



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“FACTORES CRÓNICOS SOCIO PATOLÓGICOS POR EDAD Y
GENERO EN TRABAJADORES RURALES DE ONCE POBLADOS
DEL PERÚ: ESTUDIO MULTICÉNTRICO. 2016”

Tesis para optar al grado académico de:
MAESTRO EN SALUD OCUPACIONAL CON MENCIÓN EN
MEDICINA OCUPACIONAL Y DEL MEDIO AMBIENTE

Presentado por:

Carlos Nemecio Aquino Bellos (0000-0003-1184-3452)

Asesor:

Christian Richard Mejia Alvarez (0000-0002-5940-7281)

Lima – Perú

2020




I

ANEXO 17
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Lima, al día 14 del mes de mayo de 2019, siendo las 18:30 horas, con la asistencia del Jurado de Tesis, Presidido por el Dr. Denis Alberto Barnaby Rodriguez, los miembros del jurado el Mg. Henry Lowell Allpas Gomez y el Med. Espec. Oscar Wilfredo Ramirez Yerba y el Asesor de la Tesis Mg. Christian Richard Mejía Álvarez, el Bachiller Carlos Nemesio Aquino Bellos, autor de la tesis Titulada: "Factores crónicos socio patológicos por edad y género en trabajadores rurales de once poblados del Perú estudio multicéntrico 2016" con el fin de optar el Grado Académico de Maestro en Salud Ocupacional con mención en Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación y deliberación por parte del Jurado correspondiente, habiendo sido *APROBADO* con el calificativo de *BUENO*.

Se extiende la presente acta en cinco originales y siendo las *19:30* horas, se da por concluido el Acto Académico de Sustentación.

		
_____ Presidente Firma Denis Alberto Barnaby Rodriguez 08713097	_____ Miembro Firma Henry Lowell Allpas Gomez 41112591	_____ Miembro Firma Oscar Wilfredo Ramirez Yerba 29658896



Asesor
Firma
Christian Richard Mejía Álvarez
42339113

DEDICATORIA:

Este logro de lo dedico a todos los que me apoyaron en este proceso.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios, a mi familia y a mis maestros, así como, a todos los que apoyaron y dieron de su tiempo para que esta investigación se haga realidad. No pararemos hasta publicarla.

INDICE GENERAL

N°	CONTENIDO	PAG
1	Carátula	I
2	Acta de la sustentación de la tesis	II
3	Dedicatoria	III
4	Agradecimiento	IV
5	Índice General	V
6	7.1 Índice Tablas	VI
7	7.2 Índice Figuras	VII
8	7.3 Índice Anexos	VII
9	Resumen y Abstract	IX-X
9	Introducción	11
10	Marco teórico	14
11	Métodos	21
12	Resultados	25
13	Discusión	32
14	Conclusiones	35
15	Referencias Bibliográficas	37
16	Glosario	43
17	Anexos	45

INDICE DE TABLAS

N°	CONTENIDO	PAG
1	Tabla 1	25
2	Tabla 2	26
3	Tabla 3	27
4	Tabla 4	28
5	Tabla 5	29
6	Tabla 6	30
7	Tabla 7	31

INDICE DE FIGURAS

N°	CONTENIDO	PAG
1	Figura 1	27

INDICE DE ANEXOS

N°	CONTENIDO	PAG
1	Anexo 1	45

RESUMEN

Introducción: La salud mental es un tema primordial en nuestro medio, esto debe ser tomado en cuenta en la población laboral, sobre todo en trabajadores de zonas rurales. Por lo cual, se tuvo como objetivo determinar los factores crónicos socio-patológicos en trabajadores rurales de once poblados del Perú.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico realizado en once poblados rurales del Perú, se tomó los datos mediante encuestas realizadas por médicos durante la consulta de atención primaria. Se consultó acerca de consumo de tabaco, alcohol, padecer enfermedad crónica, depresión o ideación suicida.

Resultados: Se usó encuestas de 2551 trabajadores, ajustado por el sexo y la edad se encontró que el personal de salud tenía mayores frecuencias de consumo de tabaco (RPa: 2,53; IC95%: 1,63-3,92); los obreros tenían mayor frecuencia de depresión (RPa: 1,74; IC95%: 1,22-2,47) y de los que trabajaban en minas tenían mayores frecuencias de consumo de alcohol (RPa: 2,98; IC95%: 1,94-4,58), sin embargo, ellos también tenían menos frecuencia de depresión (RPa: 0,63; IC95%: 0,43-0,95).

Discusión: Dentro de las profesiones/ocupaciones más frecuentes en zonas rurales se encontró que algunas tienen mayor relación con algunos factores socio-patológicos crónicos que pueden afectar la salud mental. Esto debe ser evaluado y considerado como parte del programa de vigilancia ocupacional, ya que de no ser resueltos podrían generar presentismo e incluso repercusiones económicas.

Palabras clave: Salud laboral, salud mental, alcoholismo, trabajadores, Perú.

ABSTRACT

Introduction: Mental health is a priority in our research, this should be taken into account in the working population, especially rural workers. The objective of this study was to determine the socio-pathological factors chronic rural workers in eleven villages in Peru.

Materials and Methods: A multicenter retrospective study conducted in eleven rural villages of Peru; data was collected by surveys conducted by doctors at the primary care clinic. She consulted about snuff consumption, alcohol, chronic disease, depression or suicidal ideation. Statistical association was obtained using generalized linear models.

Results: 2551 surveys workers, adjusted for sex was used and age was found that health personnel had higher frequencies of consumption of snuff (RPa: 2,53; IC95%: 1,63-3,92); workers have more depression (RPa: 1,74; IC95%: 1,22-2,47) and those working in mines have higher frequency of alcohol consumption (RPa: 2,98; IC95%: 1,94-4,58), however, they also have a lower frequency of depression (RPa: 0,63; IC95%: 0,43-0,95).

Discussion: Within the professions / occupations most frequent in rural areas, we found that some have more to do with some risk factors for physical and mental health, this should be evaluated and considered as part of occupational surveillance, since no be resolved could lead to presenteeism and even economic repercussions.

Key words: Occupational health, mental health, alcoholism, workers, Peru.

CAPÍTULO I: Introducción

La salud mental representa un pilar importante en la vida humana y está determinada por varios factores que incluyen biológicos, socioeconómicos y ambientales, (1), los cuales están asociados a condiciones de vida desfavorables; como el abuso al alcohol, el tabaco, la depresión y la ideación suicida (2,3).

El alcoholismo se define como el uso repetido de esta sustancia, que conduce continuamente a intoxicaciones (4). Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que 3,3 millones de personas fallecen como resultado del consumo de bebidas alcohólicas (5) y 6 millones de personas fallecen como resultado del tabaquismo (6); en nuestro país hay medio millón de personas que padecen de tabaquismo (7). Estas enfermedades son una preocupación en la salud pública mundial, ya que aumentan el costo de la atención médica y también privan a las familias de ingresos, debido a las muertes prematuras que pueden resultar, lo que obstaculiza el desarrollo económico del país (8-10).

Por otro lado, la salud mental es un tema primordial en la actualidad, considerando que la depresión es una enfermedad frecuente, con una contribución significativa a la carga global de morbilidad (11). La depresión se caracteriza por síntomas como humor deprimido, pérdida o disminución de interés o placer, sentimientos de culpa o minusvalía, cambios en el patrón de

alimentación y sueño, fatiga y dificultad para concentrarse (12); y se considera que será la segunda causa de incapacidad en los próximos años (2). Además, la depresión constituye un riesgo considerable para intentar o consumir el suicidio (13).

