al cual se retoman funciones hasta las 10 u 11pm. Por otro lado, el promedio mensual de días descansados fue de 4,9 y la media vacacional anual fue de 15,2 días.

Sobre el consumo de alcohol, los resultados del AUDIT evidenciaron consumo riesgoso en el 54% de la muestra como también riesgo de dependencia en el 17% y consumo perjudicial en el 12,4%. Estos datos superan las cifras del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2013, dirigido a población general, que evaluó el consumo de alcohol con el mismo instrumento. Según los resultados del Estudio, el consumo perjudicial se ubica en un 11,07% y el riesgo de dependencia en un 1,19%. Si bien, la diferencia en el consumo perjudicial es menor, hay una marcada discrepancia en cuanto al riesgo de dependencia; mientras la investigación de Molina et al. (2011), reportó a un 17% de los conductores bajo esta categoría, el Estudio Nacional en población general solo anotó un 1,19%, circunstancia que puede indicar mayor riesgo de dependencia en este gremio (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014; Molina et al., 2011).

Dada la escasez de trabajos relacionados con el consumo de SPA en conductores de transporte público (Cunha, Giatti, & Assunção, 2016; Giroto et al. (2014); Molina et al., 2011; Poó et al. 2017), fue necesario tomar en consideración estudios ajenos en cuanto a metodología y población, aunque análogos respecto al sector económico. Si bien, los estudios son revisiones sistemáticas de literatura, las poblaciones analizadas, conductores de camiones y taxis, resultan afines a los conductores de transporte público urbano, en la medida que comparten condiciones laborales y características sociodemográficas.

Hechas las observaciones anteriores, Poó et al. (2017) se enfocan en las condiciones laborales y de salud de los conductores de taxi. De acuerdo con la revisión, la gran mayoría de conductores no han completado la secundaria o solo han culminado educación

primaria. El ingreso económico de esta población es variable, en tanto se ajusta al número de viajes realizados y a la distancia recorrida, por esta razón, las jornadas de trabajo son extensas y comprometen el tiempo de descanso. Los conductores cumplen con turnos rotativos, factor que repercute en el ciclo de sueño, el estado de alerta y predispone a la fatiga. Así mismo, los recesos en la jornada son pocos, su duración responde a la demanda del servicio y se deben tomar al interior del vehículo ante la falta de zonas especiales para el descanso, alimentación e higiene personal.

Las condiciones laborales descritas predisponen al sedentarismo y dejan poco tiempo para la recreación, afectando el bienestar emocional e incrementando el riesgo de depresión. Por su parte, el consumo de SPA aparece como respuesta a las condiciones laborales y factores de riesgo ocupacional. La cocaína y metanfetaminas son usadas para mejorar el desempeño y la automotivación, mientras la marihuana se consume para manejar el estrés. También, es frecuente la automedicación (Poó et al., 2017)

De manera similar, Giroto et al. (2014) sintetizan evidencia científica en torno a la prevalencia del consumo de SPA en conductores de camiones. Los resultados señalan que las principales sustancias de consumo en esta población son: alcohol, anfetaminas, marihuana y cocaína. Bajo este entendido, los factores asociados al consumo de sustancias ilegales son: grupos de menor edad, realizar viajes muy largos, consumir alcohol, trabajar en turnos nocturnos, viajar por carreteras interestatales, periodos de sueño variables, i.e., muy cortos o muy extensos, menor tiempo de descanso, limitada experiencia como conductor, relación laboral con pequeñas y medianas empresas, bajos ingresos con ganancias basadas en la productividad y reporte previo de accidentes.

A su vez, estos autores señalan el compromiso en la capacidad de conducir y el incremento del riesgo de accidentes de tráfico entre los conductores de camiones como resultado del consumo de SPA. También, anotan que las características individuales y las condiciones de salud de esta población, están asociadas directamente al consumo de alcohol, mientras sus precarias condiciones laborales guardan relación con el consumo de anfetaminas. Por otro lado, Giroto et al. (2014) subrayan la escasez de estudios en la materia, así como la discrepancia metodológica de las investigaciones disponibles, que impide la comparación de resultados y, por tal motivo, recomiendan usar medidas

estandarizadas en futuros trabajos, incluyendo meta-análisis para estimar la asociación entre variables.

Teniendo como base todo lo expuesto anteriormente: estadísticas a nivel internacional y nacional frente al consumo de SPA, en especial alusivas al alcohol y tabaco, evidencia que los efectos e impactos de esta problemática enfáticamente en el aspecto laboral y para dar continuidad al abordaje de esta problemática, es necesario hacer referencia a sus causas o factores de riesgo y protección que incrementan o atenúan la probabilidad de su uso (Ministerio de Educación de la Nación, 2009).

Sin embargo, es necesario anotar que los aspectos relacionados a los factores de riesgo y protección, a pesar de no ser el objeto de este estudio, si constituyen parte fundamental en la contextualización de esta problemática, por lo que se considera pertinente retomarlos en este documento.

Es así, como la Junta de Andalucía (s.f.) define los factores de riesgo o las causas del consumo de SPA como una serie de condiciones, las cuales pueden incrementar la probabilidad que un trabajador llegue a usar y/o abusar de algún tipo de SPA, con el propósito de mitigar o evadir las situaciones en las cuales se encuentra inmerso, lo cual provoca consecuencias negativas a nivel de la salud del trabajador, así como en el proceso productivo desde lo referente a las repercusiones laborales. De modo similar, la Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencia – Consejería de sanidad y Consumo (2010), refiere que los factores de riesgo son aquellas condiciones individuales, sociales o ambientales que se asocian al desarrollo de problemas ligados al consumo.

Todo lo anterior, indica que no existe una única causa para que un trabajador sea consumidor de sustancias psicoactivas, sino que pone de manifiesto una relación entre condiciones individuales, familiares, sociales, económicas y laborales que condicionan o incrementan la posibilidad de consumo (Unión General de Trabajadores [UGT], 2012).

De esta manera y de acuerdo con la Secretaría de Salud Laboral y la Unión General de Trabajadores [UGT] (2011), los factores de riesgo a nivel laboral que más influencia tienen sobre el consumo de SPA, son: condiciones medioambientales [climatología, contaminación ambiental, contaminación acústica], condiciones de la organización del trabajo [tipo de jornada, turnos, trabajo nocturno, pausas, descansos, horas extras, contenido y significado de la tarea], condiciones organizacionales [relaciones

interpersonales y grupales en el trabajo, políticas de recursos humanos, clima organizacional, adecuación de la vida familiar y laboral], otras condiciones psicosociales y organizacionales [sistemas de remuneración, rendimiento, trabajos en cadena y ritmos de producción, movilidad y frecuentes desplazamientos y disponibilidad de la sustancia].

Por otro lado, es relevante retomar los factores protectores que, aunque han sido investigados en una menor proporción, pueden definirse como aquellas características de tipo individual, ambiental o social que reducen la posibilidad de que una persona expuesta a factores de riesgo, de inicio o se mantenga en el consumo de una o varias sustancias (Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencia – Consejería de Sanidad y Consumo, 2010). Estos agentes, no son el valor contrario a los factores de riesgo dados sobre una misma variable, sino que hacen referencia a otros elementos que de alguna manera amortiguan su impacto y en consecuencia hacen que la persona sea capaz de resistir y sortearlos.

Identificados entonces los factores de riesgo y protección, es significativo establecer las consecuencias a nivel laboral que trae consigo el consumo de SPA. Estos al igual que los factores de riesgo y protección no son el foco de este proyecto, pero si se requiere mencionarlos, con el fin de evidenciar la importancia de abordar esta problemática con suma prioridad y precaución. De esta manera, Ochoa y Madoz (2008), reseñan que algunos de los efectos más evidentes, que generan mayor preocupación y representan un problema en el mundo laboral, son el incremento de enfermedades, ausentismo, accidentes laborales, disminución en la productividad y mal ambiente entre compañeros.

En este punto, es sustancial hacer referencia a los riesgos psicosociales generados por una deficiente organización del trabajo. El primero de estos riesgos psicosociales es el estrés, estrechamente relacionado con el consumo de SPA y evidente en la respuesta de orden biopsicosocial, que aparece en el colaborador como resultado de su intento de adaptación a las demandas suscitadas en la interacción de sus condiciones individuales, intralaborales y extralaborales (Resolución 2646, 2008).

De acuerdo con Cruz (2011), el estrés es un estado propio del ser humano, útil para enfrentar eventos amenazantes; funciona como un mecanismo de supervivencia que permite la adaptación a las demandas del entorno. Por sí mismo, el estrés no es negativo. Su connotación dependerá de los recursos disponibles para atender una demanda y la

percepción del trabajador frente a la misma. Significa entonces, que es posible diferenciar el estrés positivo del estrés negativo.

Siguiendo al mismo autor, el estrés positivo o eustres tiene lugar cuando el trabajador se encuentra a sí mismo capaz de afrontar la situación estresante; hay control, a pesar de la exigencia subyacente. De este modo, se produce una sensación positiva, donde la amenaza se percibe como un reto y el estado de alerta resultante favorece el rendimiento y la productividad. Por el contrario, en el estrés negativo o distrés, el trabajador considera que carece de los recursos necesarios para enfrentar un suceso amenazante; su percepción tiene un rol esencial. Como resultado, aparece sintomatología física y psicológica. A nivel físico, es común la sensación de discomfort, tensión muscular, fatiga, náuseas, palpitaciones al igual que el consumo excesivo de tabaco y alcohol. A nivel psicológico, suele haber angustia, depresión, pérdida de interés por la salud, menor atención en las actividades, agresividad y no finalización de las tareas.

El segundo riesgo psicosocial de acuerdo con Pataron Sánchez (2018), es el Síndrome del Quemado “Burnout”. Para este riesgo, no existe una única definición, no obstante, en consenso se ha considerado como aquella respuesta que resulta de la exposición permanente del trabajador ante un proceso de estrés laboral crónico. El Burnout puede presentarse en cualquier profesión, sin embargo, aparece con mayor frecuencia en labores que suponen contacto permanente con usuarios, clientes. Este síndrome, se caracteriza por un progresivo desgaste profesional del trabajador en el que se aprecian tres elementos: baja realización personal en el trabajo, dada por la dificultad o imposibilidad de poner en práctica sus conocimientos, o por el fuerte contraste entre la realidad y sus ideas al respecto; la despersonalización, presente durante la ejecución de actividades profesionales que implican la prestación de servicios a usuarios, clientes, que requieren un trato especial y humano; y agotamiento o fatiga emocional del trabajador.

