



Archivos de Medicina (Col)

ISSN: 1657-320X

medicina@umanizales.edu.co

Universidad de Manizales

Colombia

Rodríguez Amaya, Reynaldo Mauricio; Galeano Hernández, Marcela Janeth
Consumo de alcohol y cigarrillo en trabajadores de la construcción en Santander,
Colombia

Archivos de Medicina (Col), vol. 17, núm. 1, enero-junio, 2017, pp. 111-120
Universidad de Manizales
Caldas, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273851831012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO EN TRABAJADORES DE LA CONSTRUCCIÓN EN SANTANDER, COLOMBIA

REYNALDO MAURICIO RODRÍGUEZ AMAYA¹, MARCELA JANETH GALEANO HERNÁNDEZ²

Recibido para publicación: 13-02-2017 - Versión corregida: 03-05-2017 - Aprobado para publicación: 06-05-2017

Resumen

Objetivo: determinar el consumo y dependencia de licor y cigarrillo en trabajadores obreros del sector construcción. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal en 186 trabajadores de la construcción en Santander, Colombia. Los participantes contestaron el Alcohol Use Disorders Inventory Test (AUDIT) y el test Fagerstrom para consumo de cigarrillo. **Resultados:** el promedio de edad fue de 34,8 años. Entre los encuestados, 62% reportaron consumir licor y en cuanto al puntaje AUDIT, 71,5% se ubicaron en zona I, 26,8% en zona II y 1,6% en zona III. Por último, 23% de los trabajadores reportaron ser consumidores de cigarrillo y de ellos, 2,33% ($n=1$) tenía dependencia moderada en su consumo. **Conclusiones:** el consumo de licor (62%) y cigarrillo (23%) fue alto en este sector laboral. Si bien, no se detectaron cifras de dependencia elevadas, es importante desde la prevención primaria en salud generar conciencia sobre las repercusiones a nivel personal y laboral del abuso del alcohol y cigarrillo.

Palabras clave: alcoholismo, productos de tabaco, salud laboral, trabajadores, dependencia.

Rodríguez-Amaya RM, Galeano-Hernández MJ. Consumo de alcohol y cigarrillo en trabajadores de la construcción en Santander, Colombia. Arch Med (Manizales) 2017; 17(1):111-0

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 17 N° 1, Enero-Junio 2017, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Rodríguez Amaya R.M.; Galeano Hernández M.J.

- 1 Médico y Cirujano, Magister en Epidemiología, Docente e investigador Universidad Manuela Beltrán seccional Bucaramanga. Calle de los Estudiantes, N° 10 - 20 Ciudadela Real de Minas PBX: (0057) 6525202. Universidad Manuela Beltrán Seccional Bucaramanga, Colombia. Correo e.: reynaldomra@gmail.com
- 2 Psicóloga. Especialista en Salud Ocupacional Universidad. Docente e investigador Universidad Manuela Beltrán seccional Bucaramanga. Correo e.: majagaher@gmail.com

Consumption on alcohol and cigarette among construction workers in Santander, Colombia

Summary

Objective: to determine the consumption and dependence of liquor and cigarettes on workers in the construction sector. **Methodology:** a cross-sectional quantitative study was carried out on 186 construction workers in Santander, Colombia. Participants answered the Alcohol Use Disorders Inventory Test (AUDIT) and the Fagerstrom test for cigarette smoking. **Results:** the mean age was 34,8 years. Among the respondents, 62% reported consuming liquor and in the AUDIT score, 71,5% were in zone I, 26,8% in zone II and 1,6% in zone III. Finally, 23% of workers reported being cigarette users and of them, 2.33% ($n = 1$) had moderate dependence on their consumption. **Conclusions:** the consumption of liquor (62%) and cigarette (23%) was high in this sector. Although high levels of dependence were not detected, it is important from primary prevention in health to raise awareness about the personal and labor repercussions of alcohol and cigarette abuse.

Keywords: alcoholism, tobacco products, occupational health, workers, dependence.

