UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

ESCUELA DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

"ESTADO DE SALUD Y ENFERMEDADES DEL TRABAJADOR EN UNA FÁBRICA DE LIMA, 2013"

TESIS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTER EN SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

AUTOR

HENRY LOWELL ALLPAS GÓMEZ

ASESORA
VILMA LUCRECIA TAPIA AGUIRRE

Lima – Perú
2015

DEDICATORIA

A Dios y a Mis Padres por ser ellos la naturaleza misma que me dieron la vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por iluminarme cada día.

A mis padres y hermanos por su confianza y apoyos.

A la Mg. Vilma Tapia Aguirre por su asesoría permanente y sus enseñanzas.

A Jarvis Raraz Vidal por su apoyo en la ejecución de la tesis.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN 1

1.1Situación problemática 2

1.2 Formulación del Problema.....3

1.3 Justificación Teórica 3

1.4 Justificación Práctica 3

1.5 Objetivos.....4

1.5.1 Objetivo General.....4

1.5.2 Objetivos Específicos 4

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO.....5

2.1 Marco Filosófico o Epistemológico de la Investigación 5

2.2 Antecedentes de Investigación.....9

2.3 Bases Teóricas.....12

CAPITULO 3: MÉTODOLOGIA.....23

CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION.....31

4.1 Análisis, Interpretación y Discusión de Resultados.....31

4.2 Pruebas de Hipótesis.....46

4.3 Presentación de Resultados.....47

CONCLUSIONES.....48

RECOMENDACIONES.....49

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....50

ANEXOS.....55

LISTA DE CUADROS

Tabla N° 1. Características de la edad de los trabajadores según área laboral, Lima 2013.

Tabla N° 2. Características de los trabajadores según género, Lima 2013.

Tabla N° 3. Características cuantitativas del SF 36 en los Trabajadores de una Fábrica de Lima, 2013.

Tabla N° 4. Clasificación General del Estado de Salud Percibida de los Trabajadores, Lima 2013.

Tabla N° 5. Características del Estado de Salud Percibida según género de los administrativos en una Fábrica de Lima, 2013.

Tabla N° 6. Características Clínicas, según género y área laboral de los trabajadores de una fábrica, Lima 2013.

Tabla N° 7. Características Generales de las Enfermedades según el área laboral de los trabajadores, Lima 2013.

Tabla N° 8. Clasificación de acuerdo a enfermedades relacionadas al trabajo en una fábrica de Lima, 2013.

Tabla N° 9. Estado de Salud y Enfermedades del Trabajador en una fábrica de Lima, 2013.

LISTA DE FIGURAS

Grafico N° 1. Distribución de los trabajadores de acuerdo al área laboral, Lima 2013.

Grafico N° 2. Características Generales del Estado de Salud Percibida de los Trabajadores, Lima 2013.

Gráfico N° 3. Características del Estado de Salud Percibida de los Obreros, Lima 2013.

Gráfico N° 4. Características del Estado de Salud Percibida de los Administrativos, Lima 2013.

Grafico N° 5. Enfermedades relacionadas al trabajo en los obreros de una fábrica de Lima, 2013.

Grafico N° 6. Enfermedades relacionadas al trabajo en los administrativos de una fábrica de Lima, 2013.

Gráfico N° 7. Estado de Salud y sexo de los trabajadores administrativos de una fábrica de Lima, 2013.