El tercer y último riesgo psicosocial, relacionado con el consumo de SPA, es la Violencia en el Trabajo o Acoso Laboral. Conviene mencionar en este punto, que algunos de los efectos del Acoso laboral son: ansiedad, baja autoestima, frustración, depresión, conductas suicidas, aumento en el absentismo y nivel de accidentalidad laboral, disminución en la productividad y de manera enfática, los comportamientos sustitutivos

como la drogodependencia u otras adicciones (Comisión Ejecutiva Confederal de la Unión General de Trabajadores y la Secretaría de Salud Laboral, 2011).

En vista de lo anterior, cabe entonces anotar lo mencionado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) (2014), en cuanto al establecimiento de estrategias de intervención. Este refiere la importancia de construir acciones focalizadas y encaminadas a brindar respuestas satisfactorias ante los requerimientos reales de determinado sector. Para esto, se deben reconocer e identificar las características y necesidades propias de la población objeto y este proceso se logra mediante la caracterización.

En este orden de ideas, caracterizar desde una perspectiva investigativa hace referencia a una fase descriptiva, que busca la identificación de los componentes, particularidades, acontecimientos, actores, procesos y contexto de una experiencia, un hecho o un proceso (Bonilla, Hurtado y Jaramillo, 2009). En otras palabras, la caracterización, alude a la descripción u ordenamiento conceptual que se hace desde la perspectiva de la persona que la realiza. (Strauss & Corbin, 2002),

De manera similar, en el contexto nacional, caracterizar, se define como la identificación de las singularidades, orientadas por las características, necesidades, intereses, expectativas y preferencias de las personas, ciudadanos, usuarios o grupos de interés. Su objetivo es aumentar el conocimiento y determinar las necesidades frente a una población particular, permitiendo además establecer o si es el caso enfocar y ajustar las acciones realizadas, que redunden en la satisfacción de los requerimientos del contexto y sus actores (Secretaría de transparencia, s.f),

En este sentido y de acuerdo con lo indicado por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (2011), las variables que se utilicen para describir al grupo de interés deben dar cumplimiento a las condiciones que a continuación se relacionan. En primer lugar, deben ser medibles; es decir, que se puedan evaluar en cada participante, para que den cuenta de cómo cada uno se clasifica frente a esa variable. Segundo, deben ser sustanciales; esto significa que las variables definidas, deben agrupar una cantidad significativa de la población que se esté estudiando, de manera que justifique los esfuerzos del análisis. En tercer lugar, conviene que sean asociativas; esto indica que deben relacionarse con las necesidades particulares de la mayoría de los participantes, para garantizar la relevancia y pertinencia en la orientación de posteriores acciones.

Cuarto, es importante que sean asequibles; esto sugiere que deben permitir el acceso a los participantes que componen el grupo poblacional, para que sean contactados de manera sencilla. Quinto, es necesario que sean relevantes; esto revela que deben representar importancia tanto para los participantes, como para la organización. Y por último, es pertinente que sean consistentes; esto representa que las variables sigan cumpliendo todas las condiciones mencionadas de manera perdurable en el tiempo.

Para efectos de este proyecto, se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas y ocupacionales. Las primeras, hacen referencia a características biológicas, sociales, económicas y culturales propias de la población. Las segundas aluden a las condiciones laborales, bajo las cuales se desarrolla la labor. (Departamento Nacional de Planeación 2014). Así las variables sociodemográficas seleccionadas para analizar su relación con el nivel de consumo de alcohol y tabaco, atendiendo a los resultados de diversos estudios en el tema son: edad (Gavioli, Freitas, Rossi & Félix, 2014; Giroto et al., 2014), estado civil (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías et al., 2015), nivel educativo (Arias, 2012), ocupación, lugar de residencia, estrato (Calderón y Castaño, 2013), tipo de vivienda y personas a cargo (Cunha et al., 2016); por su parte las variables ocupacionales que se incluirán en el análisis son: tiempo de antigüedad en el cargo (Cunha et al., 2016; Giroto et al., 2014) y horas diarias de trabajo (Poó, et al., 2017). De igual forma, la asociación fue abordada debido a la presunta exposición de los conductores a FRP en el ámbito laboral (Boada-Grau et al., 2013; Lima y Juárez, 2008; Ministerio de la Protección Social, 2007b; Molina et al., 2011; Silva et al., 2014; Tse et al., 2006; Salazar y Pereda, 2010).

Considerando todo lo expuesto, los resultados hallados mediante el desarrollo de este proyecto pueden ser de gran utilidad, como base y orientación de la construcción e implementación ulterior de estrategias de intervención y prevención integrales focalizadas y aterrizadas al contexto del transporte urbano, buscando con esto tengan mayor efectividad y pertinencia en la mitigación de las consecuencias del consumo de alcohol y tabaco.

Variables

A continuación, se conceptualizan las variables que se tuvieron en cuenta para el desarrollo de esta investigación:

Consumo de alcohol.

El consumo de alcohol se define como el acto de beber cerveza, vino o cualquier licor, sin importar el nivel o patrón de consumo, incluso el consumo ocasional de una sola copa de alcohol. (Organización Mundial de la Salud, 1994). Se trata entonces, de una variable cuantitativa, de intervalo y para efectos de este proyecto, será medida a través del AUDIT, instrumento que busca identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo, perjudicial o dependencia frente al alcohol. Así, cuenta con 10 ítems, de estos, los 8 primeros, son puntuados mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, en la que 0 significa “Nunca” y 4 significa “Diariamente”; mientras que los dos últimos ítems, se puntúan con una escala de 0-2-4. La puntuación total, está dada de 0 a 40 y de acuerdo con los puntos de corte, una puntuación menor a igual a 7 indica bajo riesgo, de 8 a 19, refleja problemas relacionados con el alcohol y una puntuación igual o superior a 20 refleja dependencia frente a esta sustancia. (Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, 2011)

Consumo de tabaco.

Es definido por la Organización Mundial de la Salud (1994), como un problema, que incluye el consumo perjudicial y que genera consecuencias físicas y psicológicas, síndrome de dependencia y de abstinencia, además aclara que cualquier cantidad consumida de tabaco, puede tener efectos secundarios peligrosos. El consumo de tabaco es una variable cuantitativa, para medirla, se utilizará el Cuestionario de Clasificación de Consumidores de Cigarrillo (C4), el cual se aplicará con el fin de recolectar datos relacionados con el consumo de tabaco en la población objeto de estudio; esta escala auto aplicada ha sido validada para el contexto latinoamericano, mide el nivel de consumo de cigarrillos y clasifica el consumo en leve, moderado y severo (Londoño, Velasco y Pardo, 2018). Autores como Rodríguez y Londoño (2010) y Velasco et al. (2017) han aplicado la escala con éxito en investigaciones, las cuales tenían como objetivo evaluar en

población universitaria los siguientes aspectos: la disminución y abandono del consumo de cigarrillo; y la identidad de consumo, motivación y creencias en forma correspondiente.

Sociodemográficas.

Se definen como las características biológicas, sociales, económicas y culturales propias de la población. (Departamento Nacional de Planeación, 2014). Estos datos fueron recolectados a través de una serie de preguntas sobre aspectos identificados en la revisión literaria y cuya temática alude a atributos cotidianos y se aplicará a los conductores con el propósito de estimar las condiciones individuales que pueden estar asociadas con el consumo de alcohol y tabaco a nivel laboral. Las variables sociodemográficas que se tendrán en cuenta para este estudio son:

- **Edad:** este concepto, de acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española (2018), se define conceptualmente, como el tiempo que transcurre desde el nacimiento y se mide por los años de vida. Operacionalmente, es una variable cuantitativa, discreta de razón y para este proyecto se calculará la edad, con base en el año de nacimiento que el participante registre en el apartado correspondiente.
- **Estado civil:** teniendo en cuenta la definición dada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2017), el estado civil se refiere al conjunto de condiciones jurídicamente relevantes, que tiene una persona frente a una familia determinada. Es una variable cualitativa, nominal politómica y para efectos de este proyecto, los indicadores que se contemplarán son: Soltero (a), Casado (a), Unión Libre, Separado (a), Divorciado (a), Viudo (a) y estará determinado por la elección que el participante realice, marcando la respuesta con una equis (X).
- **Nivel educativo:** el Departamento Nacional de Planeación (2017), define esta variable como el tiempo durante el que un estudiante asiste al centro de enseñanza. Para este estudio, se tendrá en cuenta el último nivel de estudio alcanzado y los indicadores son: Ninguno, Primaria Incompleta, Primaria Completa, Bachillerato Incompleto, Bachillerato Completo, Técnico / Tecnológico Incompleto, Técnico / Tecnológico Completo, Profesional Incompleto, Profesional Completo, Carrera Militar/policial, Post-grado

Incompleto y Post-grado Completo. Se determinará por la elección que el participante realice, marcando la respuesta con una equis (X). El nivel educativo, es una variable cualitativa, ordinal.

- Lugar de residencia: conceptualmente, esta variable está definida como el lugar donde alguien habita. (Real Academia de la Lengua Española, 2018), El lugar de residencia es una variable cualitativa, nominal politómica y para este proyecto, se establecerá de acuerdo con la información que el participante registre en el apartado correspondiente.
- Estrato: el estrato socioeconómico, hace referencia a la clasificación de las viviendas y/o predios rurales, con base en las características físicas de la vivienda y su entorno, las cuales expresan un modo de vida socioeconómico demostrable. (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2011). Se trata entonces de una variable cualitativa, ordinal, cuyos indicadores para este estudio serán: estrato 1, 2, 3, 4, 5, 6, Finca y No sé.
- Tipo de vivienda: esta variable, se define como la forma de posesión de la vivienda. (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2011). De esta manera, se hace referencia a una variable cualitativa, nominal y sus indicadores en este estudio serán: Propia, En arriendo y Familiar.
- Personas a cargo: se define como el número de personas que dependen económicamente, de quien está contestando el cuestionario. (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2011). Así, se trata de una variable cuantitativa, de razón y estará indicada por el número que el participante registre en el apartado destinado para tal fin.

Ocupacionales.