Introducción

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha resaltado que con el correr de los años algunos riesgos han disminuido o se han podido eliminar de los ambientes laborales, aunque en otros casos han aparecido nuevos riesgos y en otras instancias se ha reportado un aumento de los ya existentes [1,2]. Entre los riesgos laborales emergentes más importantes, se encuentran los riesgos psicosociales, como por ejemplo: estrés laboral; desgaste laboral (burnout); abuso del alcohol y sustancias psicoactivas entre otros. Dichos riesgos han llegado a ser reconocidos como problemas que pueden afectar cualquier clase de trabajo y a cualquier país independiente de su desarrollo. A su vez, todas estas situaciones confieren un impacto importante en la salud, el desempeño y la productividad de los trabajadores [2]. Ante lo anterior, dentro del mundo laboral se ha determinado lo potencialmente perjudicial que han llegado a convertirse el alcoholismo y el consumo de cigarrillo, dado que se ha determinado que las cifras de consumo en el

ámbito laboral son mayores a las encontradas en la población general [3].

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha considerado que el consumo de alcohol y cigarrillo hacen parte de los principales factores de riesgo imputables a la carga mundial de enfermedades, y dichos factores deben ser considerados de naturaleza mental y conductual [4]. Por otra parte, no solo está implicado el factor enfermedad, sino también están involucradas algunas variables laborales. Por ejemplo, en el Reino Unido cerca de 17 millones de días laborales se pierden anualmente, ya sea por el estado post-ingesta o por las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol [5]. Así mismo, la OMS manifiesta su preocupación en cuanto al consumo de cigarrillo en los lugares de trabajo y la exposición del humo de cigarrillo principalmente en los fumadores pasivos. En este sentido, en América Latina se ha documentado que entre el 16 y 22% de los trabajadores no fumadores están expuestos a humo de cigarrillo y las cifras se elevan aún más (entre el 24% a 55%) en países asiáticos y en Europa del Este [4].

En cuanto al tema psicosocial, la OIT reconoce que más de 50 millones de personas en el mundo presentan dependencia a tabaco, alcohol y a otras sustancias psicoactivas, de igual manera se sabe que entre los trabajadores que consumen licor, su rendimiento laboral es 30% menor [1,6]. Además, en términos de dependencia, se ha dicho que 10% de los accidentes en el trabajo ocurren en trabajadores que presentan dependencia al tabaco y alcohol [6]. Igualmente, esta clase de adicción o dependencia afecta a las personas durante los años más productivos de sus vidas, ante esto, la OMS destaca que a nivel mundial la mayoría de muertes por trastornos relacionados con el alcohol suceden en buena parte en edades donde las personas poseen su mayor producción laboral [2].

En este orden de ideas, se ha reconocido que uno de los sectores laborales en donde existe un consumo elevado de alcohol es el sector de la construcción, con cifras que oscilan desde el 16% hasta el 37% [3, 7-9]. De igual manera el consumo de cigarrillo dentro de este sector también es elevado, encontrándose cifras entre el 14% y el 65% [8, 10-12]. Sin embargo, existen pocos estudios en este gremio laboral a nivel Nacional y de Latinoamérica, en donde se hayan empleado instrumentos validados para evaluar el consumo de estas sustancias y además son pocos los estudios en donde se trata de estimar la frecuencia de posible dependencia en este sector laboral. Ante lo anterior, la Universidad Manuela Beltrán Seccional Bucaramanga dentro del postgrado de salud ocupacional y riesgos laborales, identifica la necesidad de desarrollar investigaciones sobre estilos de vida saludable en los colectivos laborales centrados en conocer hábitos como el consumo de licor y cigarrillo [13-15]. Por lo tanto, se presenta la siguiente investigación en donde se estudió de manera exploratoria el consumo y dependencia de licor y cigarrillo en trabajadores obreros del sector construcción.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal, en donde se entrevistaron 186 trabajadores obreros de la construcción que cumplieran con los siguientes criterios: Tener más de 18 años de edad, tener 12 meses o más trabajando en dicho oficio y haber aceptado participar de manera voluntaria en el estudio, los trabajadores no deberían estar trabajando en cargos administrativos. El estudio fue realizado durante el año 2013 en tres obras constructoras ubicadas en el departamento de Santander y el tipo de muestreo fue no probabilístico. El departamento de Santander, se ubica al noreste de Colombia, alberga aproximadamente 2 100 000 habitantes [16], y posee uno de los mejores índices en cuanto a producto interno bruto del país [17]. De acuerdo a los cálculos que se extraen del DANE, de la población ocupada en el departamento de Santander cerca del 7% laboran en el sector de la construcción, lo cual representa cerca de 70 000 trabajadores. No se realizó un muestreo probabilístico, dada la dificultad logística para poder abordar a todas las empresas constructoras del área en mención.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Dentro del cuestionario que se implementó, se abordaron variables sociodemográficas como la edad, el nivel de escolaridad, el estado civil y la afiliación al sistema de salud. En cuanto a las variables laborales se determinó si el trabajador habría tenido accidente laboral, el número de horas laboradas y su experiencia laboral acumulada. De igual manera, se aplicó el instrumento Alcohol Use Disorders Inventory Test (AUDIT), el cual es el Test de Identificación de los trastornos debidos al Consumo de Alcohol y describe los patrones de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y