La mala salud mental, especialmente en salud ocupacional, está asociada con condiciones estresantes, como condiciones de trabajo adversas, riesgos en el trabajo, mayor demanda de trabajo, calidad del empleo de los trabajadores entre otros (14,15), los cuales podrían repercutir en el desempeño regular de la persona, convirtiéndose en ciertos casos en una discapacidad que se traduce en un ausentismo laboral, con pérdidas valoradas en billones de dólares (16-18).

La legislación actual considera la seguridad y salud como un punto clave para el bienestar del trabajador (19,20), tomando en cuenta que, para un correcto desempeño laboral, el trabajador no debe exceder sus propios límites de resistencia y sobre todo debe mantenerse en condiciones ambientales apropiadas (21), sobre todo aquellos que por su ocupación son de alto riesgo (22,23).

Los resultados obtenidos en este trabajo servirán para tener un sustento sobre la asociación entre la depresión, el tabaquismo, el alcoholismo y la ideación suicida y cinco diferentes ocupaciones que se desempeñan en el ámbito rural, a fin de contribuir a su prevención y de que pueda ser considerado como parte del programa de vigilancia ocupacional.

Problema general

¿Cuáles son los factores crónicos socio-patológicos en trabajadores rurales de once poblados del Perú?

Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre el sexo, la edad y el tipo de ocupación según el consumo tabáquico en zonas rurales del Perú?

¿Cuál es la relación entre el sexo, la edad y el tipo de ocupación según el consumo alcohólico en zonas rurales del Perú?

¿Cuál es la relación entre el sexo, la edad y el tipo de ocupación según la depresión en zonas rurales del Perú?

¿Cuál es la relación entre el sexo, la edad y el tipo de ocupación según la ideación suicida en zonas rurales del Perú?

Objetivo General

Determinar los factores crónicos socio-patológicos en trabajadores rurales de once pueblos del Perú.

Objetivos específicos

Identificar la relación entre el sexo, la edad y el tipo de ocupación según el consumo tabáquico en zonas rurales del Perú.

Identificar la relación entre el sexo, la edad y el tipo de ocupación según el consumo alcohólico en zonas rurales del Perú.

Identificar la relación entre el sexo, la edad y el tipo de ocupación según la depresión en zonas rurales del Perú.

Identificar la relación entre el sexo, la edad y el tipo de ocupación según la ideación suicida en zonas rurales del Perú.

Hipótesis nula

No existen factores crónicos socio-patológicos en trabajadores rurales de once poblados del Perú.

Hipótesis alterna

Si existen factores crónicos socio-patológicos en trabajadores rurales de once poblados del Perú.

CAPÍTULO II: Marco teórico

2.1 Antecedentes

Juárez-Jiménez, et al., en un estudio realizado en España en el 2015, demostraron en una población española que el 17% fuman con un inicio de 17,4 años ($\pm 3,5$) y en promedio de 7,5 cigarrillos/día ($\pm 7,1$) además se determinó que el 82% presenta baja dependencia nicotínica. Además, se evidencia una asociación entre la dependencia al tabaco y el consumo de bebidas alcohólicas (OR: 2,84) y drogas ilícitas (OR: 3,57). Concluyendo que el consumo de tabaco en especialistas internos y residentes es menor que el de la población general, el grado de dependencia es bajo y tienen buena predisposición al cambio.

Marques, et al., en un estudio realizado en Portugal en el 2014, identificaron el efecto de los test de drogas y alcohol en población de trabajadores en horario de trabajo donde demuestra La fracción de accidentes que se impide mediante la aplicación de los test es de alrededor del 59% para los trabajadores a bordo de los trenes, el 72% para los que trabajan cerca de los trenes Además concluyen que la prueba de alcohol y drogas en el lugar de trabajo, donde se realiza al azar y por sorpresa, es un factor protector con significancia estadística en las profesiones en general.

Rai, et al., en un estudio realizado en Reino Unido en el 2013 concluyeron que, con la disminución del desarrollo económico, la prevalencia de la depresión aumentó. Además, existe la desigualdad de los ingresos a nivel de país o el ingreso nacional bruto. Se ha concluido que la relación diversa de los activos y el gasto con la depresión resaltan que las distintas medidas socioeconómicas no son conmutables en sus asociaciones con la depresión.

Jaeyoung Kim, en un estudio realizado en Estados Unidos de América en el 2013 se encontró que en la población estudiada el 5,5% de los trabajadores con lesiones ocupacionales informó depresión en el seguimiento, comparado con el 4,7% de trabajadores con lesiones no profesionales y el 3,1% de los trabajadores sin lesiones. La asociación entre lesión y depresión parecía ser más fuerte en el caso de lesiones en el lugar de trabajo por ello se determinó que las lesiones profesionales se asociaron con mayores probabilidades de desarrollar depresión a lo largo del tiempo.

Sun Fie, et al., en el 2012 efectuaron una revisión sistemática en los Estados Unidos de América, en la que se halló que un mayor nivel de actividad física personal se relacionó con una mayor cantidad de prácticas de promoción de la actividad física y que los profesionales de la salud con posturas positivas hacia la actividad física eran más proclives a fomentar la actividad física a sus clientes. Los descubrimientos de esta revisión deberían ser constatados por grandes estudios bien diseñados que utilicen medidas validadas de actividad física y prácticas de promoción de la actividad física e involucran análisis multivariados para definir la contribución relativa de los niveles de actividad física personal a las prácticas de promoción de la actividad física.

Arenas-Monreal, et al., realizaron un estudio en México en el 2004, determinaron que, la existe una mayor incidencia de consumo de tabaco en el personal sanitario (32%) que en estudiantes de otras carreras (24% $p=0,230$). Además, al comparar el consumo de tabaco entre médicos y enfermeras, se encontró que la tasa de tabaquismo entre médicos (43%) era mayor que entre enfermeras (29% $p=0,066$). Concluyéndose que el personal de salud presenta adicción y se requiere programas de apoyo.

Varona Pérez, et al, en un estudio realizado en Cuba en el 2000, determinaron que, el 32 % de los médicos y el 46 % de las enfermeras tenían hábitos tabáquicos. Además, se observó que los médicos tenían un grado de dependencia al tabaco moderado y severo, y que percibían menos restricciones para fumar en el trabajo, en comparación con las enfermeras. Por otro lado, se demostró una percepción distorsionada del riesgo de fumar en ambos grupos.

2.2 Marco Teórico

La salud mental incluye varias actividades que guardan relación con el componente de bienestar mental, contenido en la definición de salud la OMS. Siendo importante resaltar que en nuestro medio la ansiedad y depresión son unas de las enfermedades mentales más frecuentes (24).

En nuestro país el bienestar mental se ha visto deteriorado significativamente por factores sociales, económicos y culturales. Resultado de la crisis política, las diferentes expresiones de violencia, el incremento del uso de sustancias ilícitas y la ardua situación de pobreza en la que viven gran parte los peruanos (25). Recientes estudios epidemiológicos realizados en Perú, corroboran los resultados de otros países: hasta un 37% de la población está en riesgo de padecer alguna alteración del bienestar mental en algún momento de su vida. Además, en Lima Metropolitana la incidencia de depresión es de 18%, en la sierra peruana de 16% y en la Selva de 21% (26).