RESUMEN

Introducción: Es importante conocer el estado de salud percibida y las enfermedades del trabajador para poder intervenir en el momento adecuado. **Objetivo:** Determinar estado de salud percibida y de las enfermedades del trabajador según área laboral. **Métodos:** La investigación fue de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Se realizó en una fábrica de plásticos de Lima, según los criterios de selección, ingresaron al estudio 121 trabajadores. Se aplicó la Ficha Técnica de Recolección de Datos que fue en dos momentos e incluía; el "Cuestionario de Salud" (SF-36 Health Survey, V2) y los datos médicos ocupacionales. Se realizó el Análisis Estadístico Descriptivo (media, desviación estándar, frecuencias y respectivos IC 95%), se consideró un nivel de significancia ($p<0,05$) y un nivel de confiabilidad del 95%. Se empleó el paquete estadístico SPSS y Microsoft Excel. **Resultados:** La población de estudio tuvo dos áreas ocupacionales: obreros y administrativos, la edad media fue 37,48 años. El sexo masculino representó el 83,5%. El SF-36 obtuvo un alfa de Cronbach de 0,89. El "Estado de Salud Percibida de los Trabajadores" fue regular, al sumar los porcentajes del regular y mal estado de salud de los trabajadores superan el 70%. **Conclusiones:** El Estado de salud percibida de los trabajadores resultó ser regular, de acuerdo a cada una de las enfermedades halladas. Las enfermedades más frecuentes en las dos áreas ocupacionales fueron: en el grupo I ametropía e hipoacusia, en el grupo II la dislipidemia y el sobrepeso.

Palabras clave: Estado de salud percibida, enfermedades del trabajador, administrativo y obrero.

ABSTRACT

Introduction: It is important to know the status of perceived health and diseases of the worker to be able to intervene at the appropriate time. **Objective**: Determine the state of self-perceived health and diseases of the worker labor according to area. **Methods:** The research was descriptive, prospective and cross-sectional. Was carried out in a plastics plant in Lima, according to the criteria of selection, entered the study 121 workers. The tab was applied Technical Data Collection that was in two moments and included; the "Health Questionnaire" (SF-36 Health Survey, V2) and the occupational medical data. The descriptive statistical analysis (mean, standard deviation, and respective frequencies 95 %), is considered a level of significance ($p<0.05$) and a reliability level of 95 %. We use the statistical package SPSS and Microsoft Excel. **Results:** The study population had two occupational areas: workers and administrative, the average age was 37.48 years. Males accounted for 83.5 %. The SF-36 obtained a Cronbach alpha of 0.89. The "State of Perceived Health of the Workers" was regular; adding up the percentages of the regular and poor health status of workers exceeds 70 %. **Conclusions:** The State of self-perceived health of workers turned out to be regular, according to each of the diseases found. The most frequent diseases in two occupational areas were: in the group I ametropía and hearing loss, in group II dyslipidemia and overweight.

Key Words: Perceived health status, diseases of the worker, administrative and laborer.

CAPITULO I: INTRODUCCION

La responsabilidad de la salud de los trabajadores y de las condiciones del ambiente laboral es tripartida: estado, empresa y trabajador, siendo el empleo uno de los aspectos más importantes que condicionan nuestra vida, nuestras relaciones y nuestra salud. Valorar la percepción del estado de salud de los trabajadores juega un rol importantísimo en las empresas para así tener una impresión general e individual del bienestar de los trabajadores y de esa manera generar mayores compromisos, cambios e indirectamente más ingresos a la empresa. Los estudios epidemiológicos han demostrado que, entre ciertos sectores de la población trabajadora, se puede encontrar una mayor prevalencia o predisposición a desarrollar alteraciones del estado nutricional, la hipertensión, dislipidemias, trastornos del sistema locomotor, enfermedades respiratorias crónicas no específicas, patologías visuales, enfermedad ácido-péptica, patologías auditivas y una serie de trastornos del comportamiento, se sabe también que las enfermedades generales que afectan a los trabajadores, por ejemplo, las enfermedades transmisibles, la parasitosis y la malnutrición en los países en desarrollo, pueden ser agravadas por los riesgos ocupacionales, por ello, es necesario conocer las enfermedades de los trabajadores de manera colectiva e individual, para implementar mejor la vigilancia médica ocupacional teniendo en cuenta que los programas de salud para los trabajadores deben abarcar todas las relaciones entre el trabajo, las enfermedades y el estado de salud del trabajador, el cual en corto, mediano y largo plazo es muy favorable para el trabajador y el empleador.

1.1 Situación Problemática

La salud es considerada como uno de los principales bienes que poseen las personas y por tanto, los diferentes estados y gobiernos destinan un número cada vez mayor de recursos para mejorar la asistencia sanitaria de sus ciudadanos. Es así que, la valoración del estado de salud es considerada como un buen predictor del estado de salud real del individuo (Menec, Chipperfield y Perry, 1999; Schneider et al., 2004). Independientemente de la pertenencia al grupo laboral, se cree que la autopercepción de la salud es un buen indicador del estado de salud real del trabajador. Además, la autoevaluación de la salud se ha utilizado en muchos estudios para analizar y predecir la morbilidad y mortalidad. (Chipperfield, 1993; Idler y Benyamini, 1997).