como un apoyo en una evaluación breve [18]. Para su interpretación el AUDIT tiene 4 Zonas, La Zona I se refiere al consumo de bajo riesgo, la Zona II, comprende el consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo (puntaje entre 8 y 15), la Zona III es el consumo perjudicial (puntaje entre 16 y 19) y la Zona IV se refiere a Dependencia como tal (puntaje superior a 20). Entre sus propiedades psicométricas posee una sensibilidad alrededor del 90%, una especificidad cercana al 80% y se ha reportado una fiabilidad importante ($r=0,86$) [18] en su mayoría estos valores se desprenden de poblaciones en general y pacientes en atención primaria.

Para establecer el consumo y dependencia a cigarrillo se aplicó a los trabajadores el Test de Fagerstrom, siendo este un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas para abordar el consumo y dependencia a esta sustancia, variando en general su consistencia interna con un alpha de Cronbach entre 0,55 a 0,86 [19-23]. Becoña lo hizo en personas en general mayores de 16 años de manera aleatoria en Galicia [20]. Particularmente en Colombia Campo Arias lo hizo en fumadores regulares y mostró un alfa de Cronbach de 0,72; sensibilidad de 0,69; especificidad en 0,71; valor predictivo positivo de 0,90; y valor predictivo negativo de 0,40 [24].

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo se presentan frecuencias absolutas y relativas para las variables medidas en escala nominal y para las variables medidas en escala numérica se muestran promedios y desviación estándar (DE) en aquellas medidas de tendencia central que mostraron un patrón paramétrico, de lo contrario se presentarán medianas y rango intercuartílico (RI) respectivo. El análisis bivariado se presentará mediante frecuencias y porcentajes para las variables medidas en escala nominal y para observar el comportamiento de las variables medidas en escala numérica en relación a variables medidas en escala nominal

se presentan diagramas de cajas y bigotes. El análisis de datos se realizó en el software Stata 12 (StataCorp). Para el control de sesgos, el estudio solo se desarrolló en personal operativo, la encuesta no fue auto-diligenciada sino dirigida, sumado a que cualquier duda generada por el participante se resolvía de inmediato por parte del encuestador.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Investigaciones del Posgrado en Salud Ocupacional y Riesgos laborales de la Universidad Manuela Beltrán seccional Bucaramanga. Se contempló llevar a cabo la investigación teniendo en cuenta las consideraciones éticas nacionales e internacionales, dejando en claro que no se pretendía realizar intervención alguna o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que fueran involucrados en el estudio. El desarrollo del estudio se guió por las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki y la Resolución 08430 del Ministerio de Salud de Colombia [25,26]. De acuerdo a lo anterior, se desarrolló el documento de consentimiento informado el cual fue diligenciado para cada trabajador. En dicho documento se planteó por escrito el cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia dentro del estudio.

Resultados

Población de estudio

La población de estudio la conformaron un total de 186 trabajadores, el promedio de edad fue de 34,8 años $DE=11$. La mediana de años de experiencia laboral fue de 10 años con $RI=4 - 15$ años y la mediana de horas laboradas fue de 200 horas mes $RI=90 - 240$. De acuerdo a la tabla 1, se puede apreciar la distribución de las variables sociodemográficas y laborales en diferentes categorías. En este orden de ideas, llama la atención que el grupo de edad más frecuente fue el conformado por trabaja-

dores entre 19 y 30 años y casi el total de la muestra fue de género masculino. Cerca de la mayoría de trabajadores habían completado el bachillerato y en cuanto a estado civil, las dos terceras partes de los encuestados tenían algún tipo de unión llámeselos estar casado o vivir en unión libre. Por otro lado, el 100% de los participantes tenían afiliación al sistema de salud y riesgos laborales.