Respecto al rubro laboral; en la mayoría de los casos, para las personas el trabajo es un medio para satisfacer múltiples necesidades, no sólo las necesidades fisiológicas o básicas, sino también las necesidades sociales y de autorrealización. Por eso, a través del trabajo una gran parte de las personas adquieren y enriquecen su identidad personal. A menudo, perder su trabajo, en sí mismo, aumenta las probabilidades de padecer alguna enfermedad. Por tanto, mantener un trabajo resulta beneficioso para la salud mental de los trabajadores. Trucco señaló en 1998 que las siguientes condiciones laborales promueven la salud mental de las personas y facilitan el desarrollo del potencial humano:

- El trabajo proporciona al trabajador el apoyo económico necesario para satisfacer sus necesidades fisiológicas o primarias y las de su familia.
- La seguridad física y psicológica del trabajador se han vuelto una preocupación, así como las condiciones de seguridad en cuanto al medio ambiente, el transporte de mercancías y la jornada laboral, existiendo una atención especial en temas de prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales.
- Proporciona un entorno de trabajo adecuado que fomenta la confianza, el respeto y el apoyo a las relaciones interpersonales. Esto hace más fácil que el empleado se identifique y se comprometa con su trabajo y con la empresa.
 - El trabajo bien hecho es reconocido, contribuyendo así a la confianza del trabajador y la dignidad de su autoestima.
 - Ofrece oportunidades para que las personas desarrollen su potencial aumentando las áreas de autonomía en el lugar de trabajo. (27,28).

Según información disponible se sabe que:

- El 25% de las personas padecerá de al menos un trastorno mental en algún momento.
- El 27% de los adultos que viven en países desarrollados, es decir, 930 millones de personas, se ven afectadas por trastornos y enfermedades mentales.
- En Europa ha aumentado el ausentismo, desempleo y discapacidad persistentemente relacionados al estrés y a alteraciones del bienestar mental, y alrededor del 10% de los problemas de salud crónicos y discapacidad son atribuibles a trastornos mentales y emocionales.
- En Europa, el valor económico de las enfermedades mentales se calcula que es aproximadamente de 240 billones de euros al año. Los gastos directos (p. ej., gastos de farmacia) representan menos de la mitad de este gasto. Sin embargo, la mayor cuantía es de 136 billones de euros, que es la pérdida de productividad, como consecuencia de la ausencia o abandono del puesto de trabajo. (29).

La relación entre los diversos aspectos de la vida profesional, que pueden afectar el bienestar mental de los trabajadores, es dinámica e interactiva. A la asociación entre los factores inherentes al trabajo y la salud, es necesario adicionar la relación entre los aspectos laborales y la vida personal, familiar y social del trabajador, así como el entorno y la vulnerabilidad psicológica y genética de cada persona.

Existen factores ambientales que pueden influir sobre la salud mental, y que a menudo causan efectos a corto plazo, como alteraciones del estado anímico y del afecto, como los sentimientos de placer, excitación o ánimo depresivo. Estas alteraciones suelen estar relacionadas a cambios en el comportamiento, consideremos la inquietud, el afrontamiento atenuante (p. ej., el consumo de bebidas alcohólicas) o la evitación, así como las conductas activas de resolución de problemas (30); además, suelen estar relacionadas con cambios psicológicos, que indican un estado de alerta y, en ocasiones, incluso una desregulación de la homeostasis. Cuando los factores que generan estrés están activos, las respuestas que se revierten a corto plazo pueden conllevar a cambios más estables y menos reversibles en la salud mental, como agotamiento, psicosis o trastorno depresivo mayor. Las experiencias extremadamente amenazantes pueden causar, incluso de inmediato, un trastorno mental crónico (p. ej., TPET), que es complicado de contrarrestar. (31).

Algunas de las personas pueden presentar factores de riesgo psicosocial en el trabajo que pueden agravar o reducir su impacto en su salud mental. La capacidad de afrontar un problema percibida por parte del individuo, puede aliviar y/o reducir el impacto de los factores ambientales, además, puede definir cómo se evalúan estos. Los efectos sobre el bienestar mental se atribuyen en parte a este proceso de evaluación. Es por eso, que ciertas características de las personas (por ejemplo, su forma física) no solo pueden servir como precursoras para el bienestar mental, sino que también pueden modificarse debido a su influencia. Por lo tanto, las habilidades de afrontamiento pueden aumentar ("aprender") a medida que este proceso se desarrolla con éxito. Por otro lado, las enfermedades y trastornos mentales de larga data suelen reducir esta capacidad de afrontamiento. (32).

Varios estudios sobre la salud mental laboral, han evaluado con especial importancia el bienestar afectivo y sus componentes, como la satisfacción laboral, la depresión y la ansiedad. Las enfermedades mentales de larga data que están relacionadas con los trastornos de la personalidad, como resultado de una exposición crónica a factores de estrés, no son comunes en la población económicamente activa. Se considera que estos problemas de salud mental de larga data tienen varios factores etiológicos (33).

DEFINICION DE TERMINOS

Depresión: Trastorno mental que se califica por mostrar un ánimo deprimido, por perder el interés o placer, emociones de interiorización o minusvalía, variaciones del patrón de sueño o del apetito, fatiga y falta de atención (34).

Salud Ocupacional: Es una actividad multidisciplinaria que fomenta y preserva la salud de los trabajadores. Esta disciplina persigue como objetivo el control de accidentes y enfermedades disminuyendo las condiciones de riesgo (35).

Salud Mental: Es un estado de bienestar en el que las personas tienen conocimiento de sus capacidades, pueden enfrentar el estrés de la vida normal, pueden ser productivas en el trabajo y pueden contribuir a su propia comunidad (36).

Riesgo Laboral: Peligro de que algún empleado sufra un determinado daño como consecuencia de la actividad laboral que viene realizando (37).

Obrero: Persona cuyo oficio está relacionado con el trabajo manual o requiere esfuerzo físico.

Minero: Persona cuyo trabajo es excavar minas para extraer minerales.

Personal de Salud: Persona en cuya profesión se encuentra capacitada para atender diferentes problemas del área de la salud.

Comerciante: Persona cuyo oficio es vender y comprar productos.

Policía: Autoridad pública, que se encarga del mantenimiento del orden público.

Agricultor: Aquel que tiene como oficio cultivar y trabajar la tierra.

Alcoholismo: Patrón de consumo excesivo o incontrolable de alcohol, de manera que este interfiere con las actividades diarias.

Tabaquismo: Adicción crónica al tabaco con efectos sobre la salud.

Ideación suicida: Ideación pasiva de querer culminar con su vida.

CAPÍTULO III: Métodos

Diseño y muestra

Se realizó un estudio analítico de corte transversal. Los datos se recolectaron a través de una encuesta realizada por los médicos a los pacientes que asistían a diversos centros de atención primaria de 11 pueblos rurales del Perú.

La población a estudiar estuvo constituida por pacientes que fueron atendidos en centros de salud que pertenecen a poblados que cuentan con menor cantidad de habitantes que en sus ciudades, además se dedican a trabajos que se relacionan con las labores primarias y que demandan actividades de esfuerzo físico, por lo que se le denominó población rural.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyó a pacientes que tenían más de 18 años, y que en pleno uso de sus facultades mentales brindaron su consentimiento verbal para participar del estudio. Los participantes que tenían alguna dificultad para comunicarse claramente (5 pobladores quechua-hablantes) o que no hablaban español en su totalidad, participantes que no eran procedentes del lugar donde se realizó la encuesta (30 encuestados) y pacientes con diagnóstico previo de enfermedad mental (10 pacientes) fueron excluidos de este estudio.