Condiciones laborales, bajo las cuales se desarrolla la labor. (Departamento Nacional de Planeación, 2014). Esta información será recolectada a través de una serie de preguntas sobre aspectos identificados en la revisión literaria y cuya temática alude a atributos cotidianos y se aplicará a los conductores, buscando estimar las condiciones ocupacionales que pueden estar asociadas con el consumo de alcohol y tabaco a nivel laboral. Las variables ocupacionales que se tendrán en cuenta para este estudio son:

- Tiempo de antigüedad en el cargo: se refiere al tiempo que el participante ha durado en el cargo que desempeña en la actualidad. Al igual que la antigüedad, esta variable es cuantitativa, de intervalo y tendrá dos opciones de respuesta: si lleva menos de un año, marque esta opción; si lleva más de un año, anote cuántos años. (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2011)
- Horas diarias de trabajo: las horas diarias de trabajo que están establecidas habitualmente por la empresa para el cargo que desempeña la persona que contesta el cuestionario. (Ministerio de la Protección Social, 2010). Es una variable cuantitativa de razón, y estará determinada por el número de horas que el participante registre en el cuestionario.

Hipótesis

Conforme a diversos estudios (Arias, 2012; Calderón, 2013; Calderón y Castaño, 2013; Cunha et al., 2016; Gavioli et al., 2014; Giroto et al., 2014; Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, 2016, 2017; Ministerio de Justicia y del Derecho – ODC y Minsalud, 2014; Ministerio de la Protección Social y DNE, 2009; Observatorio Español sobre Drogas Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías et al., 2015; Poó et al. 2017), a continuación, se enuncian las hipótesis definidas para este proyecto:

- H₁: A mayor número de personas que dependen económicamente del conductor, mayor nivel de consumo de alcohol.
- H₀₁: A mayor número de personas que dependen económicamente del conductor, menor nivel de consumo de alcohol.
- H₂: A menor edad, mayor nivel de consumo de alcohol y tabaco.
- H₀₂: A menor edad, menor nivel de consumo de alcohol y tabaco.
- H₃: A mayor nivel educativo, menor nivel de consumo de alcohol.
- H₀₃: A mayor nivel educativo, mayor nivel de consumo de alcohol.
- H₄: A menor estrato socioeconómico, mayor nivel de consumo de alcohol.
- H₀₄: A menor estrato socioeconómico, menor nivel de consumo de alcohol.

- H₅: A mayor tiempo de antigüedad en el cargo, mayor nivel de consumo de alcohol y tabaco.
- H₀₅: A mayor tiempo de antigüedad en el cargo, menor nivel de consumo de alcohol y tabaco.
- H₆: A mayor número de horas diarias de trabajo, mayor nivel de consumo de alcohol y tabaco
- H₀₆: A mayor número de horas diarias de trabajo, menor nivel de consumo de alcohol y tabaco

Capítulo tercero

Método

Diseño y tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, no experimental, de tipo transversal-descriptivo correlacional. De acuerdo con Hernández, Fernández y Batista (2014), las investigaciones de tipo cuantitativo no experimentales se caracterizan por la recolección y análisis de datos, tomados de contextos ya existentes, sin provocar de manera intencional algún cambio, de ahí que las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas; en otras palabras, no se tiene un control directo, ni es posible influir sobre ellas.

De la misma manera, los estudios de tipo transversal-descriptivos correlacionales, se realizan en un momento único. A nivel descriptivo, tienen como finalidad indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables, mientras en lo concerniente a la esfera correlacional, permiten conocer el grado de asociación o relación que existe entre ellas en una muestra o contexto particular. (Hernández et al., 2014).

Participantes

La muestra estuvo conformada por 165 conductores vinculados a una compañía de transporte público en la ciudad de Tunja. Del total de la muestra, el 100% eran hombres. Las edades de estos trabajadores oscilaron entre los 22 y los 70 años, encontrando el mayor porcentaje (63,6%) entre los 22 y 45 años.

El tipo de muestreo implementado fue el no probabilístico por conveniencia, que de acuerdo con Hernández et al., (2014), consiste en seleccionar los sujetos, conforme a la accesibilidad y proximidad que frente a ellos tenga el investigador.

Como criterios de inclusión, fueron considerados sólo los conductores que, al momento de la evaluación, estaban en pleno ejercicio de sus funciones. Segundo, en cuanto a la variable sociodemográfica sexo, ésta no fue caracterizada por conocerse de antemano que la totalidad de conductores fueron hombres. Tercero, frente a la variable ocupacional antigüedad en la organización, se tuvo en cuenta que fueran conductores con una vinculación mínima a la empresa de seis meses, buscando garantizar la exposición a los diferentes escenarios y riesgos propios de su labor.

Por otra parte, los criterios de exclusión estuvieron dados por aquellos participantes que al momento de la evaluación tuviesen restricciones médicas tales como aquellas relacionadas con el sistema osteomuscular, visual, cardiovascular y neurológico; que estuvieran conduciendo menos de 8 horas; se encontraran reubicados o desempeñando funciones diferentes a la conducción de vehículos de transporte público.

Instrumentos

Para el desarrollo de esta investigación, se utilizaron dos cuestionarios que permitieron la recolección de información objetiva sobre las características de la población estudiada en cuanto a su relación con el alcohol y el tabaco.

Es importante señalar que, para la recolección de los datos sociodemográficos y ocupacionales, las autoras formularon una serie de preguntas en una ficha de datos que retomaban aspectos identificados en la revisión bibliográfica. (Arias, 2012; Calderón y Castaño, 2013; Cunha et al., 2016; Gavioli, et al., 2014; Giroto et al., 2014; Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías et al., 2015; Poó et al., 2017).

Los instrumentos aplicados fueron:

Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Diseñado por la OMS para identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo, perjudicial o dependencia respecto al alcohol y en particular buscando ayudar a

aquellas personas que se podrían beneficiar con la reducción o abandono del consumo. (Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, 2011).

Este instrumento, fue desarrollado y evaluado a lo largo de dos décadas, demostrando que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas, dado que cuenta con una estandarización transnacional, al ser validado en pacientes de atención primaria en seis países y utilizado en múltiples estudios adicionales para evaluar su aplicabilidad en diferentes contextos poblacionales y grupos culturales, entre ellos, con población adulta trabajadora. (Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, 2011)

Cabe señalar que, de acuerdo con lo revelado por el Ministerio de salud y protección social y Colciencias (2015) en la Guía de Práctica Clínica para Colombia sobre detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda de pacientes con abuso o dependencia de alcohol, el AUDIT ha expuesto una adecuada validez de constructo y consistencia interna en Colombia, resaltando la utilidad de este instrumento para tamizar y evaluar la severidad del abuso y dependencia, “donde un punto de corte de 8 en adelante para hombres y 7 para mujeres, ha demostrado en repetidos estudios una sensibilidad entre 61-96 % y una especificidad entre 85-96 %, con valores predictivos positivos entre 38-81 % y negativo entre 93-100” (p.175)

El test consta de 10 preguntas acerca del consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol, es consistente con las definiciones del CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol, es una prueba breve, rápida, y flexible. Puede administrarse, mediante una entrevista oral o como un cuestionario de auto-pase y puede completarse de 2 a 4 minutos. (Organización Mundial de la Salud y Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, 2011)

Cuestionario de Clasificación de Consumidores de Cigarrillo (C4). Construido por Londoño, Velasco y Pardo (2018) para medir el nivel de consumo de cigarrillo. Se diseñó a partir de clasificaciones ya existentes y se retomaron algunos aspectos fundamentales de otros cuestionarios, tales como el Test de Fagerstrom de dependencia a la nicotina, de donde se adopta la lista de señales de dependencia a la nicotina y el

cuestionario de Consumo de Tabaco del que se emplean dos preguntas acerca de la intención de dejar de fumar y los intentos previos; el cuestionario además incluye otras categorías complementarias, una, referida a la intensidad con la que se ingiere la nicotina, dadas por la concentración por cigarrillo y la profundidad de la inhalación, otra, orientada hacia los problemas asociados al consumo, además tuvo en cuenta la frecuencia de consumo y otros aspectos relacionados con el mismo.

El cuestionario cuenta con un alto nivel de confiabilidad, ya que el Alpha de Cronbach reportado para la escala fue de 0.90, y en el análisis por ítem, cada uno de ellos aportó a la confiabilidad general de la prueba. El alto nivel de confiabilidad y validez de constructo obedece a que el diseño del instrumento se hizo a partir del desarrollo de nuevos ítems y la integración de preguntas incluidas en otras pruebas previamente validadas, y a que el cuestionario surge de una amplia y profunda revisión acerca de las variables asociadas con los distintos tipos de consumo.

La prueba consta de 18 ítems. La escala de clasificación es de 0 a 30, dividida en tres niveles de consumo de riesgo: moderado (5 - 8 puntos), alto (9 a 18 puntos) y dependiente (19 a 30 puntos).

Procedimiento.

Para el desarrollo de este estudio se llevaron a cabo las siguientes fases:

- Primera fase: sensibilización. En esta fase se reunieron por grupos a todos los conductores vinculados a la compañía, para darles a conocer generalidades sobre el consumo de tabaco y el alcohol, incluyendo aspectos como: factores de riesgo, consecuencias físicas, psicológicas, comportamentales, etc., importancia frente a la implementación de estrategias de prevención, dentro de las cuales se encuentran el desarrollo de estudios de investigaciones y el establecimiento de programas liderados por la compañía.
- Segunda fase: selección de la muestra, la cual fue definida por conveniencia, conforme a la accesibilidad y proximidad de los participantes.

- Tercera fase: administración de pruebas y recolección de información. En esta etapa, se realizó la aplicación de la ficha de datos sociodemográficos y ocupacionales y los instrumentos de tamizaje: AUDIT y C4.

Para la aplicación de los instrumentos se tuvieron en cuenta tanto los criterios de inclusión y exclusión descritos, así como las consideraciones éticas, buscando dar el mejor trato a los participantes, a los datos y así, garantizar la confiabilidad y objetividad de los resultados. Para asegurar el abordaje de la muestra, se realizó la programación de los colaboradores con la empresa, conformando grupos de máximo 20 personas por aplicación. A cada grupo, se le explicó que la investigación en la que participaban era de tipo académico, aclarando que la organización no tendría en ningún momento acceso a información individual, sino a resultados consolidados. También se les dio a conocer tanto el objetivo del estudio, como el alcance y utilidad de los hallazgos, haciendo especial énfasis en la protección de los datos, frente a la confidencialidad y el anonimato de la información brindada, esto además para promover la honestidad en las respuestas.