Se ha observado en la fábrica de plásticos que la estructura organizativa del área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) era deficiente, presentando una incompleta implementación. También se pudo observar, que muchos trabajadores referían diversos problemas como: inadecuada rotación, trabajo bajo presión, falta de un adecuado ambiente laboral, tener cansancio físico-mental, exceso de trabajo y que su salud percibida empeoraba con el tiempo. Al momento del estudio no se conocía con exactitud las enfermedades que presentaban los trabajadores de la fábrica, así mismo no existía una adecuada vigilancia médica ocupacional para el seguimiento de enfermedades del trabajador como: problemas auditivos, oftalmológicos, nutricionales, musculo-esqueléticos, dermatológicos y otras enfermedades y en el plan anual del área SST no se consideraban los aspectos para iniciar la ejecución de programas de salud nutricional, auditiva, oftalmológica, ergonómica, de pausas activas, manejo de estrés, buen clima laboral y entre otros, a pesar de que muchos trabajadores tenían síntomas y signos clínicos de diversas enfermedades sumado al temor por visitar al médico, psicólogo y a otros profesionales de la salud. Debido a lo expuesto anteriormente, el propósito de este estudio fue: determinar el estado de salud percibida y de las enfermedades del trabajador según área laboral en una fábrica de Lima, 2013.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es el estado de salud percibida y de las enfermedades del trabajador según área laboral en una fábrica de Lima, 2013?.

1.3 Justificación Teórica

La industrialización y el trabajo han tenido consecuencias negativas para la salud de los trabajadores. Lo cual, se derivan directamente de la exposición a factores de riesgo, tales como: físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales y entre otros y con ello la presencia y/o exacerbación de enfermedades en el trabajador.

Es necesario conocer el estado de salud percibida y las enfermedades del trabajador para poder intervenir en el momento adecuado.

El estado peruano, de acuerdo a la Ley N° 29783(Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo), la Ley N° 30222(Ley que Modifica la Ley N° 29783) y la RM N° 312-2011/MINSA("Protocolos de Exámenes Médicos Ocupacionales y Guías de Diagnóstico de los Exámenes Médicos Obligatorios por Actividad) con sus Modificatorias(RM N° 004-03 de enero de 2014/MINSA y RM N° 571-26 de julio de 2014/MINSA), tiene por finalidad "Proteger y promover la seguridad y salud de los trabajadores así como generar ambientes de trabajo saludables; y servicios de salud ocupacional adecuados para los trabajadores" y cuya Base Legal se sustenta en correlación con los organismos internacionales(1. Resolución WHA N° 60.26 de la 60 Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la "Salud de los Trabajadores: Plan de Acción Mundial". 2. Recomendación N° 171 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre los Servicios de Salud en el Trabajo y 3. Decisión N° 584, Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo).

1.4 Justificación Práctica

Al conocer estado de salud percibida (bueno, regular y malo)y las enfermedades de los trabajadores, va a permitir al área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) a tener mayores elementos fundados para que la empresa precise su atención e

intervención inmediata, al mismo tiempo fortalecer dicha área y también al Comité de seguridad en el trabajo.

Así se podrá incentivar a los trabajadores a participar activamente, siendo parte de los programas que se irán implementando progresivamente dentro dela Vigilancia Médica Ocupacional tales como: seguimiento de enfermedades relacionadas al trabajo, programas de salud nutricional, auditiva, oftalmológica, ergonómica, de pausas activas, manejo de estrés, buen clima laboral y entre otros, integrando de esta manera a todos los trabajadores de la empresa tanto administrativos como obreros.

1.6 Objetivos de la Investigación

1.5.1. Objetivo General

-Determinar el estado de salud percibida y las enfermedades del trabajador según área laboral en una fábrica de Lima, 2013.