Muestra

El muestreo realizado fue por conveniencia, no aleatorizado. Se recolectaron los datos de los pacientes que asistían a diversos centros de salud: Los poblados fueron: Santa Cruz, Loreto; Aija, Ancash; Nuevo imperial, Lima-Cañete; Hermilio Valdizán, Tingo María; Huaraz-Yungay, Ancash; Moyobamba,

San Martín; Ate, Lima; Chocobamba, Huánuco; Huacrachuco, Huánuco; Shucshuyacu, San Martín y Nuevo San Miguel, San Martín (38).

Procedimientos y variables

Durante el Servicio de Salud Rural Urbano Marginal (SERUMS) se reclutó a los médicos que recopilaron los datos en cada poblado. Aquellos que accedieron a brindar su apoyo para este estudio, recibieron una capacitación previa para hacer sus preguntas y responder las dudas que pudieron tener. Dicha capacitación fue mínima y realizada a distancia (mediante vía telefónica), ya que, la ficha que aplicarían era ya una encuesta validada en cada una de sus partes (ya que usaba 4 test internacionalmente validados), así como, 3 preguntas que eran muy simples como para que fuesen validados: su sexo, su edad y su ocupación. Es por este motivo que solo se les brindó indicaciones mínimas de cómo aplicar la encuesta, sobre todo ya que, todos los que aplicaron la encuesta fueron médicos graduados que realizaban el SERUMS en salud. Según el mismo reporte de los médicos (cuando realizaban las encuestas), no hubo preguntas por parte de los encuestados, ya que, todas las preguntas se entendían en su totalidad.

La variable depresión se midió a través del Test de Zung. El cual posee una sensibilidad y especificidad elevada (100% y 91% respectivamente) (39) y agrupa 20 preguntas; las cuales podían ser puntuadas del 1 a 4, y se consideró que aquellos participantes que tenían un puntaje igual o mayor de 50 puntos padecían depresión.

El grado de dependencia del alcohol, se midió mediante el Test de CAGE. Primero, se consideró consumidores a quienes respondieron “Sí” a la pregunta “¿Bebe bebidas alcohólicas?”, los otros participantes fueron considerados como no consumidores de bebidas alcohólicas; y a aquellos que respondieron positivamente a la pregunta se les realizó el test, con un punto de corte de 2 a más aplicado para precisar el grado de dependencia al alcohol.

El grado de adicción al tabaco se midió mediante el Test de Fagerstrom. Primero se consideraron consumidores de tabaco a aquellos que respondieron “sí” a la pregunta: “¿Usted Fuma?”, los demás fueron considerados no consumidores. A los participantes que respondieron afirmativamente se les

realizó este test validado en español, y se tomó como punto de corte la puntuación de 4 o más para tabaquismo.

Para medir la ideación suicida se consideró una escala validada a nivel internacional, en donde, dos de las preguntas usadas fueron consideradas como filtro para el uso de la totalidad de la encuesta, es decir, si es que respondían afirmativamente a la ideación o intento suicida, recién eran considerados aptos para responder al resto de la encuesta (ya que, si no tenían ninguno de ellos eran considerados como que ni habían tenido intento suicida).

Operalización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y ESCALA DE MEDICION	DIMENSION	VALOR FINAL
Sexo	Condición que diferencia a varones de mujeres	Cualitativa dicotómica Escala Nominal	Sexo	Masculino Femenino
Edad	Número de años que ha vivido una persona desde su nacimiento	Cuantitativa discreta Escala de Razón	Años cumplidos	Años cumplidos
Tipo de profesión u ocupación	Ocupación a la que se dedica el encuestado según lo que se llena en la encuesta.	Cualitativa politómica Escala Nominal	Ocupación	Agricultor Minero Comerciante Policía Personal de salud Obrero
Consumo alcohólico	Puntaje igual o mayor a 4 en el test de Fagerstrom ante la respuesta positiva a si fuma o no	Cualitativa dicotómica Escala Nominal	Test de Fagerstrom	Si No
Consumo alcohólico	Puntaje igual o mayor a 2 en el test CAGE ante la	Cualitativa dicotómica	Test CAGE	Si

	respuesta positiva a si bebe o no	Escala Nominal		No
Depresión	Enfermedad mental caracterizada por síntomas depresivos.	Cualitativa dicotómica Escala Nominal	Según el Test de Zung	Si No
Ideación suicida	Ideación pasiva de querer culminar con su vida.	Cualitativa dicotómica Escala Nominal	Preguntas de test de ideación suicida	Si No

Análisis estadístico

Todos los datos recolectados fueron procesados y organizados en una base de datos en el programa Microsoft Excel (versión para Windows), luego se trasladó toda esta información al programa estadístico Stata 11,1 (StataCorp LP, College Station, TX, USA) y se procedió al análisis. Tras evaluar su normalidad mediante el test estadístico de Shapiro Wilk, las variables cuantitativas se representan mediante la mediana y el rango, mientras que las variables cualitativas fueron medidas mediante la frecuencia y el porcentaje.

Para realizar la estadística se tomó el punto de corte de 0,05 para considerar a los valores p como estadísticamente significativos. Para las variables categóricas se utilizó la prueba del χ^2 , cuando se tuvo valores pequeños (según los valores esperados) se usó la prueba exacta de Fisher. Para las variables cuantitativas se aplicó el análisis con la prueba T de Student, cuando se tuvo valores anormales se utilizó la suma de rangos. Luego se pasó a la realización de la estadística bivariada y multivariada. En donde se obtuvo los valores p , las razones de prevalencia crudas (RPC), ajustadas (RPa) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), para esto se usó la familia *Poisson* y la función de enlace log, a través de modelos lineales generalizados (GLM por sus siglas en inglés).

CAPÍTULO IV: Resultados

De los 2551 trabajadores encuestados, el 42,9% (1095) eran hombres, la mediana de edades fue 35 años (rango intercuartílico: 25-47 años de edad). En cuanto a las profesiones u ocupaciones, el 29,3% (747) fueron agricultores, el 10,9% (277) fueron policías, el 2,4% (62) fueron comerciantes, el 2,2% (56) fue personal de salud y el 0,8% (20) fueron mineros. Tabla 1

Tabla 1. Factores socio-patológicos de los trabajadores de zonas rurales del Perú.

.Variables	Frecuencias	Porcentajes
Sexo		
Femenino	1456	57,1
Masculino	1095	42,9
Edad		
Media y desviación estándar	37,7	14,7
Mediana y rango	35	18-92
Agricultor		
Si	747	29,3
No	1804	70,7
Minero		
Si	20	0,8
No	2531	99,2
Comerciante		
Si	62	2,4

No	2489	97,6
Policía		
Si	277	10,9
No	2274	89,1
Personal de salud		
Si	56	2,2
No	2495	97,8

De acuerdo a su ocupación 593 (79,4%) de agricultores fue de sexo masculino, con una edad promedio de 41 y una desviación estándar de 15,9 años; en el caso de los policías 144(52,0%) fueron de sexo femenino con una edad promedio de 37,7 y una desviación estándar de 11,7 años. **Tabla 2.**

Tabla 2. Distribución de ocupaciones por edad y sexo en los trabajadores de zonas rurales del Perú.