Tabla 1. Variables sociodemográficas y laborales en trabajadores de la construcción

Variable	Categorías	Frecuencia	%
Edad	19 a 30 años	77	41,40
	31 a 40 años	51	27,42
	41 a 50 años	37	19,89
	51 a 63 años	21	11,29
Género	Femenino	6	3,23
	Masculino	180	96,77
Escolaridad	Bachillerato	87	47,03
	Primaria Completa	47	25,41
	Primaria Incompleta	14	7,57
	Sin escolaridad	1	0,54
	Estudios técnicos	31	16,76
	Universidad	5	2,70
Estado civil	Casado o Unión Libre	124	66,67
	Separado	7	3,76
	Soltero	55	29,57
Horas trabajadas por mes	Menor a 100 horas	49	27,53
	Entre 101 a 192 horas	20	11,24
	de 193 a 240 horas	73	41,01
	240 a 310 horas	36	20,22
Experiencia Laboral	Menor a 5 años	48	26,82
	6 a 10 años	49	27,37
	11 a 20 años	47	26,26
	21 a 45 años	35	19,55
Accidente de Trabajo	Si	17	9%
	No	169	91%

Fuente: Los autores.

Consumo de Licor

Entre los encuestados, 62% reportaron ser consumidores de licor. En días en los cuales el trabajador suele consumir bebidas con alcohol, el 2,4% consume más de 10 bebidas. Así mismo, en el curso del último año, 32% han tenido remordimientos o sentimientos de culpa

en cuanto a su hábito. Además, en el 29,4% algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación y le ha sugerido disminuir la bebida al trabajador. En cuanto al puntaje AUDIT, 71,5% se ubicó en zona I (consumo de bajo riesgo), 26,8% en zona II (consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo) y 1,6% en zona III (consumo perjudicial). Por último la proporción de personas que eran al tiempo fumadores y consumidores de alcohol fue del 14,5%.

Consumo de Cigarrillo y Dependencia

El 23% de los trabajadores reportaron ser consumidores de cigarrillo. De los que reportaron ser fumadores 27,9% consideran que es difícil evitar fumar en sitios prohibidos, 28,4% fuman más de 10 cigarrillos al día, y 30% fuman más a menudo en las primeras horas del día. De igual forma, de aquellos que consumen cigarrillo, la edad promedio de inicio de fumar fue a los 17 años, y el promedio de tiempo en el cual llevan fumando fue de 16, $DE= 9,3$ años. A su vez, 90,7% de los fumadores alguna vez en su vida habían considerado dejar el hábito. De acuerdo al puntaje de Fagerstrom, el 97,67% ($n=42$) tiene baja dependencia a la nicotina y 2,33% ($n=1$) tiene dependencia moderada al consumo del mismo.

Análisis Bivariado

De acuerdo al análisis bivariado en los diagramas de cajas y bigotes (incluyendo prueba t para evaluar diferencias entre los grupos) se observa una tendencia a que la mediana de años de experiencia laboral fue mayor en zona 1 (consumo de bajo riesgo), en relación a los de zona 2 (consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo). Además, se observa un mayor puntaje de AUDIT en aquellos trabajadores que son fumadores y en aquellos trabajadores que sufrieron un accidente de trabajo, ver figura 1.

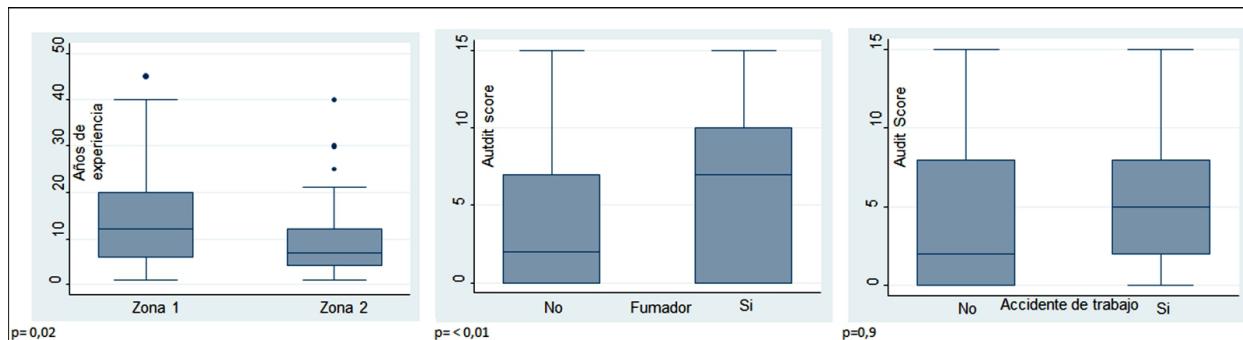


Figura 1. Diagramas de cajas y bigotes en relación al score AUDIT y variables laborales

Fuente: Los autores.