1.5.2. Objetivos Específicos

-Estimar el estado de salud percibida del trabajador según área laboral en una Fábrica de Lima, 2013.

-Estimar el estado de salud percibida del trabajador según sexo en el área administrativa en una fábrica de Lima 2013.

- Identificar y clasificar las enfermedades relacionadas al trabajo según área laboral en una fábrica de Lima, 2013.

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Filosófico o Epistemológico de la Investigación.

2.1.1 Conceptos básicos del Proceso Salud – Enfermedad

"El proceso salud- enfermedad humano es un proceso complejo, que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos y sociales y sus interacciones, que forman parte de la actividad humana y que garantizan la estabilidad o inestabilidad, la existencia o muerte del hombre y sus sistemas de relaciones, y donde los procesos sociales desempeñan un papel de determinación, pero no agotan, ni sustituyen a los procesos psíquicos o biológicos." (Araujo R, 2000).

La construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad y cada grupo familiar resuelve cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina (Kornblit, 2000).

Dada la ausencia de términos específicos en castellano resulta difícil distinguir entre la enfermedad como padecimiento (illness) y la enfermedad como un estado reconocido y clasificado por la intervención de un profesional (disease). El primero alude a la dolencia vivida por el sujeto y la segunda a la condición objetiva (Gómez, 2000). Esta doble perspectiva de la idea de enfermedad permite comprender más claramente el porqué de los comportamientos de las personas frente a situaciones de "enfermedad", ya que en algunos casos una dolencia considerada banal por un profesional puede desencadenar la intervención de distintos referentes o agentes de salud. Pero también sucede que un cuadro de enfermedad grave, diagnosticado como tal por profesionales, no es causa necesariamente de una búsqueda de ayuda (Kornblit et al 2000).

2.1.2 Conceptos básicos sobre Salud y Estado de Salud.

La salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades, en el que el individuo es capaz de desarrollar sus potencialidades creativas. Sin embargo numerosas personas tienen una visión más limitada y observan a la salud solo como la ausencia de enfermedad (Álvarez, 2001).

El concepto moderno de salud surge a partir de la concepción compleja y sistémica del ser humano como entidad psico-física y social y está representado por el estado en el cual el ser humano desempeña todas sus funciones, dentro de estos ámbitos, con normalidad. La salud se califica a partir del estado integral del cuerpo, la mente, las relaciones con los otros y la comunidad organizada y con el ambiente en su sentido más amplio. El desequilibrio funcional en una o varias de estas relaciones, en su intensidad y persistencia provocan el deterioro de la salud en distintos grados y acarrea, siempre, consecuencias individuales y colectivas (enfermedad). (Amar & Palacio, 2008).

El acceso a la salud es un derecho del ser humano y su violación debería ser, en la práctica, fuertemente repudiada y penada (OMS, 2013).

El estado de la salud es un importante indicador del nivel de satisfacción de las necesidades básicas, representadas por el estado/calidad de: la alimentación, la cobertura médica, la vivienda, el trabajo, la educación y el ambiente. La imposibilidad de acceder a las necesidades básicas es sinónimo de deterioro de la salud, pronóstico de peligro y daño. A partir de ello se desprende que la comunidad organizada debe, en forma ineludible e indelegable, generar los mecanismos a través de los cuales se brinden las posibilidades del acceso a la salud a todo ser humano. (Álvarez, 2001).

El estado de la salud individual y colectiva en una sociedad condiciona de manera profunda e inevitable su desarrollo intelectual, económico, productivo y social.

Toda sociedad y a distintas escalas (barrial, regional, nacional e internacional), establece un fuerte vínculo con su ambiente y provoca en él impactos negativos de distinta magnitud, cuya incidencia en la salud adquiere diversas formas y consecuencias. De esta manera surgen las patologías ambientales, definidas

como aquellas enfermedades provocadas por agentes externos, generados por las modificaciones ambientales producidas por el hombre a través de sus modelos socioeconómicos. Dentro de estas modificaciones, tal vez la más conspicua, sea la contaminación en todas sus formas y sus agentes contaminantes de naturaleza biológica, química y física. (Parkes, 2003).