Ocupaciones	Sexo		Edad	
	Femenino	Masculino	Media	Desv. Est.
Agricultor	154 (20,6%)	593 (79,4%)	41,0	15,9
Minero	1 (5,0%)	19 (95,0%)	32,7	12,6
Comerciante	35 (56,5%)	27 (43,5%)	36,0	14,0
Policía	144 (52,0%)	133 (48,0%)	37,3	11,7
Personal de salud	42 (75,0%)	14 (25,0%)	32,8	7,9

En la figura 1 se muestran las prevalencias de los factores socio-patológicos medidos.

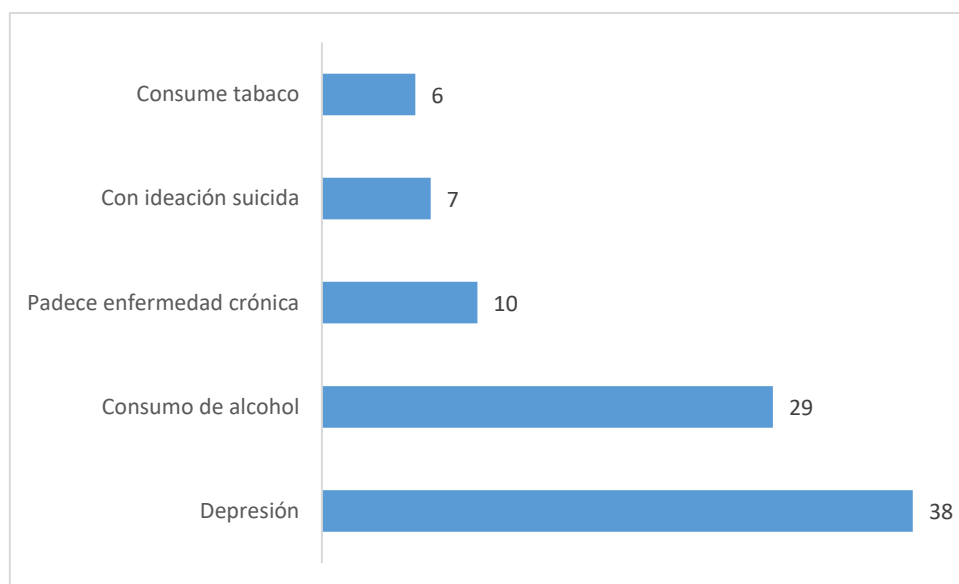


Figura 1. Prevalencia de factores socio-patológicos en trabajadores de zonas rurales del Perú.

En el análisis bivariado, se encontró que incrementaban la frecuencia de consumo tabáquico el sexo masculino ($p < 0,001$), el ser trabajador minero ($p = 0,001$), el ser policía ($p = 0,028$) y el ser personal de salud ($p = 0,048$); por cada año de edad adicional disminuía la frecuencia de fumar ($p = 0,035$). **Tabla 3**

Tabla 3. Análisis bivariado de consumo tabáquico según la ocupación en zonas rurales del Perú.

Variable	Consumo tabáquico N (%)		RPc(IC95%)	Valor p
	Si	No		
Sexo				
Masculino	122(76,3)	973(40,7)	4,27(2,50-7,27)	<0,001
Femenino	38(23,8)	1417(59,3)		
Edad (años)*	30(23-43)	36(25-48)	0,99(0,96-0,99)	0,035
Ocupación				
Agricultor	45(28,1)	701(29,3)	0,94(0,42-2,15)	0,895

Minero	4(2,5)	16(0,7)	3,24(1,65-6,36)	0,001
Comerciante	6(3,8)	56(2,3)	1,56(0,74-3,31)	0,243
Policía	31(19,4)	246(10,3)	1,97(1,08-3,60)	0,028
Personal de salud	7(4,4)	49(2,1)	2,04(1,01-4,12)	0,048
Obrero	3(1,9)	14(0,6)	2,85(0,98-8,25)	0,054

*Datos descriptivos expresados en medianas y rangos intercuartílicos.

En el análisis bivariado, se encontró que el consumo alcohólico estuvo asociado al ser trabajador minero ($p < 0,001$). **Tabla 2.**

Tabla 4. Análisis bivariado de consumo alcohólico según la ocupación en zonas rurales del Perú.

Variable	Consumo alcohólico N (%)		RPc(IC95%)	Valor <i>p</i>
	Si	No		
Sexo				
Masculino	380(51,1)	710(60,5)	1,39(0,77-2,52)	0,279
Femenino	364(48,9)	1087(60,5)		
Edad (años)*	36(25-50)	35(25-46)	1,01(0,99-1,01)	0,099
Ocupación				
Agricultor	220(29,6)	527(29,3)	1,01(0,64-1,60)	0,972
Minero	19(2,6)	1(0,1)	3,30(1,88-5,81)	<0,001
Comerciante	15(2,0)	47(2,6)	0,82(0,37-1,82)	0,630
Policía	73(9,8)	202(11,2)	0,90(0,43-1,85)	0,768
Personal de salud	25(3,4)	29(1,6)	1,60(0,73-3,49)	0,237
Obrero	8(1,1)	8(0,5)	1,71(0,65-4,52)	0,276

*Datos descriptivos expresados en medianas y rangos intercuartílicos.

En el análisis bivariado, se obtuvo que estuvo asociado al padecer de depresión el ser minero ($p=0,017$) y el ser obrero ($p=0,005$). **Tabla 5.**

Tabla 5. Análisis bivariado de depresión según la ocupación en zonas rurales del Perú.

Variable	Depresión N (%)		RPc(IC95%)	Valor p
	Si	No		
Sexo				
Masculino	435(45,2)	658(41,6)	1,09(0,87-1,38)	0,439
Femenino	528(54,8)	924(58,4)		
Edad (años)*	36(27-48)	35(25-47)	1,00(0,99-1,01)	0,606
Ocupación				
Agricultor	338(35,1)	405(25,6)	1,31(0,97-1,77)	0,078
Minero	5(0,5)	15(1,0)	0,65(0,47-0,93)	0,017
Comerciante	21(2,2)	41(2,6)	0,83(0,61-1,30)	0,555
Policía	84(8,7)	193(12,2)	0,78(0,52-1,17)	0,232
Personal de salud	23(2,4)	33(2,1)	1,09(0,77-1,54)	0,638
Obrero	11(1,1)	6(0,4)	1,72(1,18-2,50)	0,005

*Datos descriptivos expresados en medianas y rangos intercuartílicos.

No se obtuvieron variables asociadas a la ideación suicida. **Tabla 6.**

Tabla 6. Análisis bivariado de la ideación suicida según la ocupación en zonas rurales del Perú.

Variable	Ideación suicida N (%)		RPc(IC95%)	Valor <i>p</i>
	Si	No		
Sexo				
Masculino	94(55,0)	905(41,9)	1,63(0,76-3,49)	0,209
Femenino	77(45,0)	1257(58,1)		
Edad (años)*	29(23-46)	36(25-47)	0,99(0,95-1,04)	0,814
Ocupación				
Agricultor	26(15,2)	628(29,1)	0,46(0,10-2,14)	0,323
Minero	0(0,0)	20(0,9)	No converge	
Comerciante	1(0,6)	42(1,9)	0,31(0,06-1,61)	0,165
Policía	28(16,4)	249(11,5)	1,45(0,49-4,29)	0,498
Personal de salud	6(3,5)	50(2,3)	1,48(0,71-3,10)	0,300
Obrero	1(0,6)	16(0,7)	0,80(0,21-3,09)	0,748

*Datos descriptivos expresados en medianas y rangos intercuartílicos.