Según la tabla 2, se aprecian las frecuencias de las variables sociodemográficas y laborales más importantes, con relación al consumo de licor y cigarrillo desde el punto de vista descriptivo.

Discusión

Esta investigación en primer lugar ofrece una caracterización de los trabajadores que laboran como obreros en el sector de la construcción y en segunda instancia pretende dar a conocer

el comportamiento del consumo de licor y cigarrillo dentro este gremio laboral. El perfil de la población estudiada fue joven adulta, en su predominio de género masculino, casados o con algún tipo de unión y con una experiencia laboral que supera los 10 años para este oficio. No son muchos los estudios encontrados en la literatura académica latinoamericana referentes a explorar el comportamiento de consumo de alcohol y cigarrillo en el sector laboral de la construcción. Es más, en publicaciones recien-

Tabla 2 Variables sociodemográficas y laborales de acuerdo a consumo de alcohol y cigarrillo en trabajadores de la construcción

Variables	Categorías	Consumo licor n= 116		Consumo cigarrillo n=43	
		Si	%	Si	%
Edad	19 a 30	54	46,6%	21	48,8%
	31 a 50	52	44,8%	19	44,2%
	Más de 50	10	8,6%	3	7,0%
Estado Civil	Casado o Unión Libre	78	67,2%	30	69,8%
	Separado	6	5,2%	1	2,3%
	Soltero	32	27,6%	12	27,9%
Escolaridad	Bachillerato	50	43,1%	24	55,8%
	Primaria completa	7	6,0%	9	20,9%
	Primaria incompleta	1	0,9%	5	11,6%
	Estudios técnicos	12	10,3%	4	9,3%
Accidente de Trabajo	Si	14	12,1%	4	9,3%
	No	102	87,9%	39	90,7%
Experiencia laboral en años	Menor a 5 años	35	30,2%	11	25,6%
	6 a 10	32	27,6%	16	37,2%
	11 a 20	24	20,7%	8	18,6%
	21 a 45	21	18,1%	7	16,3%
Horas al mes laboradas	Menor a 100	29	25,0%	15	34,9%
	101 a 192	10	8,6%	3	7,0%
	193 a 240	57	49,1%	14	32,6%
	241 a 310	17	14,7%	7	16,3%

tes se ha recomendado continuar y reforzar las investigaciones futuras en hábitos saludables en este sector laboral sumado a la necesidad de incluir instrumentos validados para su medición [27-29].

En cuanto al componente sociodemográfico los datos son similares a investigaciones realizadas en la India, en donde se reportó una edad promedio de 32 años y más del 60% estaban casados, aunque en términos de nivel de escolaridad las cosas cambian un poco, dado que en dicho estudio tuvo un registro de alfabetismo del 79% [30], acotando que en los hallazgos, el no haber terminado la educación primaria estuvo cerca del 8%. De igual manera, aún sigue teniendo una escasa participación el género femenino en este oficio, pero se destaca que con el correr de los años se ha tratado de incluir a la mujer buscando que esta situación no sea un criterio de exclusión para desempeñarse en esta labor. En otro estudio en la India sobre mujeres trabajadoras de la construcción [31], se concluyó que, si bien es cierto la mujer poco a poco está incursionando en este trabajo, aún persisten situaciones como el acoso sexual, los prejuicios de género, la discriminación salarial los cuales hacen que el ambiente de trabajo se torne difícil para ellas en el sector.

Los datos del presente estudio sugieren un consumo de alcohol importante en los trabajadores (62%), sin embargo, el 26% se encontraban en bajo riesgo y solo 1,6% se encontraban en riesgo perjudicial según los criterios del cuestionario AUDIT, por otra parte, no se encontraron trabajadores con riesgo de dependencia al alcohol. Por ejemplo, en un estudio en trabajadores de la construcción españoles, se encontró una cifra del 17% en quienes tenían AUDIT con puntaje mayor a 8, y en trabajadores masculinos de California (USA) la proporción con dicho puntaje fue del 17% [32], estos datos son algo menor a los encontrados, sin embargo el tamaño de muestra en dicho estudio fue menor ($n=47$) [7]. Así mismo en Mumbai India en 1337 hombres trabajadores de la construcción, 16% habían reportado consumo de alcohol por lo menos

una vez al mes, es de anotar que no se registró en dicho estudio algún instrumento a la población para indagar sobre riesgo de consumo o dependencia [8].