Como referencia general de este tipo de enfermedades debemos citar:

- Las enfermedades del sistema respiratorio provocadas por gases y partículas contaminantes del aire.
- Las patologías gastrointestinales, sobre todo en la infancia, vinculadas a la contaminación química y biológica del agua.
- Las intoxicaciones provocadas por el consumo de alimentos contaminados.
- El incremento de ciertos tipos de tumores debido al aumento de radiación UV y otros tipos de radiaciones y productos químicos liberados al ambiente.

Muchos de los procesos de contaminación contribuyen a producir modificaciones a mayor escala, como es el caso del cambio climático global, que altera condiciones climáticas regionales contribuyendo a la reaparición, intensificación y difusión de plagas vectoras de agentes infecciosos. Los efectos que los contaminantes producen sobre la salud generan cuadros de diversa gravedad, que incluyen: enfermedades agudas, muerte, enfermedades crónicas y/o discapacitantes, enfermedades congénitas, dolencias temporales y cambios de comportamiento y/o emotivos permanentes y/o transitorios. (Restrepo & Málaga, 2001).

Algunas de estas patologías tienen alta incidencia en los sectores carenciales de la sociedad y constituyen las enfermedades de la pobreza, que en sí misma constituye una enfermedad porque discapacita al individuo, impidiéndole acceder a las necesidades básicas y a la integración social. Pero en mayor o menor grado, todos los sectores sociales se hallan expuestos directa o indirectamente a los contaminantes ambientales y sus efectos. También tienen un alto impacto sobre sectores más vulnerables que constituyen grupos de alto riesgo (mayor susceptibilidad) y dentro de los cuales se encuentran: lactantes, niños, ancianos, embarazadas, individuos desnutridos y/o físicamente debilitados. (Luna, 2005).

La degradación de los ámbitos naturales y espacios verdes atenta contra la relación que el ser humano necesita y debe tener con ellos, para satisfacer necesidades primarias mentales, espirituales y emocionales que le permitan rescatar su sentido de pertenencia al mundo natural y su devenir. En este sentido las grandes ciudades, sus aglomeraciones urbanas y suburbanas producto de complejos procesos socioeconómicos deformantes, constituyen ámbitos donde el ambiente natural está ausente o altamente degradado y se desarrollan procesos de contaminación de todo tipo provocando efectos altamente nocivos en la salud individual y colectiva. Pensemos, en este sentido, en los efectos que sobre la salud mental provocan la alienación, el hacinamiento, la marginación, las conductas agresivas, la sobre estimulación de todo tipo, el ruido y la casi ausencia de estructuras de contención y solidaridad. (Parkes, 2003).

2.1.3 Conceptos básicos sobre Enfermedad.

Se denomina enfermedad a toda alteración del equilibrio físico, mental y social de los individuos. Todos los organismos vivos están expuestos a padecer alguna enfermedad a raíz de numerosos agentes patógenos. Una noxa es todo factor capaz de provocar una enfermedad, sea por exceso, carencia o defecto dentro del organismo (Harrison, 2009).

Una enfermedad sobreviene cuando no se logra vencer la influencia de las noxas. Si alguno de los tres aspectos (físico, mental y social) que gobiernan la salud sufre un desequilibrio provoca un condicionamiento sobre el resto, ocasionando una enfermedad. La historia natural de la enfermedad es la evolución del proceso patológico sin intervención médica. Representa el curso de acontecimientos biológicos entre la acción secuencial de las causas componentes (etiología) hasta que se desarrolla la enfermedad y ocurre el desenlace (curación, paso a cronicidad o muerte) (Harrison, 2009).

2.2. Antecedentes.

2.2.1. García A., Santibáñez M. y Soriano G. (2004). Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores, España. Objetivo: Describir el estado de salud percibida en población trabajadora. Métodos: Se utilizó el cuestionario SF-36 para evaluar la salud percibida en una muestra de 3.915 trabajadores (65% hombres, 35% mujeres) de 239 empresas. El SF-36 es una herramienta validada con valores de referencia para la población española que mide salud percibida física, psíquica y social. Se recogió también información sobre edad de los trabajadores y características de las empresas (actividad, tamaño y nivel de riesgo alto, medio o bajo). Resultados y conclusiones: En comparación con los valores poblacionales de referencia, los trabajadores más jóvenes presentan peor estado de salud percibida. En general, las mujeres trabajadoras presentan mejor estado de salud general y mental que los hombres. En hombres trabajadores se observa que el riesgo de padecer alteraciones de la salud general, función física y función social aumenta conforme el nivel de riesgo en la empresa es mayor. El riesgo de alteraciones de la salud percibida en los trabajadores es también mayor en las empresas más pequeñas (<25 trabajadores) en comparación con las grandes (> 250 trabajadores).