Se encontró, en el análisis multivariado, que el personal de salud tenía mayores frecuencias de consumo de tabaco (RPa: 2,53; IC95%: 1,63-3,92); los obreros tenían mayor frecuencia de depresión (RPa: 1,74; IC95%: 1,22-2,47); los que trabajaban en minas tenían mayores frecuencias de consumo de alcohol (RPa: 2,98; IC95%: 1,94-4,58) y de padecer enfermedades crónicas (RPa: 3,57; IC95%: 1,93-6,61), sin embargo, ellos también tenían menos frecuencia de depresión (RPa: 0,63; IC95%: 0,43-0,95), todos estos ajustados por el sexo y la edad de los encuestados. **Tabla 7.**

Tabla 7. Análisis multivariado de factores socio-patológicos según la ocupación en zonas rurales del Perú.

Profesión / ocupación	Factor socio-patológico RPa (IC95%)			
	Fuma	Bebidas alcoh.	Depresión	Ideac. suicida
Agricultor	0,52(0,23-1,19)	0,78(0,49-1,25)	1,33(0,95-1,88)	0,28(0,07-1,13)
Minero	1,70(0,91-3,18)	2,98(1,94-4,58)	0,63(0,43-0,95)	No converge
Comerciante	1,54(0,77-3,06)	0,83(0,37-1,84)	0,90(0,62-1,30)	0,31(0,06-1,64)
Policía	1,73(0,99-3,02)	0,89(0,44-1,77)	0,78(0,52-1,17)	1,40(0,56-3,48)
Personal de salud	2,53(1,63-3,92)	1,77(0,79-3,95)	1,12(0,77-1,61)	1,58(0,75-3,34)
Obrero	1,71(0,43-6,81)	1,75(0,75-4,06)	1,74(1,22-2,47)	0,67(0,24-1,84)

CAPÍTULO V: Discusión

Se encontró que las ocupaciones que se asociaron a ser fumador fueron ser minero, policía y personal de salud. Sin embargo, la diferencia se mantuvo en el análisis multivariado solamente para personal de salud. Esto concuerda con otros estudios donde la incidencia de tabaquismo en los médicos y otros profesionales del sector salud es mayor que el de la población general (40), pudiendo llegar a prevalencias de 43,1% para médicos y 29,3% para enfermeras (41). Esto representa una gran contradicción, pues la mayoría de los trabajadores sanitarios que fuman saben que esto representa un riesgo para su salud (42).

Esta situación complica la labor del personal de salud en el cambio de estilo de vida saludable de la población, pues se ha reportado que, por ejemplo, las enfermeras que fuman tienden a evitar tratar el tema con sus pacientes o sentirse limitadas para hacerlo (43); situación especialmente complicada en zonas rurales, que son la que nos ocupan en este estudio, donde el liderazgo del personal de salud en las comunidades puede ser mucho mayor que en otros contextos.

Existen estudios que demuestran que médicos y enfermeras con hábitos de vida poco saludables, por ejemplo bajo nivel de actividad física, tienden a tener menor compromiso con la promoción de estos estilos de vida en sus pacientes (44), esto podría extrapolarse para otros hábitos como el tabaquismo.

Sin embargo, también es necesario mencionar que los trabajadores de la salud, actualmente y en otros contextos, se han percatado de la importancia de dejar de fumar, no solo para su salud, sino también para poder ejercer de mejor manera su labor asistencial (45).

Con respecto al alcoholismo, en el análisis bi y multivariado se asoció significativamente con los mineros frente a las demás ocupaciones. Esto conviene con Zyaambo et al. quienes reportan un alto consumo de alcohol en pueblos mineros (46) y con los resultados reportados por Burnhams et al. Donde se muestra que los sectores industriales y públicos son los que tienen más problemas por alcoholismo, se menciona también en este estudio que el sector financiero y de servicio, que tienden a abusar de otras drogas (47).

La productividad de los trabajadores se puede ver afectada por el alcoholismo y por lo tanto constituir un peligro adicional, aumentando los accidentes laborales y problemas de salud. (48); pues se varios estudios han reportado que el consumo de bebidas alcohólicas está relacionado a un mayor número de accidentes laborales y conflictos en el trabajo (49); así como también de consecuencias económicas, como disminución del rendimiento, ausentismo y bajas laborales (50).

Asimismo, Buchanan encontró que existe una gama de niveles de alcohol en sangre significativamente asociados a tener un mayor riesgo de accidentes, pero la probabilidad de ser descubierto por un supervisor es baja, exponiendo al resto de los empleos a accidentes laborales. (51). La mayor prevalencia de consumo de alcohol en trabajadores de la industria minera, como en otras industrias dominadas por hombres (es decir, con una clara mayoría de trabajadores del sexo masculino) (52), podría estar asociada a factores demográficos (por ejemplo ser varón o la edad), eventos negativos en la vida, depresión, las condiciones de trabajo (alta carga laboral, estrés o poca ayuda institucional), ambiente humano, usar el alcohol para relajarse después del trabajo y en estratos socioeconómicos bajos (sobre todo en los que reciben un progresivo y rápido aumento de su remuneración, como suele suceder con los trabajadores mineros) (53).

En lo que compete a la depresión, se encontró que ser minero es un factor inversamente asociado a la depresión y que los obreros tienen un mayor nivel de depresión que el resto de ocupaciones. La mayoría de investigaciones que estudiaron la salud mental de los trabajadores concluyen que esto está determinado principalmente por las políticas de la empresa con respecto a este tema y los estilos de vida que llevan los trabajadores; en lo que respecta a la depresión en mineros, esta depende en gran medida de las políticas laborales de la empresa, las características del trabajo, las interacciones interpersonales y el estilo de vida y su impacto, tal como lo revela una investigación (54). Si bien estos factores influyen de manera importante en el nivel de depresión de los trabajadores mineros, el nivel socioeconómico también cumple un rol importante, pues la actividad minera es una de las mejor remuneradas.

Existen diversos estudios que demuestran que a mayor nivel socioeconómico, la prevalencia de depresión y sus síntomas disminuyen proporcionalmente (55) incluso en seguimiento a largo plazo (56). Los factores del estilo de vida y las políticas de la empresa sobre el ambiente laboral también influyen sobre el nivel de depresión de los obreros, quienes presentan una mayor prevalencia de depresión que el resto de trabajadores. Asimismo, la vulnerabilidad ante los accidentes laborales propia de este tipo de ocupación hace que aumente la depresión asociada a accidentes del trabajo y estados de limitación física como consecuencia (57).

La selección de la muestra fue la principal limitación de este estudio, ya que esta es por conveniencia. Aun así, los resultados son relevantes ya que se trata del primer estudio de su tipo realizado en esta población y el tamaño muestral es considerable.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Conclusión General

Los factores crónicos socio-patológicos en trabajadores rurales de once poblados del Perú fueron que aquellos que consumían más tabaco eran personal de salud, los que consumían más alcohol eran mineros y que la depresión se presentaba con mayor frecuencia en los obreros.

Conclusiones específicas

El consumo de tabaco en zonas rurales del Perú fue un factor de riesgo asociado al sexo, a la edad y a tres ocupaciones (ser minero, policía y personal de salud).

El consumo alcohólico en zonas rurales del Perú fue un factor de riesgo asociado al pertenecer a la ocupación minero.