- Cuarta fase: tabulación, análisis e interpretación de datos. Esta se llevó a cabo mediante estadísticos descriptivos y correlacionales, los cuales permitieron la identificación en términos del nivel de consumo y la caracterización sociodemográfica y ocupacional de la muestra, para establecer las probables relaciones entre variables.

Plan de análisis de datos.

Los mecanismos utilizados para la recolección y organización de la información fueron pruebas de papel y lápiz. Se tuvo especial cuidado en la administración y verificación de los cuestionarios, revisando que contaran con la información diligenciada en su totalidad.

La tabulación y el procesamiento de la información recopilada con los cuestionarios aplicados, se realizó mediante la elaboración de una base de datos, la cual fue procesada con el paquete estadístico SPSS, versión 25, con el fin de estimar los estadísticos descriptivos y correlacionales entre las variables presentes en los objetivos e hipótesis. El análisis correlacional se llevó a cabo por medio del coeficiente de Spearman. Para el análisis de los datos del instrumento C4 se empleó el Modelo de Rasch.

Consideraciones éticas.

En el desarrollo del presente proyecto, se tuvieron en cuenta las principales consideraciones éticas emanadas por la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el Ejercicio de la Profesión de Psicología y se dicta el Código Deontológico y Bioético y Otras Disposiciones. En primer lugar, se tuvo como fundamento la confidencialidad y resguardo de la información, según el principio cinco del artículo 2 de la citada ley. Así, la aplicación de los tres cuestionarios utilizados en este proyecto estuvo precedida de la firma del consentimiento informado por parte de cada integrante de la muestra del estudio.

Este consentimiento, de acuerdo con lo dispuesto por la Corte Constitucional Colombiana mediante la sentencia T-1028 de 2003, explicaba a los participantes de manera clara y comprensible los objetivos, procedimiento, propósitos, los riesgos y beneficios, haciendo énfasis en la confidencialidad y anonimato de la información recolectada, así como en la libertad de retirar su autorización en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin ningún tipo de consecuencias.

Esta investigación no implicó riesgos para los participantes y a nivel de beneficios, fue posible darles a conocer los resultados globales del estudio, además del aporte en el diseño e implementación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dando respuesta a las acciones que involucra la política de consumo de SPA en la organización.

Así mismo y como parte de los principios universales del ejercicio del psicólogo, se respetó la integridad, protegiendo el bienestar de las personas y de los grupos que participaron del proceso investigativo, tal como lo señala el principio seis del Artículo 2 de la Ley 1090 de 2006. Teniendo en cuenta lo anterior, durante todo el proceso de aplicación, se propendió por el buen trato, respeto por la individualidad, diferencias culturales y de pensamiento de los participantes.

De otro lado, y de acuerdo con lo mencionado en el Título VII, Capítulo I, Artículo 17 del Código Deontológico y Bioético para el Ejercicio de la Profesión de Psicología, se tuvo especial cautela y prudencia en el desarrollo del informe escrito, por lo que no se utilizaron términos o palabras que generaran etiquetas de desvaloración o discriminación en torno al género, raza o condición social de los conductores que apoyaron la investigación

Similarmente, es necesario recalcar, que la información producto de este estudio: cuestionarios, consentimientos e informes, se manejó para fines netamente académicos solo por la investigadora, la directora del proyecto y el Comité Asesor de Ética de la Universidad El Bosque. La organización tuvo conocimiento de los hallazgos de manera general durante la socialización de resultados.

Finalmente, es importante aclarar, que no existió conflicto de interés para la realización de esta investigación y que el aval para la ejecución de este proyecto fue otorgado por el Comité Asesor de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque.

Capítulo cuarto

Resultados

En este apartado se presentan los hallazgos producto de la aplicación de los instrumentos. Cabe mencionar, que la versión de AUDIT aplicada a los conductores participantes del estudio tuvo un Alpha de Cronbach de 0.69; por su parte el C4, contó con un Alpha de Cronbach de 0.90. (Londoño, Velasco y Pardo, 2018)

Descripción de las variables sociodemográficas y ocupacionales

La muestra estuvo conformada por 165 conductores de buses de transporte público urbano, de los cuales el 100% eran hombres. Su edad se encuentra entre los 22 y 70 años; el 32,73% tiene de 22 a 33 años y el 30,91% tiene entre 34 y 45 años ($M = 40,67$ y $\pm 11,12$). En cuanto al estado civil, el 44,24% de los conductores es casado y el 37,58% está en unión libre. El número de personas a cargo oscila de 0 a 8 personas; el 77,67% tiene entre 2 y 3 personas a cargo. Respecto al domicilio, el 99,39% de los conductores reside en Tunja. Con respecto al tipo de vivienda, el 43,64% habita un inmueble arrendado.

En lo que se refiere al estrato socioeconómico, el 47,3% reside en estrato 2 y el 30,3% en estrato 3. Relativo a la formación, el 44,85% de los conductores terminó el bachillerato, mientras el 29,7% no lo completó. En la tabla 1 se muestran la totalidad de los resultados.

Tabla 1
Distribución de los datos sociodemográficos

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
22 – 33 años	54	32,73
34 – 45 años	51	30,91
46 – 57 años	48	29,09
58 – 70 años	12	7,27
Estado civil		
Soltero	18	10,9
Casado	73	44,24
Unión libre	62	37,58
Divorciado	3	1,82
Separado	8	4,85
Viudo	1	0,61
Nivel educativo		
Primaria incompleta	11	6,67
Primaria completa	11	6,67
Bachillerato incompleto	49	29,7
Bachillerato completo	74	44,85
Técnico/Tecnológico incompleto	10	6,06
Técnico/Tecnológico completo	4	2,42
Profesional incompleto	4	2,42
Profesional completo	2	1,21
Lugar de residencia		
Tunja	164	99,4
Cómbita	1	0,6
Estrato		
Uno	32	19,4
Dos	78	47,3
Tres	50	30,3
Cuatro	5	3
Tipo de vivienda		
Propia	62	37,6
En arriendo	72	43,6
Familiar	31	18,8
Personas a cargo		
0 – 1	21	12,73
2 – 3	110	77,67
4 – 5	29	17,57
6 – 8	5	3,03

Fuente: elaboración propia

En la tabla 2, se muestra la distribución de la información ocupacional, encontrando que la antigüedad en el cargo fue igual o superior a un año en el 62,4% de los trabajadores. En cuanto a la duración de la jornada de trabajo, el 66,06% trabaja entre 14 y 16 horas.

Tabla 2
Distribución de la información ocupacional

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Antigüedad en la cargo		
Menos de un año	62	37,6
Más de un año	103	62,4
Horas diarias de trabajo		
8 - 9	28	16,97
10 - 13	21	12,73
14 - 16	109	66,06
17 - 18	7	4,24

Fuente: elaboración propia

Nivel de consumo de alcohol y tabaco

Frente al consumo de alcohol se evidencia bajo riesgo o abstinencia en el 81,21%; consumo de riesgo en el 16,97% y consumo perjudicial en el 1,82%; ningún conductor calificó en el nivel de dependencia. Respecto al consumo de tabaco, el 60% no fuma en la actualidad, contrario al 22,4% que califica como fumador fuerte, el 12,7% es fumador ocasional, el 4,2% es fumador moderado de riesgo y el 0,6% es dependiente. La información se muestra en la tabla 3.

Tabla 3
Nivel de consumo de alcohol y tabaco

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol - Audit		
Consumo de bajo riesgo o abstinencia	134	81,21
Consumo de riesgo	28	16,97
Consumo perjudicial	3	1,82
Dependencia	0	0
Tabaco – C4		
No fumador	99	60
Fumador ocasional	21	12,7
Fumador moderado de riesgo	7	4,2
Fumador fuerte	37	22,4
Dependiente	1	0,6

Fuente: elaboración propia

Análisis correlacional

Con el propósito de analizar la distribución de la normalidad de las variables, se realizó el test de Kolmogorov – Smirnov, en todos los casos la prueba fue significativa ($p < .001$) llevando al rechazo de la H_0 , entendiendo que las variables no tienen una distribución normal. Lo anterior se verifica en la tabla 4. Finalmente, dadas las condiciones de normalidad, se realizó una correlación a través de la prueba de Spearman.

Tabla 4
Distribución de prueba de normalidad para las variables del estudio

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Consumo de alcohol	,108	165	,000
Consumo de tabaco	,375	165	,000
Personas a cargo	,194	165	,000
Edad	,105	165	,000
Nivel educativo	,254	165	,000
Estrato	,254	165	,000
Antigüedad en el cargo	,405	165	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Como primer hallazgo, se analizó la relación entre el consumo de alcohol y de tabaco, encontrando una asociación directa, débil y significativa, por lo que podría esperarse que,

un mayor consumo de alcohol, lleve a un mayor consumo de tabaco. ($r_s = .27, n = 165, p < .001$). Lo anterior se evidencia en la tabla 5.

Tabla 5
Análisis correlacional consumo de alcohol y tabaco

		Correlaciones		
			Consumo de alcohol	Consumo de tabaco
Rho de Spearman	Consumo de alcohol	Coefficiente de correlación	1,000	,273**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	165	165
	Consumo de tabaco	Coefficiente de correlación	,273**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	165	165

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Con respecto a la asociación entre el número de personas que dependen económicamente del conductor y nivel de consumo de alcohol, se encontró una asociación positiva y débil, aunque significativa ($r_s = .15, n = 165, p = .05$; Tabla 6), esto explica que, a mayor número de personas a cargo, mayor nivel de consumo de alcohol.

Tabla 6
Análisis correlacional consumo de alcohol y personas a cargo

		Correlaciones		
			Consumo de alcohol	Personas a cargo
Rho de Spearman	Consumo de alcohol	Coefficiente de correlación	1,000	,153*
		Sig. (bilateral)	.	,049
		N	165	165
	Personas a cargo	Coefficiente de correlación	,153*	1,000
		Sig. (bilateral)	,049	.
		N	165	165

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Respecto a la relación entre el consumo de alcohol y la edad, se encontró una asociación inversa y débil, pero no significativa ($r_s = -.14, n = 165, p = .08$), hallazgos que sugieren que, a menor edad, mayor nivel de consumo de alcohol. Con respecto al consumo

de tabaco, los resultados arrojaron una relación inversa, débil y significativa ($r_s = -.23$, $n = 165$, $p = .003$; Tabla 7), lo que refiere que, a menor edad, mayor consumo de tabaco.