2.2.2. Portillo R., Bellorín M., Sirit Y. y Acero C. (2008). Perfil de Salud de los Trabajadores de una Planta Procesadora de Olefinas del Estado Zulia, Venezuela. El Objetivo fue, determinar el perfil de salud de los trabajadores de una Planta procesadora de Olefinas para ello, se realizó un estudio observacional descriptivo, evaluando a 142 trabajadores de las áreas administrativa- técnica, operaciones y mantenimiento. A cada trabajador se le realizó una historia médico ocupacional, examen físico, exámenes de laboratorio, audiometría y evaluación visual. Encontraron una correlación positiva, significativa entre IMC y tensión sistólica. Por lo cual ellos concluyen que, existe una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.

2.2.3. Patiño F., Arango E., Lopera N., Ortiz N., Pérez E., Santamaría J., Botero J. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de actividad física. El objetivo fue determinar la percepción de la CVRS en usuarios de un programa de actividad física (AF). Metodología: estudio transversal en 177 sujetos pertenecientes a un programa de actividad física. Se aplicó el cuestionario SF-36 para evaluar la CVRS; se evaluó el consumo máximo de oxígeno (VO2máx) por medio de la prueba de 2.000 metros y se determinó la prevalencia de algunos factores de riesgo cardiovascular a partir de las historias clínicas. Conclusión: las personas estudiadas tienen una percepción buena de la CVRS; sin embargo, en quienes reportaron tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemias y baja potencia aeróbica se presentó una menor percepción de la CVRS; las personas con obesidad mostraron mejores puntajes en los dominios del componente mental y aquellos con bajo nivel de AF mostraron puntajes bajos en dicho componente.

2.2.4. Rodríguez M., Molina J., Jiménez C. y Pinzón T. (2011). Calidad de vida y actividad física en estudiantes, docentes y administrativos de una universidad de Bogotá. El objetivo de esta investigación fue identificar la relación entre el nivel de actividad física (AF) y la percepción de calidad de vida (CV) entre las personas que conforman la comunidad universitaria. El total de sujetos elegidos para este estudio fue de 558 personas: 83 docentes, 33 administrativos y 442 estudiantes, seleccionados aleatoriamente entre todas las facultades y dependencias de la universidad. Los resultados fueron obtenidos a partir del empleo de la versión corta del Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ), el Cuestionario de salud SF-36 y un instrumento para explorar las razones para realizar o no actividad física, desarrollado para la presente investigación. Se encontró una relación significativa y positiva entre la percepción de calidad de vida con respecto a la salud y los niveles de actividad física; dicha relación fue más acentuada en el grupo de administrativos, mientras que en el grupo de docentes se encontraron mayores niveles de actividad física.

2.2.5. Zárate-Amador A., Aguilar-Madrid G., Colunga-Rodríguez C., Haro-García L., Juárez-Pérez C. (2013). Perfil salud-enfermedad en los trabajadores de una empresa en el valle de México. El objetivo es, determinar el perfil salud-enfermedad de los trabajadores de una empresa. Material y métodos: Se realizó un estudio transversal al 90% del personal. Se utilizó el Programa para la Evaluación y el Seguimiento de la Salud de los Trabajadores, para determinar el perfil salud- enfermedad y determinar algunos de sus predictores. Resultados: Se estudiaron a 121 trabajadores. En los trabajadores del almacén, son mayores los riesgos y las exigencias laborales (83%) y las patologías estudiadas (52%). Los síntomas psicosomáticos se incrementan por ser vendedor, disminuyen cuando el salario es suficiente y por contar con otro trabajo. Discusión y conclusiones: Los vendedores y administrativos presentan incremento en los síntomas psicosomáticos y tensión arterial; a pesar de reportar menos riesgos y exigencias, con relación a los almacenistas. La satisfacción salarial y tener otro trabajo, disminuyen los síntomas psicosomáticos en estos trabajadores.