A nivel de Colombia, se había descrito en el Diagnóstico situacional de sustancias psicoactivas en la población trabajadora colombiana, que el gremio de trabajadores de la construcción es uno de los que más consumen alcohol (70%) y sustancias psicoactivas. Por una parte, se resalta que algunas bebidas como la chicha y el guarapo son consideradas como bebidas hidratantes y que culturalmente son aceptadas y promovidas desde el hogar. También en dicho reporte se precisa que la presión de grupo laboral y el rechazo a dicho grupo si la persona pretende no consumir, conllevaría a un importante ingesta [33]. Los datos del presente estudio no lo prueban pero si es interesante que los anteriores aspectos citados sean estudiados ampliamente en futuras investigaciones.

En cuanto a consumo de cigarrillo, fumar se reportó en un poco más del 20% y el inicio de su consumo se reportó a los 17 años en promedio. En Asia se encontró un consumo de cigarrillo del 14.6% en trabajadores de la construcción [8]. Sin embargo se han reportado cifras mayores en Norteamérica con 36% en una muestra de más de 50000 trabajadores a lo largo de casi 15 años [10], aunque se han encontrado cifras más elevadas, por ejemplo, en trabajadores de la construcción egipcios donde se alcanzó una cifra de fumadores del 63.9% y de un 16% de ex fumadores [11]. Finalmente en un estudio que incluyó trabajadores suecos entre el año 1971 y 2007 se encontró un consumo de cigarrillo del 60%, al explorar este dato por decenios el mayor consumo se apreció entre 1971 a 1984 (65%) disminuyendo progresivamente hasta el lapso entre 1995 y 2007 (57%), también se resalta que solo el 21% de los trabajadores en dicho lapso de tiempo declararon nunca antes haber estado expuestos a cigarrillo [12], aunque en dicho estudio se nota la disminución en el consumo, no deja de preocupar la cifra elevada de ingesta.

Entre las fortalezas del estudio se destaca que entre la literatura revisada no se encuentran muchas publicaciones en trabajadores de la construcción en donde se aplicaron cuestionarios validados como el Fagerstrom y tampoco donde se haya indagado sobre el inicio de consumo de cigarrillo. Por esta razón ya se han comentado en artículos previos lo importante que es usar metodología validada para hacer el proceso de medición con el fin de evitar importantes sesgos que pueden afectar la validez de los resultados [26,34,35].

En la literatura se reporta una accidentalidad en trabajadores con incapacidad resultante del 11,8% [3]. En el estudio se observó que la accidentalidad fue un poco menor (9%). A su vez, este dato es similar al encontrado en Bogotá [27], aunque en dicha publicación no se encontraron diferencias significativas en relación al consumo de alcohol. Por otra parte, en la India se indicó una tasa de incidencia para accidentalidad laboral que aumentó entre el 2000 y el año 2002 del 10,2 a 18 por cada 100 empleados [11], en dicho estudio no se precisó si se empleó alguna prueba estadística para establecer la relación o asociación entre accidentalidad y consumo de licor y/o cigarrillo. Lo anterior motiva a adelantar estudios que midan de manera precisa la accidentalidad en el trabajo y su probable relación con el consumo de sustancias psicoactivas enmarcado en estudios longitudinales y no en encuestas trasversales.

Entre otras limitaciones del estudio, se considera que el hecho de realizar un muestreo no probabilístico hace que nuestras conclusiones no puedan generalizarse hacia todos los trabajadores del sector de la construcción, en este apartado se resalta que desde el punto de vista logísticos es complejo abordar a todas las obras constructoras del área de estudio en el marco de un muestreo probabilístico. Otra limitación identificada, fue que no se abordaron otros constructos de índole psicosocial para tratar de relacionarlos con el consumo de sustancias y por último el grupo de fumadores en el estudio tuvo un tamaño de muestra limitado en

términos de poder realizar algunas asociaciones de acuerdo a variables sociodemográficas y laborales.