Tabla 7
Análisis correlacional consumo de alcohol, tabaco y edad

			Correlaciones		
			Consumo de alcohol	Consumo de tabaco	Edad
Rho de Spearman	Consumo de alcohol	Coefficiente de correlación	1,000	,273**	-,137
		Sig. (bilateral)	.	,000	,080
		N	165	165	165
	Consumo de tabaco	Coefficiente de correlación	,273**	1,000	-,231**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,003
		N	165	165	165
	Edad	Coefficiente de correlación	-,137	-,231**	1,000
		Sig. (bilateral)	,080	,003	.
		N	165	165	165

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Por otro lado, el análisis realizado mostró una asociación nula y no significativa entre el nivel educativo y el consumo de alcohol ($r_s = .001$, $n = 165$, $p = .99$; Tabla 8).

Tabla 8
Análisis correlacional consumo de alcohol y nivel educativo

			Correlaciones	
			Consumo de alcohol	Nivel educativo
Rho de Spearman	Consumo de alcohol	Coefficiente de correlación	1,000	,001
		Sig. (bilateral)	.	,995
		N	165	165
	Nivel educativo	Coefficiente de correlación	,001	1,000
		Sig. (bilateral)	,995	.
		N	165	165

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En lo que tiene que ver con el consumo de alcohol y el estrato socioeconómico, el análisis realizado mostró una relación inversa, débil y significativa, aunque de modo marginal ($r_s = -.15$, $n = 165$, $p = .057$; Tabla 9), aspecto que sugiere que, a menor estrato socioeconómico, mayor nivel de consumo de alcohol.

Tabla 9

Análisis correlacional consumo de alcohol y estrato socioeconómico

		Correlaciones		
		Consumo de		
		alcohol	Estrato	
Rho de Spearman	Consumo de alcohol	Coefficiente de correlación	1,000	-,148
		Sig. (bilateral)	.	,057
		N	165	165
	Estrato	Coefficiente de correlación	-,148	1,000
		Sig. (bilateral)	,057	.
		N	165	165

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La relación del nivel de consumo de alcohol ($r_s = .07$, $n = 165$, $p = .36$) y tabaco ($r_s = .01$, $n = 165$, $p = .87$; Tabla 10) con la antigüedad en el cargo, evidenció que no hay correlación entre las variables y los datos no fueron significativos.

Tabla 10

Análisis correlacional consumo de alcohol, tabaco y tiempo de antigüedad en el cargo

		Correlaciones		
		Consumo de alcohol	Consumo de tabaco	Antigüedad en el cargo
Rho de Spearman	Consumo de alcohol	Coefficiente de correlación	1,000	,273**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	165	165
	Consumo de tabaco	Coefficiente de correlación	,273**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	165	165
	Antigüedad en el cargo	Coefficiente de correlación	,072	,013
		Sig. (bilateral)	,357	,872
		N	165	165

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Finalmente, entre el nivel de consumo de alcohol y el número de horas diarias de trabajo, no se evidenció relación ni significancia ($r_s = .06$, $n = 165$, $p = .45$). En lo concerniente al nivel de consumo de tabaco, hubo una asociación directa débil y significativa ($r_s = .22$, $n = 165$, $p < .01$). Lo descrito, se muestra en la tabla 11.

Tabla 11

Análisis correlacional consumo de alcohol, tabaco y horas diarias de trabajo

		Correlaciones			
		Horas diarias de trabajo	Total consumo C4	Nivel de consumo AUDIT	
Rho de Spearman	Horas diarias de trabajo	Coefficiente de correlación	1,000	,224**	,059
		Sig. (bilateral)	.	,004	,451
		N	165	165	165
Total consumo C4	Total consumo C4	Coefficiente de correlación	,224**	1,000	,273**
		Sig. (bilateral)	,004	.	,000
		N	165	165	165
Nivel de consumo AUDIT	Nivel de consumo AUDIT	Coefficiente de correlación	,059	,273**	1,000
		Sig. (bilateral)	,451	,000	.
		N	165	165	165

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Prueba de hipótesis

Tomando como referente investigaciones que relacionan el nivel de consumo de alcohol y tabaco con la edad (Gavioli, Freitas, Rossi & Félix, 2014; Giroto et al., 2014), el estrato (Calderón y Castaño, 2013), las personas a cargo Cunha et al., 2016), el tiempo de antigüedad en el cargo (Cunha et al., 2016; Giroto et al., 2014) y las horas diarias de trabajo (Poó, Ledesma & López, 2017), en este estudio se formularon 6 hipótesis de trabajo, que fueron evaluadas por medio del coeficiente de Spearman y se relacionan a continuación:

La hipótesis 1 fue significativa, pero con una asociación positiva y débil ($r_s = .15$, $n = 165$, $p = .05$), hallazgos que no son contundentes para aceptar o rechazar la hipótesis formulada.

La hipótesis 2 no fue significativa, mostrando una relación inversa y débil entre el nivel de consumo de alcohol y la edad ($r_s = -.14$, $n = 165$, $p = .08$). Por su parte, el nivel de consumo de tabaco fue significativo, aunque con una asociación inversa y débil ($r_s = -.23$, $n = 165$, $p = .003$). Las dos relaciones establecidas, coinciden en la orientación de la H_2 formulada, sin embargo, la hipótesis no se puede aceptar en su totalidad, dado que el comportamiento del consumo de alcohol frente a la edad se limita a la muestra analizada.

La hipótesis 3, no fue significativa y presentó una asociación nula entre las variables ($r_s = .001, n = 165, p = .99$). Estos resultados llevan al rechazo de la H_3 .

La hipótesis 4, fue significativa, pero, se evidenció una relación inversa y débil ($r_s = -.15, n = 165, p = .057$; Tabla 9), aspecto que no permite aceptar ni rechazar la H_4 planteada.

La hipótesis 5, la relación del nivel de consumo de alcohol ($r_s = .07, n = 165, p = .36$) y tabaco ($r_s = .01, n = 165, p = .87$) con la antigüedad en el cargo, no fue significativa y no hubo asociación entre las variables, lo que lleva a rechazar la H_5 .

Por último, en la hipótesis 6 no se encontró en forma significativa relación entre el nivel de consumo de alcohol y el número de horas diarias de trabajo ($r_s = .06, n = 165, p = .45$). Respecto al nivel de consumo de tabaco, la hipótesis fue significativa, aunque con una asociación directa y débil ($r_s = .22, n = 165, p < .01$). Lo anterior no permite aceptar o rechazar la H_6 .

Capítulo quinto

Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue analizar la relación entre el consumo de alcohol y tabaco con las variables sociodemográficas – ocupacionales en conductores de transporte público urbano de una empresa en la ciudad de Tunja. A nivel ocupacional, en este sector, existe asociación entre el consumo de alcohol y tabaco con la accidentalidad laboral, al igual que problemas de ausentismo y relaciones laborales (Córdoba y Moreno, 2012; Minprotección, 2007b; Oviedo-Oviedo et al., 2016), sin embargo, es importante aclarar que hay pocos estudios alusivos a esta temática y los que están disponibles, son en su mayoría de carácter descriptivo y transversal (Cunha et al., 2016; Girotto et al., 2014; Molina et al., 2011; Poó et al., 2017). Por lo anterior, la discusión de los hallazgos se realiza teniendo en cuenta trabajos en población laboral, con características similares a la muestra utilizada, aunque no específicamente pertenecientes al sector del transporte.

Sin embargo, el Gobierno ha formulado un marco político y operativo, del cual son significativos para la esfera laboral: la Circular 0038 de 2010, que determina los espacios libres de humo (Ministerio de la Protección Social, 2010); la Ley 1566 de 2012, según la cual se reconoce el consumo de SPA como asunto de salud pública (Congreso de la República de Colombia, 2012) y la Ley 1616 de 2013, aquella que señala la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental a nivel laboral. (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Las medidas descritas obedecen al carácter multifactorial del consumo de alcohol y tabaco, que reviste de complejidad su intervención. Además, según la OIT (1996), las políticas en el lugar de trabajo han demostrado notoria efectividad y deben orientarse a

la prevención, reducción y tratamiento de las problemáticas derivadas del fenómeno. De este modo, la política de alcohol y drogas es responsabilidad de los empleadores, quienes deben garantizar óptimas condiciones en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), adoptar medidas para prevenir accidentes y favorecer la salud laboral de sus colaboradores (Minprotección, 2007a, 2010; OIT, 1996).

En general, las iniciativas políticas y normativas del Gobierno dan muestra de su compromiso con la salud laboral de los colombianos, al facilitar claros lineamientos para el fortalecimiento de su abordaje, según el modelo de promoción y prevención de la salud en el entorno organizacional. De igual forma, señalan la trascendencia de la salud laboral para la calidad de vida de las personas y sociedad, así como para el desarrollo y crecimiento del país, en la medida que articulan pautas de orden biopsicosocial y reconocen a los trabajadores como la ventaja competitiva de las empresas, las cuales son consideradas centros de la dinámica productiva y, por tanto, generadoras de riqueza, fuentes de bienestar y salud colectiva (Minprotección, 2007a).

De esta manera, las principales características de la muestra a nivel sociodemográfico y ocupacional mostraron una población joven (22 a 45 años), con un nivel de escolaridad de secundaria, responsables por dos o tres personas, en un estrato 2 y 3, con una experiencia laboral como conductores, superior a un año y jornadas laborales de 14 a 16 horas diarias. La información anteriormente descrita, coincide con la encuesta realizada en España en población laboral (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015), según la cual los consumidores de SPA legales en el ámbito laboral tienden a ser de sexo masculino, en edades más jóvenes y con menor nivel educativo. De igual forma, Molina et al. (2011), en su trabajo realizado con conductores de transporte público, señala una edad promedio de 39 años, con una formación máxima de bachillerato incompleto y una experiencia laboral media de 16,7 años.