La depresión en zonas rurales del Perú fue un factor de riesgo asociado al pertenecer a la ocupación minero

La ideación suicida en zonas rurales del Perú no se encontró asociado ni al sexo, ni a la edad ni a ninguna de las ocupaciones evaluadas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda ampliar los estudios sobre la salud mental y los trastornos que conciernan a esta, ya que se ha encontrado que algunas alteraciones de la esfera mental están asociadas a algunas ocupaciones en la población rural.

Se recomienda que se realicen charlas preventivas promocionales en las instituciones correspondientes de modo que toda la población susceptible se encuentre informada de los problemas y consecuencias a los que puede llevar el tabaquismo y el alcoholismo.

Es recomendable que las instituciones correspondientes realicen de forma periódica evaluaciones psicológicas a sus trabajadores, ya que con estos podrán detectar de forma temprana casos de depresión e ideación suicida y darle el seguimiento correspondiente.

Referencias bibliográficas

1. OMS | Salud mental [Internet]. WHO. [citado 28 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
2. OMS | Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. WHO. [citado 28 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
3. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio De Sanidad y Consumo Centro De Publicaciones. Madrid 2008.
4. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health. 2006;32(6):443-62.
5. WHO | Alcohol [Internet]. WHO. [citado 28 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
6. WHO | Tobacco [Internet]. [citado 28 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
7. Comisión Nacional para el desarrollo de Vida sin Drogas. DEVIDA. III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2006. 2006.
8. Feria J. OPS OMS | Informe mundial de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 28 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9564%3A2014-global-who-report-highlights-negative-health-impacts-of-cohol&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es

9. Ekpu VU, Brown AK. The Economic Impact of Smoking and of Reducing Smoking Prevalence: Review of Evidence. *Tob Use Insights*. 14 de julio de 2015; 8:1-35.
10. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med*. abril de 2014;44(6):1303-17.
11. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). DEPRESSION. PubMed Health [Internet]. 2010 [citado 28 de octubre de 2016]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0016626/>
12. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [sede Web] 2017. [acceso 17 de enero de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/depression/es/#].
13. Brenner B, Cheng D, Clark S, Camargo CA. Positive Association between Altitude and Suicide in 2584 U.S. Counties. *High Alt Med Biol*. abril de 2011;12(1):31-5.
14. Cottini E, Lucifora C. Mental Health and Working Conditions in Europe. *Ind Labor Relat Rev*. 1 de julio de 2013;66(4):958-88.
15. Cocker F, Martin A, Scott J, Venn A, Sanderson K. Psychological Distress, Related Work Attendance, and Productivity Loss in Small-to-Medium Enterprise Owner/Managers. *Int J Environ Res Public Health*. octubre de 2013;10(10):5062-82.
16. Cocker F, Nicholson JM, Graves N, Oldenburg B, Palmer AJ, Martin A, et al. Depression in Working Adults: Comparing the Costs and Health Outcomes of Working When Ill. *PLoS ONE* [Internet]. 2 de septiembre de 2014 [citado 28 de octubre de 2016];9(9). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4152191/>
17. WADA K, ARAKIDA M, WATANABE R, NEGISHI M, SATO J, TSUTSUMI A. The Economic Impact of Loss of Performance Due to Absenteeism and Presenteeism Caused by Depressive Symptoms and Comorbid Health Conditions among Japanese Workers. *Ind Health*. septiembre de 2013;51(5):482-9.
18. Van Dongen JM, van Wier MF, Tompa E, Bongers PM, van der Beek AJ, van Tulder MW, et al. Trial-Based Economic Evaluations in Occupational Health. *J Occup Environ Med*. junio de 2014;56(6):563-72.
19. Congreso de la República del Perú. Ley 29783, Ley de seguridad y salud en el trabajo. *Diario Oficial El Peruano*; 2011 agosto;4–16.

20. Perú. Desarrollo de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo «Seguridad y Salud en Iberoamérica [Internet]. [citado 28 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.oiss.org/revista/?p=318>
21. Catalina Vargas Ramos BZG. Disminución Auditiva de Trabajadores Expuestos a Ruido en una Empresa Metalmeccánica. Ciencia & Trabajo. 2012;(35).
22. Ministerio de Salud. Anexo 5 D.S. N° 09-97-SA Actividades productivas de alto riesgo. 2002 16;31–41.
23. Gomero Cuadra R, Palomino Baldeon J, Llap Yesan C. Los programas de vigilancia médica ocupacional en los centros de trabajo. Rev Medica Hered. 2006;17(2):115–7.
24. OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. [citado 09 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
25. Defensoría del Pueblo, Salud Mental y Derechos Humanos Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables: Informe Defensorial N° 140, [citado 09 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf
26. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004. Lima: IESM HD-HN; 2004.
27. Trucco M. Promoción de la salud mental en el ámbito laboral. Informe a la OPS. Washington, D.C. 1998.
28. Trucco M, Rebolledo P y cols. Temas de salud mental. Hospital del Trabajador, ACHS. 1994.
29. BKK Bundesverband / ENWHP Secretariat. Guía laboral sobre salud mental. [citado 09 de agosto de 2016]. Disponible en: <https://www.incorporasaludmental.org/images/doc/Guia%20Laboral%20sobre%20Salud%20Mental.pdf>
30. Stiles D. Video display terminal operators. Technology's biopsychosocial stressors. J Am Assoc Occup Health Nurses. 1994; 42:541-547

31. Mishima, N, S Nagata, T Haratani, N Nawakami, S Araki, J Hurrell, S Sauter, and N Swanson. 1995. Mental health and occupational stress of Japanese local government employees. Presentado en la Conferencia "Work, Stress, and Health '95: Creating Healthier Workplaces", 15 de septiembre de 1995, Washington, DC.
32. Cox T, Griffith A, Rial-González E. Research: Work-related stress. EASHW. 2000.
33. U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
34. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [sede Web] 2017. [acceso 17 de enero de 2019]. Disponible en: [<https://www.who.int/topics/depression/es/#>].
35. Organización Internacional del trabajo. Seguridad y salud en el trabajo 2017. [sede Web]. [acceso 17 de enero de 2019]. Disponible en: [<https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang--es/index.htm>].
36. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: Un estado de bienestar. . [sede Web] 2013. [acceso 17 de enero de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/]
37. Blas Gómez. Manual de prevención de riesgos laborales. Primera edición. Marge Books. 2017.
38. Quiñones-Laveriano DM, Espinoza-Chiong C, Scarsi-Mejia O, Rojas-Camayo J, Mejia CR. Altitud geográfica de residencia y dependencia alcohólica en pobladores peruanos. Rev Colomb Psiquiat. 2015, 45(2): 1-8.
39. Nuevo R. Sensibilidad y especificidad del cuestionario de preocupación y ansiedad para la detección del trastorno de ansiedad generalizada en la edad avanzada. Rev Psicopatol Psicol Clin. 2005;10(2):135-42.
40. Tapia-Conyer R, Cravioto P, de la Rosa B, Galván F, García-de la Torre G, Kuri P. Cigarette smoking; knowledge and attitudes among Mexican physicians. Salud Publica Mex. diciembre de 1997;39(6):507-12.