Es importante comentar, que en los datos hallados, aquellos que tuvieron un consumo de cigarrillo mayor tuvieron una edad de inicio de fumar más joven y entre los fumadores el promedio de tiempo en el cual llevaban fumando era de 16 años, este dato es similar a trabajadores de la India ($17,1 \pm 3,7$ años) [11]. Por un lado es preocupante que desde tan temprana edad los adolescentes ya estén expuestos al humo de cigarrillo y por otra parte es elevado el tiempo de exposición que vienen acumulando dichos trabajadores. Además, en el presente estudio el 90% de los fumadores comentaron que en algún momento de sus vidas tuvieron la idea de dejar el cigarrillo, pero aun así con este pensamiento, lastimosamente continúan siendo fumadores, ante lo anterior sería interesante desarrollar estudios que profundicen las conductas de intención de dejar hábitos de salud no saludables dentro de los sectores laborales.

Como conclusión el consumo de licor y cigarrillo encontrado fue alto, mas no su dependencia. Si bien es cierto la cifra dependencia encontrada no es alarmante, no se deben apaciguar los esfuerzos en eliminar el consumo de licor y cigarrillo los cuales repercuten de manera negativa en la salud física y mental de las personas, y en este caso en los trabajadores del sector construcción los cuales tienen riesgos particulares que los hacen vulnerables. Finalmente en cuanto a tratar de generar soluciones a los problemas relatados, publicaciones recomiendan necesario tener servicios oportunos y de calidad de asistencia en salud mental y promoción de la salud en el entorno laboral [10]. A su vez, es fundamental tratar de generar el impacto de mitigar el riesgo en cuanto al consumo desde la prevención primaria, dado que desde instancias posteriores de prevención será mucho más difícil y costosa la rehabilitación de los trabajadores tanto para las empresas como para la sociedad.

Agradecimientos

Este estudio contó con el apoyo de estudiantes de la Especialización en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán Seccional Bucaramanga, quienes aportaron en el desarrollo de la investigación.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Fuentes de financiación: este estudio no fue financiado por alguna convocatoria o Grant.

Literatura citada

1. OIT, Organización Internacional del Trabajo. **Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo.** Ginebra: Organización Internacional Del Trabajo; 1996.
2. OIT, Organización Internacional del Trabajo. **Guía del Formador SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo.** Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2012.
3. Bastida N. **Problemas laborales asociados al consumo de alcohol.** *Adicciones* 2012; 14(1): 239–249.
4. WHO, World Health Organization. **WHO report on the global tobacco epidemic**, 2011: warning about the dangers of tobacco. Ginebra: World Health Organization; 2011.
5. OMS, Organización Mundial de la Salud. **Invertir en salud mental.** Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS; 2004.
6. Secretaría de Salud de México. **Lineamientos para la prevención y atención de las adicciones en el ámbito laboral mexicano.** México DF: Comisión Nacional Contra Las Adicciones Secretaría Del Trabajo y Prevención Social. Secretaría de Salud; 2011.
7. Perez-Carceles MD, Medina MD, Perez-Flores D, Noguera JA, Pereniguez JE, Madrigal M, et al. **Screening for hazardous drinking in migrant workers in Southeastern Spain.** *J Occup Heal* 2014; 56:39–48.
8. Adsul BB, Laad PS, Howal PV, Chaturvedi R. **Health problems among migrant construction workers: A unique public-private partnership project.** *Indian J Occup Environ Med* 2011; 15(1):29-32.
9. Tiwary G, Gangopadhyay PK, Biswas S, Nayak K, Chakraborty D, Halder LC. **Psychosocial stress of the building construction workers.** *Hum Biol J* 2013; 2(3):207–22.
10. Okechukwu C, Bacic J, Cheng KW, Catalano R. **Smoking among construction workers: the non-linear influence of the economy, cigarette prices, and antismoking sentiment.** *Soc Sci Med* 2012; 29(8):997–1003.
11. Alazab RMA. **Work-related diseases and occupational injuries among workers in the construction industry.** *Afr Newslett on Occup Health and Safety* 2004; 14:37–42.
12. Nordinvall C, Nilsson PJ, Ye W, Andersson TM, Nyrén O. **Tobacco use and cancer survival: A cohort study of 40,230 Swedish male construction workers with incident cancer.** *Int J Cancer* 2013; 132:155–61.
13. González E, Durán M, Uribe L. **Tabaquismo, alcoholismo e hipertensión arterial en trabajadores del sector de la construcción Santander, Colombia.** Trabajo de Investigación para optar al título de especialista en salud ocupacional. Bucaramanga: Universidad Manuela Beltrán seccional Bucaramanga, Colombia; 2013.
14. Salazar D, Castro R, Peña J. **Perfil de consumo de licor y trabajo en una empresa del sector de la construcción en Bucaramanga.** Trabajo de Investigación para optar al título de especialista en salud ocupacional. Bucaramanga: Universidad Manuela Beltrán seccional Bucaramanga, Colombia; 2014.
15. Buelvas M, Hernández F, Jaimes L, Santamaría C, Morales A. **Prevalencia de alcoholismo y tabaquismo en trabajadores del sector de la construcción.** Trabajo de Investigación para optar al título de especialista en salud ocupacional. Bucaramanga: Universidad Manuela Beltrán seccional Bucaramanga, Colombia; 2014.
16. DANE, Departamento Nacional de Estadística. **Proyecciones de población municipales 2006 -2020.** Bogotá DC: DANE; 2013.
17. DANE, Departamento Nacional de Estadística. **Informe de Coyuntura Económica Regional 2012.** Bogotá; DANE; 2013.
18. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro M. **Cuestionario de Identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol.** Ginebra: Departamento de Salud Mental y dependencia de sustancias de la Organización Mundial de la Salud; 2001.
19. Wellman RJ, Savageau JA, Godiwala S, Savageau N, Friedman K, Hazelton J, et al. **A comparison on the Hooked on Nicotine Checklist and the Fagerström Test for Nicotine Dependence in adult smokers.** *Nicotine and Tob Res* 2006; 8(4):575–580.
20. Becoña E, Vasquez FL. **The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample.** *Psychol Rep* 1998; 83(3): 1455–8.