Aunado a lo descrito, en la muestra analizada se evidencia bajo riesgo o abstinencia en el consumo de alcohol, al igual que consumo ocasional de cigarrillo o ausencia actual de este hábito. Lo anterior, es contrario a lo planteado por el Ministerio de la Protección

Social (2007a, 2007b), Molina et al. (2011) y Ramírez et al. (2011), quienes sostienen que la problemática de consumo de alcohol y tabaco tiene mayor representación en los sectores: transporte, construcción, eléctrico, salud y financiero. Por otra parte, Arias (2012), Lima y Juárez (2008), Silva et al. (2014), Tse et al. (2006), Salazar y Pereda (2010), afirman que el consumo de alcohol y tabaco en el sector transporte es también una estrategia de afrontamiento, dado que en este ámbito los índices de estrés laboral son altos (Boada-Grau et al., 2013; European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities [EUROSTAT], 2010; European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], 2011; Oviedo-Oviedo, Sacanambuy, Matabanchoy y Zambrano, 2016; Salazar y Pereda, 2010)

En un primer hallazgo, los resultados reflejaron que, a mayor consumo de alcohol, es probable encontrar mayor consumo de tabaco, lo cual es coherente con los resultados del metaanálisis llevado a cabo por Giroto et al. (2014), respecto al consumo de SPA en conductores de camiones. En este trabajo, se revisaron doce estudios, los cuales en su mayoría fueron desarrollados en países de amplia extensión geográfica como Brasil, Estados Unidos y Australia. Los resultados encontrados, evidenciaron asociación entre el consumo de alcohol y el consumo de tabaco; sin embargo, el nivel de consumo fluctuó ampliamente por una probable influencia de la discrepancia metodológica para la recolección de datos y las diferencias en las características poblaciones estudiadas.

Así mismo, el trabajo realizado por Pino et al. (2013) en Cuba, país productor de tabaco, arrojó mayor fuerza de asociación entre el alcoholismo y el tabaquismo; como hallazgo relevante, los fumadores presentaron casi 10 veces la probabilidad de consumir alcohol, frente a los no fumadores. Además, señala que el consumo de tabaco y alcohol constituye la puerta de entrada al consumo de otras SPA como la marihuana, inhalables, basuco, cocaína, heroína y éxtasis, dado que son de fácil acceso, tienen aceptación social y arraigo cultural (Arias, 2012; Ministerio de la Protección Social, 2007b; Pino et al., 2013; Ramírez, 2010; Ramírez et al., 2011).

Sobre las hipótesis de investigación, los resultados no fueron concluyentes en cuanto a la relación entre las personas a cargo y consumo de alcohol, aspecto que contradice lo encontrado en el trabajo de Cunha et al. (2016). En éste, la asociación entre la prevalencia del abuso y dependencia al alcohol fue mayor entre los conductores que informaron tener

hijos. Sin embargo, esta relación debe analizarse con cautela, teniendo en cuenta que el tener hijos, puede actuar como un factor que estimule la adquisición de estrategias de afrontamiento adaptativas o favorables para los conductores o, por el contrario, las demandas de la crianza pueden obstaculizar el llevar a cabo actividades de autocuidado, relacionadas con el sano uso del tiempo libre y la interacción con otros grupos. (Fernandes et al., 2013; Krantz et al., 2005; Ki et al., 2013 como se citó en Cunha et al., 2016).

Frente a la edad y al consumo de alcohol, existe una tendencia a un mayor consumo de la sustancia en la medida que disminuye la edad; este hallazgo debe someterse a nuevos estudios, dado que se restringe a la muestra analizada. No obstante, es coherente con lo planteado en trabajos con personal de construcción y conductores de camiones (Gavioli, et al. 2014; Giroto et al., 2014), según los cuales hay mayor presencia del fenómeno entre la población masculina menor de 35 años. Por su parte, el consumo de tabaco mostró un comportamiento semejante al del alcohol, con la salvedad que este resultado es susceptible de hallarse en poblaciones con rasgos similares, ajustándose así a lo señalado en la encuesta del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, et al. (2015), donde el mayor porcentaje de fumadores se concentra en los hombres y en las personas más jóvenes.

Por otro lado, los hallazgos alusivos al nivel educativo y el consumo de alcohol no mostraron asociación entre las variables y aunque no son extensibles a otras muestras parecidas, contradicen los trabajos de Arias (2012), Cunha, et al. (2016), Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, et al. (2015) y Poó et al. (2017), quienes relacionaron un mayor nivel de formación con un menor consumo y dependencia al alcohol. Bajo este entendido, Arias (2012), refiere que el ser mayor de 40 años y tener mayor nivel educativo se asocia con un bajo riesgo de consumo de alcohol, dato que corrobora Cunha et al. (2016) en su trabajo realizado con conductores de transporte de servicio público.

En lo que tiene que ver con el consumo de alcohol y el estrato socioeconómico, el análisis no fue contundente respecto a la probabilidad de encontrar mayor consumo en niveles socioeconómicos menores, circunstancia que no es congruente con los estudios realizados por Calderón y Abello (2013) y Calderón y Castaño (2013), en los cuales los

estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, mostraron mayor porcentaje de consumo de alcohol, considerándolos como un factor de riesgo, dadas las escasas oportunidades que el medio laboral ofrece, así como por la insatisfacción ante la imposibilidad de suplir necesidades básicas.

Aunque el consumo de alcohol y tabaco frente a la antigüedad en el cargo carecen de asociación en la muestra analizada, este comportamiento puede variar en poblaciones similares; lo descrito anteriormente, se ratifica con lo expuesto por Cunha et al. (2016) y Gavioli, et al. (2014). En lo concerniente al alcohol, Cunha et al. (2016) con su trabajo en conductores de transporte público urbano, evidenció que, a mayor prevalencia y dependencia a la sustancia, mayor tiempo desempeñando la labor. Por otra parte, el consumo de tabaco explorado por Gavioli, et al. (2014), en trabajadores de la construcción, señaló que tener menos de 10 años de experiencia en el área, fungía como factor protector frente al riesgo de consumir tabaco en niveles moderado y alto.

En lo concerniente a la relación entre el número de horas diarias de trabajo y los niveles de consumo de alcohol y tabaco, los datos no fueron concluyentes. No obstante, en el metaanálisis de Girotto et al. (2014) se retoma un estudio japonés, según el cual la ingesta de alcohol está asociada a menores tiempos de descanso, así mismo, Calderón (2013), señala que las largas jornadas de trabajo y las pocas horas de sueño, aumentan la probabilidad en los conductores de consumir alcohol en forma excesiva, exponiéndolos a la ocurrencia de accidentes de tránsito. Con relación al tabaco, Poó, et al. (2017) indica que los conductores de taxi llevan a cabo comportamientos negativos como el consumo de cigarrillo, como estrategia para reducir el impacto de sus condiciones laborales entre las cuales se encuentra jornadas de trabajo que oscilan entre 10 y más de 16 horas.

En el marco de las observaciones previas, es claro que los resultados obtenidos mediante los análisis realizados en general no fueron concluyentes, circunstancia que puede tener relación con el tamaño muestral. Por tales motivos, se sugiere dar continuidad a estudios similares en el tema, con una estructura metodológica análoga, en pro de la comparación de resultados, por medio de réplicas o nuevas formulaciones, con muestras similares o más extensas, con el propósito de generar sólidas bases a nivel teórico y empírico, que favorezcan el diseño e implementación de planes de intervención de

carácter preventivo, que además de disminuir la presencia del fenómeno, desestimulen su aparición.

Por otro lado, el desarrollo de este estudio permitió evidenciar la importancia de contar con el compromiso gerencial, tanto para la fase de reconocimiento de necesidades como para el futuro diseño de estrategias de intervención ajustados a los hallazgos. Es importante dar continuidad al trabajo realizado, pues de no llevar a cabo acciones de intervención frente a esta problemática, cuyo impacto a nivel ocupacional es indiscutible, los trabajadores podrían ver expuesta su salud y bienestar laboral, presentar alteraciones del estado de ánimo, reducción del compromiso con la organización y deterioro de las relaciones interpersonales; al tiempo que la organización puede ser vulnerable a una disminución de la productividad, al incremento del número de accidentes y ausentismo. (Minprotección, 2007a; Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías [OEDT], Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015; Ochoa y Madoz, 2008; Organización Internacional del Trabajo, 1996; Ramírez, 2010; Ramírez et al. 2011). Además, el desarrollo de estas acciones es una forma de cumplir con las obligaciones en materia de SST que tiene la organización en su calidad de empleador.

Como parte de las limitaciones, se encontró que los pocos estudios desarrollados en conductores de transporte público urbano frente al tema (Cunha et al., 2016; Giroto, et al. 2014; Molina et al., 2011; Poó et al., 2017), reducen la posibilidad de tener un referente para la formulación y ejecución de proyectos que trasciendan el nivel descriptivo y que, a su vez, tengan características metodológicas que permitan su comparación (Giroto, et al. 2014).

Otra limitación identificada, que pudo generar sesgos en el tamizaje, teniendo en cuenta la deseabilidad social, así como las implicaciones que pueden representar a nivel contractual, obedece al desarrollo de la fase de sensibilización, durante la cual se brindó información relacionada con el consumo de alcohol y tabaco. La situación descrita pudo suscitarse, a pesar del anonimato para la aplicación de los instrumentos y que fue claramente descrito y socializado en el consentimiento informado.

Por otra parte, a pesar de contar con la colaboración gerencial, el tiempo de acceso a la población fue restringido y tuvo lugar durante jornadas sabatinas, hecho que pudo afectar la disposición de los participantes durante la aplicación de las pruebas.

Cabe mencionar, que el desarrollo de este proyecto coincidió con la evaluación de FRP realizada por la empresa, en esta medida se sugiere contrastar los resultados de las dos evaluaciones, además de correlacionar los hallazgos con los niveles de accidentalidad y ausentismo, buscando el aprovechamiento de los trabajos, como también el diseño e implementación de estrategias de intervención que impacten de manera integral.

Finalmente, es importante articular las necesidades reales de las organizaciones con los trabajos adelantados desde la academia, para posibilitar la pertinencia de los hallazgos, lo que lleve a las organizaciones a apoyar este tipo de iniciativas y a hacer uso de los resultados, permitiendo así trascender el plano teórico.