41. Arenas Monreal L, Hernández Tezoquipa I, Jasso Victoria R, Martínez PC, Menjivar Rubio A. PREVALENCIA DE TABAQUISMO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS EN LOS ESTADOS DE MORELOS Y GUANAJUATO. Rev Inst. Nac. Enfermedades Respir. diciembre de 2004;17(4):261-5.
42. Varona Pérez P, Fernández Larrea N, Bonet Gorbea M, Roche G, Guillermo R, Salas I, et al. Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. Rev Cuba Med Gen Integral. junio de 2000;16(3):221-6.
43. Mujika A, Arantzamendi M, Lopez-Dicastillo O, Forbes A. Nurses and smoking: a qualitative study. Eur J Public Health. 1 de octubre de 2014;24(suppl 2): cku164.117.
44. Fie S, Norman IJ, While AE. The relationship between physicians' and nurses' personal physical activity habits and their health-promotion practice: A systematic review. Health Educ J. 11 de enero de 2012;17896911430763.
45. M.V. Juárez-Jiménez, F.J. Valverde-Bolívar, A. Pérez-Milena, A. Moreno-Corredor. Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía (España) [Internet]. [citado 28 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359314003165>
46. Zyaambo, Cosmas; Babaniyi, Olusegun; Songolo, Peter; Muula, Adamson S; Rudatsikira, Emmanuel; et al.. American Medical Journal 4.1 (2013): 6-11.
47. Harker Burnhams N, Dada S, Linda B, Myers B, Parry C. The extent of problematic alcohol and other drug use within selected South African workplaces. SAMJ South Afr Med J. enero de 2013;103(11):845-7.
48. Marques PH, Jesus V, Olea SA, Vairinhos V, Jacinto C. The effect of alcohol and drug testing at the workplace on individual's occupational accident risk. Saf Sci. octubre de 2014; 68:108-20.
49. Kunar BM, Bhattacharjee A, Chau N. Relationships of Job Hazards, Lack of Knowledge, Alcohol Use, Health Status and Risk Taking Behavior to Work Injury of Coal Miners: A Case-Control Study in India. J Occup Health. 2008;50(3):236-44.
50. Bastús NB. Problemas laborales asociados al consumo de alcohol. Adicciones [Internet]. 15 de diciembre de 2002 [citado 28 de octubre de 2016];14(5). Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/526>

51. Buchanan DJ. Studies on Blood Alcohol in the Workers of a Zambian Copper Mine. *Alcohol Alcohol*. 1 de enero de 1988;23(3):239-42.
52. Gardiner M, Tiggemann M. Gender differences in leadership style, job stress and mental health in male - and female - dominated industries. *J Occup Organ Psychol*. 1 de septiembre de 1999;72(3):301-15.
53. Roche AM, Lee NK, Battams S, Fischer JA, Cameron J, McEntee A. Alcohol use among workers in male-dominated industries: A systematic review of risk factors. *Saf Sci*. octubre de 2015; 78:124-41.
54. Mclean KN. Mental health and well-being in resident mine workers: Out of the fly-in fly-out box. *Aust J Rural Health*. 1 de junio de 2012;20(3):126-30.
55. Rai D, Zitko P, Jones K, Lynch J, Araya R. Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. *Br J Psychiatry*. 1 de marzo de 2013;202(3):195-203.
56. Melchior M, Chastang J-F, Head J, Goldberg M, Zins M, Nabi H, et al. Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *Mol Psychiatry*. enero de 2013;18(1):112-21.
57. Kim J. Depression as a psychosocial consequence of occupational injury in the US working population: findings from the medical expenditure panel survey. *BMC Public Health*. 2013; 13:303.

Glosario

	Página
Cap. I Introducción	11
Cap. II Marco teórico	14
Cap. III Métodos	21
Cap. IV Resultados	25
Cap. V. Discusión	32
Cap. VI Conclusión	35
Referencias bibliográficas	37

Anexos

Aprobación del proyecto de investigación

Encuesta

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad: _____

Ocupación: _____

Test de Zung

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o llorumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Test de CAGE:

¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	Si (<u> </u>) No (<u> </u>)
¿Ha tenido usted la impresión de que debería beber menos?	Si (<u> </u>) No (<u> </u>)
¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?	Si (<u> </u>) No (<u> </u>)
¿Alguna vez lo primero que se ha planteado por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de la resaca?	Si (<u> </u>) No (<u> </u>)

Test de Fagerström

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos..... (<u> </u>)	De 6 a 30 minutos..... (<u> </u>)
De 31 a 60 minutos..... (<u> </u>)	Más de 60 minutos..... (<u> </u>)
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)? Si (<u> </u>) No (<u> </u>)	
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar? El primero de la mañana (<u> </u>) Cualquier otra (<u> </u>)	
¿Cuántos cigarrillos fuma al día? Menos de 10 cigarrillos/día.....(<u> </u>) Entre 11 y 20 cigarrillos/día.....(<u> </u>) Entre 21 y 30 cigarrillos/día.....(<u> </u>) 31 o más cigarrillos.....(<u> </u>)	
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día? Si (<u> </u>) No (<u> </u>)	
¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día? Si (<u> </u>) No (<u> </u>)	

Test de Ideación suicida

- Deseo de vivir:** [0] Moderado a fuerte [1] Poco (débil) [2] Ninguno (no tiene)
 - Deseo de morir:** [0] Ninguno (no tiene) [1] Poco (débil) [2] Moderado a fuerte
 - Razones para vivir/morir:** [0] Vivir supera a morir [1] Equilibrado (es igual) [2] Morir supera a vivir
 - Deseo de realizar un intento de suicidio activo** [0] Ninguno (inexistente) [1] Poco (débil) [2] Moderado a fuerte
 - Deseo pasivo de suicidio** [0] Tomaría precauciones para salvar su vida [1] Dejaría la vida/muerte a la suerte
[2] Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida
-
- Duración** [0] Breves, periodos pasajeros [1] Periodos largos [2] Continuos (crónicos) casi continuos
 - Frecuencia** [0] Rara (ocasionalmente) [1] Intermitente [2] Persistente y continuos
 - Actitud hacia los pensamientos/deseos de suicidio** [0] Rechazo [1] Ambivalente; indiferente [2] Aceptación
 - Control sobre la acción/deseo de suicidio** [0] Tiene sentido de control [1] Inseguridad de control [2] No tiene sentido de control
 - Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)** [0] No lo intentaría porque algo lo detiene
[1] Cierta duda hacia los intereses que lo detienen [2] Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen indicar que factores los detienen
 - Razones para pensar/desear el intento suicida**
[0] Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza [1] Combinación de 0 y 2 [2] Escapar, acabar, salir de problemas
 - Método: especificidad/oportunidad de pensar en el intento suicida**
[0] Sin considerar [1] Considerado, pero sin elaborar los detalles [2] Detalles elaborados/bien formulados
 - Método: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento**
[0] Método no disponible, no oportunidad [1] Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente
[2] Método y oportunidad disponible [2a] Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método
 - Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento**
[0] Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente [1] No está seguro de tener valor [2] Está seguro de tener valor
 - Expectativa/anticipación de un intento real** [0] No [1] Sin seguridad, sin claridad [2] Sí
 - Preparación real** [0] Ninguna [1] Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos) [2] Completa
 - Nota suicida** [0] Ninguna [1] Sólo pensaba, iniciada, sin terminar [2] Escrita terminada
 - Acciones finales para preparar la muerte (testamentos, arreglos, regalos)** [0] No [1] Sólo pensados, arreglos parciales [2] Terminados
 - Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida** [0] Revela las ideas abiertamente [1] Revela las ideas con reserva [2] Encubre, engaña, miente