21. Heatherton T, Kozlowsky L, Frecker R, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test of Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991; 86:1119–1127.
22. Etter JF. A comparison of the content-, construct- and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerström test for nicotine dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 77:259–68.
23. Payne TJ, Smith PO, McCracken LM, McSherry WC, Antony MM. Assessing nicotine dependence: a comparison of the Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) with the Fagerström test for Nicotine Dependence (FTND) in a clinical sample. *Addict Behav.* 1994; 19:307–17.
24. Campo-Arias A, Herazo E, Barros-Bermúdez J, Rueda-Jaimes G, Díaz-Martínez LA, Díaz F. Dependencia a la nicotina: desempeño psicométrico de dos escalas en adultos. *Investig Andina* 2011; 13(23):258–267.
25. Ministerio de Salud, República de Colombia. Resolución 8430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá DC: Ministerio de Salud, República de Colombia; 1993. p. 1–12.
26. AMN, Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza: 64^a Asamblea de la AMN; 2013.
27. Fajardo-Zapata A, Méndez F, Molina L. Estado de Salud de los trabajadores del sector de la construcción en Bogotá Colombia. Bogota 2009. *Cienc y Trab* 2010; 12(38):410–3.
28. Phung BN, Tutesigensi A. Vietnamese construction workers' attitude to health and safety. Proceedings of the ICE - Management, Procurement and Law 2011; 164(1):41–47.
29. Gullestrup J, Lequertier B, Martin G. MATES in construction: Impact of a multimodal, community-based program for suicide prevention in the construction industry. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 8:4180–4196.
30. Tiwary G, Gangopadhyay PK, Biswas S, Nayak K, Chatterjee M, Chakraborty et al. Socio-economic status of workers of building construction industry Indian. *Indian J Occup Environ Med* 2012; 16(2): 66–71.
31. Devi K, Kiran U. Status of Female Workers in Construction Industry in India: A Review. *IOSR Journal of Humanities and Social Science* 2013; 14(4):27–30.
32. Carol, B. Problem drinking, unemployment, and intimate partner violence among a sample of construction industry workers and their partners. *J Fam Violence* 2012; 29(2):997–1003.
33. Ministerio de la Protección Social. Diagnóstico situacional, sustancias psicoactivas en la población trabajadora. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2013.
34. Szkelo M, Nieto F. Epidemiología intermedia. Conceptos y aplicaciones. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003.
35. Hernández-Avila M, Garrido F, Salazar-Martínez E. Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pública Mex* 2000; 42(5):438–446.