Referencias

- Accinelli R., López, L., Salinas, V. y Bravo, Y. (2012). Necesidad de la prohibición del consumo de tabaco en ambientes públicos para la protección de la salud de los no fumadores. *Acta Médica Peruana*, 29(2), 113-120. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000200012&lng=en&tlng=es
- Acosta, H., Cruz-Ortiz, V., Salanova, M. y Llorens, S. (2015). Organizaciones saludables: Analizando su significado desde el Modelo HERO. *Revista de Psicología Social*, 30 (2), 323-325. doi:10.1080/21711976.2015.1016751
- Arias, W. (2012). Estrés laboral y consumo de sustancias psicoactivas (SPA) desde un enfoque de la salud ocupacional. *Revista peruana de psicología y trabajo social*, 1(1), 107-118.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - Cuarta edición texto revisado*. Recuperado de https://psicocode.com/resumenes/DSMIV_2018.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - Quinta edición*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Bastida, N. (2002). Problemas laborales asociados al consumo de alcohol. *Adicciones*, 14, 239-249. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/526/520>
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37 (2), 118-125. Recuperado de <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/2696.pdf>
- Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction. Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema*, 30 (3), 270-275. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/4481.pdf>

- Benavides, F. G., Ruiz-Forès, N., Delclós, J. y Domingo-Salvany, A. (2013). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. *Gaceta Sanitaria*, 27 (3), 248–253. doi:10.1016/j.gaceta.2012.06.006
- Blasco, C. y Alcázar, A. (2013). *El estrés en los conductores profesionales, detección y prevención*. Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/12648/files/TAZ-TFG-2013-946.pdf>
- Blows, S., Ivers, RQ., Connor, J., Ameratunga S., Woodward, M. & Norton, R. (2005). Marijuana use and car crash injury. *Addiction*, 100 (5), 605-61. Doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01100.x
- Boada-Grau, J., Prizmic-Kuzmica, A. -J., González-Recio, S. y Vigil-Colet, A. (2013). Estresores laborales en conductores de autobuses (ELBus-21): estructura factorial, fiabilidad y validez. *Universitas Psychologica*, 12 (1), 249-259. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/download/1825/3978>
- Bonilla, E., Hurtado, J. y Jaramillo, C. (2009). *La investigación. Aproximaciones a la construcción del conocimiento científico*. Colombia: Alfaomega.
- Calderón, G. (2013). Consumo de sustancias psicoactivas y condiciones de riesgo para conductores de Medellín. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 39, 182 – 194. Recuperado de <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/download/435/890>
- Calderón, G. y Abello, M. (2013). Condiciones personales y ambientales de los conductores de buses de Medellín, relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Social*, 25, 1 – 13. Recuperado de <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/642>
- Calderón, G. y Castaño, G. (2013). Factores de riesgo para el consumo de psicoactivos en conductores de buses en Medellín. *Katharsis: Revista de ciencias sociales*, 15 (15), 153-172. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5527436.pdf>
- Chaparro, P. y Guerrero, J. (2001). Condiciones de Trabajo y Salud en Conductores de una Empresa de Transporte Público Urbano en Bogotá D.C. *Revista de Salud Pública*, 3 (2), 171 – 187. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18674/19570>
- Ch'ng, C., Fitzgerald, M., Gerostamoulos, J., Cameron, P., Bui, D., McCaffrey, P., Drummer, O., Potter, J. & Odell, M. (2007). Drug Use in Motor Vehicle Drivers Presenting to an Australian, Adult Major Trauma Centre. *Emergency Medicine Australasia*, 19 (4), 359-365. doi.org/10.1111/j.1742-6723.2007.00958.x

- Colegio Colombiano de Psicólogos (2009). *Deontología y Bioética del Ejercicio de la Psicología en Colombia*. Bogotá: Colegio Colombiano de Psicólogos. Recuperado de http://www.infopsicologica.com/documentos/2009/Deontologia_libro.pdf
- Comisión Ejecutiva Confederal de la Unión General de Trabajadores y la Secretaría de Salud Laboral (2011). *Prevención del Consumo de Alcohol en el Lugar de Trabajo*. Madrid: Comisión Ejecutiva Confederal de la Unión General de Trabajadores. Recuperado de http://portal.ugt.org/saludlaboral/campas/2012-0001/folleto_alcoholismo_UGT.pdf
- Congreso de Colombia. (2006). *Ley 1090*. Bogotá: Congreso de Colombia. Recuperado de <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>
- Congreso de Colombia. (2012). *Ley 1566*. Bogotá: Congreso de Colombia. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley_1566.pdf
- Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1616*. Bogotá: Congreso de Colombia. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Córdoba, C. y Moreno, M. (2013). Instrumento para evaluar variables psicológicas y laborales en conductores de autobuses. *Reflexiones*, 92 (2), 109-122. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/729/72927462008.pdf>
- Cruz, R. M. D. L. (2011). *Manual de riesgos psicosociales: el estrés y el síndrome de burnout*. Tomado el 17 de octubre de 2018 de la base de datos ProQuest Ebook Central
- Cunha, N. O., Giatti, L. & Assunção, A. Á. (2016). Factors associated with alcohol abuse and dependence among public transport workers in the metropolitan region of Belo Horizonte. *International archives of occupational and environmental health*, 89 (6), 881–890. doi:10.1007/s00420-016-1124-8
- Cunradi C, Greiner B, Ragland D, Fisher J. (2005). Alcohol, Stress-Related Factors, and Short-Term Absenteeism Among Urban Transit Operators. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(1), 43-57. Recuperado de <http://cmbi.bjmu.edu.cn/news/report/2004/Urban/view/4.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2017). *Cartilla de Conceptos Básicos e Indicadores Demográficos*. Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/eticos/cartilla_quibdo.doc
- Departamento Nacional de Planeación (DPN) (2014). *Guía metodológica para la caracterización de ciudadanos, usuarios y grupos de interés*. Colombia: Departamento Nacional de Planeación. Recuperado de

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa%20Nacional%20del%20Servicio%20al%20Ciudadano/Guia%20de%20Caracterizaci%C3%B3n%20de%20Ciudadanos.pdf>

Díaz, F., Rodríguez, A., Castón, P. y Jáimez, M. (2012). *Organizaciones Saludables: El papel del empoderamiento organizacional* [Trabajo de grado]. Granada: Universidad de Granada. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/23761/21224079.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

European Agency for Safety and Health at Work. (2011). *Occupational safety and health in figures: Occupational safety and health in the transport sector. An overview*. Recuperado de https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/transport-sector_TERO10001ENC

European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities European Commission. (2010). *Health and Safety at Work in Europe (1999–2007). A statistical portrait*. Recuperado de <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5718905/KS-31-09-290-EN.PDF/88eef9f7-c229-40de-b1cd-43126bc4a946>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012). *Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe - findings from the DRUID Project*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Publications Office of the European Union. Recuperado de http://orbit.dtu.dk/fedora/objects/orbit:118038/datastreams/file_e0677611-308e-477b-9569-504ddc2d6f3e/content

Gavioli, A., Freitas, T., Rossi, R. & Félix, M. (2014). Risks related to drug use among male construction workers/Risco relacionado ao consumo de drogas em homens trabalhadores da construção civil. *Acta Paulista De Enfermagem*, 27(5), 471-478. Recuperado de <http://ezproxy.unbosque.edu.co:2048/login?url=https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1619869216?accountid=41311>

Gil-Monte, P. (2012). Riesgos Psicosociales en el Trabajo y la Salud Ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 237-41. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2012.v29n2/237-241/es>

Giroto, E., Mesas, A. E., De Andrade, S. M., & Birolim, M. M. (2014). Psychoactive substance use by truck drivers: A systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 71 (1), 71–76. doi:10.1136/oemed-2013-101452

Gómez, I. (2009). *Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo*. Tomado el 22 de noviembre de 2018 de la base de datos ProQuest Ebook Central

- Hernández, R., Fernández, C, y Batista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*, sexta edición. México D.F, México: Mc Graw Hill
- Junta de Andalucía. (s.f). *Manual para la Prevención de Drogodependencias y Adicciones en el Ámbito Laboral*. España: Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Recuperado de http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2016/MANUAL_PREVENCION_LABORAL.pdf
- Laparra, J. (2010). El tabaquismo en el ámbito de la salud pública. *Eguzkilore: cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, (24), 61-69. Recuperado de <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/24379/06-LAPARRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lima, C. y Juárez, A. (2008). Estresores laborales en conductores de transporte público colectivo en el estado de Morelos en México. *Ciencia y trabajo*, 10 (30), 126-131.
- Londoño, C., Velasco, M. y Pardo, C. (2018). Validación del Cuestionario de Clasificación de Fumadores C4 en América Latina. *Health and addictions: salud y drogas*, 18(2), 59-68. doi:10.21134/haaj.v18i2.365.
- Maldonado, Zavaleta y Salas (2006). Consumo de drogas ilegales y alcohol en conductores de servicio de transporte público del cono norte de Lima metropolitana-Perú. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 4(1), 9-36. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Viviana_Maldonado/publication/276917577_CONSUMO_DE_DROGAS_ILEGALES_Y_ALCOHOL_EN_CONDUCTORES_DE_SERVICIO_DE_TRANSPORTE_PUBLICO_DEL_CONO_NORTE_DE_LIMA_METROPOLITANA-PERU/links/555b508c08ae91e75e764797/CONSUMO-DE-DROGAS-ILEGALES-Y-ALCOHOL-EN-CONDUCTORES-DE-SERVICIO-DE-TRANSPORTE-PUBLICO-DEL-CONO-NORTE-DE-LIMA-METROPOLITANA-PERU.pdf
- Medina-Mora, M.E, Real, M., Villatoro, J. y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Revista Salud Pública de México*, 55 (1), 67-73. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100010
- Ministerio de Educación de la Nación (2009). *Prevención del consumo problemático de drogas: desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*. Argentina: Ministerio De Educación de la Nación. Recuperado de <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001387.pdf>
- Ministerio de Interior y Dirección General de Tráfico (2016). *Las principales cifras de la Siniestralidad Vial España 2016*. España: Ministerio de Interior y Dirección General de Tráfico. Recuperado de <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e>

indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/Las-principales-cifras-2016.pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, ODC. (2016). *Reporte de drogas de Colombia 2016*. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, ODC. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/ODC0100322016_reporte_drogas_colombia_2016.pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, ODC. (2017). *Reporte de drogas de Colombia 2017*. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, ODC. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013 Informe final*. Bogotá: ALVI Impresores S.A.S. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UN_ODC.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2007 a). *Prevención del consumo de sustancias psicoactivas desde el ámbito laboral, Lineamientos para el empleador*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de http://199.89.55.129/scorecolombia/documents_co/herramientas/M5/Material_tecnico_apoyo/SGSST_2015/5.%20Aplicaci%C3%B3n/Alcoholismo_%20Tabaquismo/Cartillas/Cartilla_empleador_Prevencion_Sustancias_MT.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2007 b). *Diagnóstico situacional sustancias psicoactivas en la población trabajadora*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/C003132007-diagnostico-situacional-sustancias-psicoactivas-poblacion-trabajadora.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2008). Resolución 2646 de 2008 de 17 de julio de 2008. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de http://www.fasecolda.com/files/4513/8670/5271/27-resolucion_2646_2008.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2010). Bateria de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial. Ministerio de la Protección Social. Recuperado de <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Estudios/Bateria-riesgo-psicosocial-1.pdf>

- Ministerio de la Protección Social. (2010). *Circular 0038*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de https://www.arlsura.com/files/circular0038_2010.pdf
- Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes. (2009). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008 Informe final*. Bogotá: Editora Guadalupe S.A. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Nacional_Consumo_2008.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social y Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación Colciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo I*. Javegraf. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/C0031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (2011). *Guía para la caracterización de usuarios de las entidades públicas. Colombia: Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones*. Recuperado de http://programa.gobiernoenlinea.gov.co/apc-aa-files/95b812a35a0c0464a79ffcca30f15508/guia_de_caracterizacion3.pdf
- Ministerio del Trabajo. (2014). *Decreto 1443*. Bogotá: Ministerio del Trabajo. Recuperado de http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/36482/decreto_1443_sgsss.pdf/ac41ab70-e369-9990-c6f4-1774e8d9a5fa
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social., Ministerio de Educación., Instituto Nacional de Educación Tecnológica. y Organización Internacional del Trabajo. (2014). *Salud y seguridad en el trabajo (SST). Aportes para una cultura de la prevención*. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_248685.pdf
- Molina C, C., Suarez B, A. M. y Arango A, C. M. (2011). Nivel de riesgo de consumo de alcohol en trabajadores de una empresa de servicio de transporte público urbano de la ciudad de Medellín. *Revista Nacional de Salud Pública*, 29 (4), 411–418. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5079527.pdf>
- National Highway Traffic Safety Administration (2015). *Traffic Safety Facts 2015: a Compilation of Motor Vehicle Crash Data from the Fatality Analysis Reporting System and the General Estimates System*. Estados Unidos: National Highway Traffic Safety Administration. Recuperado de <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/Publication/812384>

- Noé-Díaz, V., García-Gómez, L., Sansores, R y Ramírez-Venegas, A. (2014). Impacto del tabaquismo y la EPOC sobre el funcionamiento cerebral. *Neumología y cirugía de tórax*, 73(3), 196-204. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2014/nt143h.pdf>
- Observatorio Español sobre Drogas Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*. Recuperado de http://www.msbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/encuesta07_08AmbitoLaboral.pdf
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*. Recuperado de <http://www.ccoo.es/e77d2728a7f3768912fbc109f533cade000001.pdf>
- Ochoa, E. y Madoz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y seguridad del trabajo*, 54 (213), 25–32. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n213/original1.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Informe Mundial sobre las Drogas 2018*. Recuperado de https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
- Organización de Estados Americanos (2012). *Consideraciones para una política de conducción bajo los efectos de las drogas*. Costa Rica: Organización de Estados Americanos. Recuperado de <http://www.oas.org/cicaddocs/Document.aspx?Id=1750>
- Organización Internacional del Trabajo. (1996). *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112634.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Tabaco*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

- Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias (2001). *Audit, Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.* Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2004). *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito.* Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial. Recuperado de https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.un.org/en/roadsafety/pdf/roadsafety2013_eng.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Decima revisión, Volumen 1: Manual de instrucciones.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- Otero, C. (2011). Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 146-172. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion8.pdf>
- Oviedo-Oviedo, N., Sacanambuy-Cabrera, J., Matabanchoy-Tulcan, S. y Zambrano-Guerrero, C. (2016). Percepción de conductores de transporte urbano, sobre calidad de vida laboral. *Universidad y salud*, 18 (3), 432-446. doi:10.22267/rus.161803.49
- Pantaron Sánchez, K (2018). *Síndrome de Burnout y Funcionamiento Familiar* [Trabajo de Postgrado]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/27292>
- Peiró, J. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 68-82. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1540.pdf>
- Pino, M., Morales, J., Alfonso, J., Achiong, F. y Díaz, O. (2013). Prevalencia del hábito de fumar y factores asociados. Municipio Matanzas 2009-2010. *Revista Médica Electrónica*, 35(6), 586-595. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2013/me136c.pdf>
- Poó, F.M., Ledesma, R.D. & López, S. (2017). The taxi industry: working conditions and health of drivers, a literature review. *Transport Reviews*, 38 (3), 394-411. doi:10.1080/01441647.2017.1370035

- Puente Rodríguez, E. y Pillon, S. (2011). Estrategias de prevención y vigilancia sobre el uso de sustancias ilícitas y su impacto en los costos de accidentes en conductores de carga pesada en México. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19 (Spe), 831-838. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700022
- Ragland, D., Greiner, B., Yen, I. & Fisher, J. (2000). Occupational stress factors and alcohol-related behavior in urban-transit operators. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(7), 1011-1019. doi.org/10.1111/j.1530-0277.2000.tb04644.x
- Ramírez, A. (2010). Identificación precoz de bebedores de riesgo en empleados públicos de la provincia de Cádiz. *Medicina y seguridad del trabajo*, 56 (219), 132-146. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v56n219/original3.pdf>
- Ramírez Sánchez, Dan., Marínez Barroso, K. y Asúnsolo del Barco, A. (2011). Abuso de alcohol en el medio laboral, factores de riesgo para el consumo, e instrumentos de valoración aplicables en la vigilancia de la salud. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57 (224), 190-209. doi:10.4321/S0465-546X2011000300002
- Real academia de la Lengua Española (2018). Diccionario de La Lengua Española Edición del Tricentenario. Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
- Rodríguez, I., y Londoño, C. (2010). El proceso de adopción de precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana De Psicología*, 13(1), 79-90. Recuperado de https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/1719
- Royo, M. y Campos, J. (2015). *Implantación de un programa de deshabituación tabáquica del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, Murcia*. Recuperado de <https://docplayer.es/12034067-Implantacion-de-un-programa-de-deshabituacion-tabaquica-para-trabajadores-del-hospital-universitario-los-arcos-del-mar-menor-murcia.html>
- Salanova, M. (2009a). Organizaciones saludables: Una aproximación desde la Psicología Positiva. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds), *Psicología positiva aplicada*. (pp. 403-427). Tomado el 22 de noviembre de 2018 de la base de datos ProQuest Ebook Central
- Salanova, M. (2009b). Psicología de la salud ocupacional. Recuperado de http://www.want.uji.es/wp-content/uploads/2017/10/2010_Salanova-Intro-Psicolog%C3%ADa-de-la-Salud-Ocupacional.pdf

- Salanova, M., Llorens, S. y Martínez, I. (2016). Aportaciones desde la psicología organizacional positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. *Papeles del Psicólogo*, 37 (3), 177-184. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2773.pdf>
- Salazar, C. y Pereda, E. (2010). Síndrome de burnout y patrones de comportamiento ante tráfico en conductores. *Revista de Psicología*, 12, 141-169. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rev_psicologia_cv/v12_2010/pdf/a07.pdf
- Salvatti-García, A. (2018). Tipo de Conductor (Autobús y Carga) y Consumo de Anfetaminas, Alcohol y Tabaco. *Rev Red Inv en Salud en el Trabajo*, 1 (1), 17-18. Recuperado de <http://132.248.60.104:8888/rpst/index.php/rist/article/view/35>
- Sánchez, E. y Fernández, F. (2016). La pérdida de productividad laboral atribuible al tabaquismo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 17(2), 57-60. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol17_2_16/rst09216.pdf
- Secretaría de Transparencia (s.f). *Guía de caracterización de ciudadanos, usuarios e interesados*. Recuperado de http://www.secretariatransparencia.gov.co/prensa/2016/Documents/guia-de-caracterizacion-de-ciudadanos-usuarios-e-interesados_web.pdf
- Silva Bustos, H., Lefio Celedón, A., Marchetti Pareto, N. y Benoit Marchetti, P. (2014). Riesgos psicosociales en conductores de transporte de carga y pasajeros urbanos e interurbanos, y su asociación con la autopercepción de salud y siniestralidad laboral. *Ciencia & trabajo*, 16 (50), 67-74. doi:10.4067/S0718-24492014000200002
- Strauss A. & Corbin J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Recuperado de <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
- Tse, J., Flin, R. & Mearns, K. (2006). Bus driver well-being review: 50 years of research. *Transportation Research Part F. Elsevier*, 9 (2), 89-114. doi:10.1016/j.trf.2005.10.002
- Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias - Dirección General de Atención al Ciudadano - Drogodependencias y Consumo - Consejería de Sanidad y Consumo - Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2010). *Guía de Buenas Prácticas y Calidad en la Prevención de Drogodependencia en la Comunidad Autónoma de Murcia*. Murcia: Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias - Consejería de Sanidad y Consumo. Recuperado de http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG_Buenaspracticasprevencion_Murcia.pdf

Unión General de Trabajadores UGT. (2011). *Prevención de consumo de alcohol en el lugar de trabajo*. Recuperado de http://portal.ugt.org/saludlaboral/campas/2012-0001/folleto_alcoholismo_UGT.pdf

Unión General de Trabajadores UGT. (2012). *Anuario internacional sobre prevención de riesgos psicosociales y calidad de vida en el trabajo: Inspección de trabajo y evaluación de riesgos psicosociales, avances y resistencias desde una perspectiva europea*. Recuperado de <http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/anuarios/Anuario2012.pdf>

Velasco, M., Londoño, C., Forero, M., Páez, D., Romero, M. y Ruíz, C. (2017). Identidad de consumo, motivos y creencias en jóvenes fumadores y no fumadores colombianos. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2), 170-192. doi: 10.21501/24631779.2439