2.2.6. Londoño F., Arango E. y Patiño F. (2013) Calidad de Vida relacionada con la salud en usuarios de un programa comunitario de Actividad Física. El objetivo fue determinar la percepción de CVRS de los usuarios de un programa de Actividad Física (AF) en un municipio colombiano. Metodología: estudio transversal descriptivo. Participaron 1076 sujetos, con promedio edad 56,6 años DE 12,8; el 88,3% mujeres. Se evaluaron variables socio- demográfico, factores de riesgo cardiovascular, niveles de AF y la percepción de la CVRS. Se realizó el análisis univariado, bivariado (U de Mann-whitney y Kruskal Wallis) y multivariado exploratorio (regresión lineal). Significancia estadística $p<0,05$. Resultados: los puntajes de CVRS variaron entre 65 y 70,2 con valores más bajos en la dimensión "ambiental" y más alta dimensión "física" (ser hombre, mayor edad, educación baja, viudo, desempleado, fumar, ser hipertenso y tener diabetes mellitus); dimensión psicológica (mayor edad, educación baja, desempleado, fumador; dimensión "social" (educación baja); dimensión "ambiental" (vivir en área rural, educación baja, desempleado y obesidad por % de grasa). Conclusión: la

percepción de CVRS se deteriora con variables sociodemográficas como el ser hombre, tener mayor edad, poseer un bajo nivel educativo, estar desempleado y padecer enfermedades como el tabaquismo, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, con mayor afectación en las dimensiones "física" y "psicológica"

2.3. Bases Teóricas.

2.3.1 Estado de Salud.

Como vemos, la salud, bajo una concepción global depende de múltiples factores; admitir y adoptar este criterio permitiría replantear aspectos de nuestros modelos socioeconómicos y generar estrategias de vida comunitaria destinadas a lograr el acceso a las necesidades básicas.

2.3.1.1. Daños a la Salud Laboral:

Bournout (síndrome del quemado), baja motivación para el trabajo, reacciones de desajuste al trabajo (rechazo al medio laboral), fatiga mental, estrés laboral, sobre- carga de trabajo mental, insatisfacción laboral, depresiones, neurosis, ausentismo laboral, relaciones humanas conflictivas, consumo excesivo de tabaco, alcohol y otras drogas (fármaco dependencias), frustraciones y patologías psicosomáticas diversas. (Rodríguez, 2000).

2.3.1.2 Daños a la Salud Social:

a. Nivel Individual:

Limitación funcional, secuelas de la enfermedad o el accidente, problemas económicos, frustraciones, insatisfacción y agresividad.

b. Nivel Familiar:

Problemas de pareja, alteración de la dinámica familiar, violencia intrafamiliar, agresividad, deficiente calidad de vida familiar, carencias

alimenticias, poca disposición para la recreación y participación en familia y carencias en el presupuesto familiar.

c. Nivel Laboral:

Limitación funcional para realizar su trabajo habitual, carencias de estímulo económico, ausencias y tardanzas, incapacidades, frustraciones, estrés laboral, fatiga por carga mental, salarios bajos, desempleo y depresiones.

d. Nivel Sociocultural:

Poca participación comunitaria, dificultad para desplazarse a eventos recreativos, culturales y religiosos, baja autoestima, limitaciones económicas y personales para capacitarse en otra profesión u oficio, poca participación en eventos sociales, familiares, (fiestas, cumpleaños, reuniones familiares, entre otras) (Kornblit & Mendes, 2000).

La responsabilidad de la salud de los trabajadores y de las condiciones del medio ambiente laboral es tripartita: estado, empresa y trabajador.

2.3.1.3. Criterios para establecer la calidad de vida en el trabajo

Algunos criterios son importantes si queremos implementar proyectos de calidad de vida laboral, estos criterios nos permitirán encaminar al personal de la organización a una mejor satisfacción de sus necesidades personales. (Uribe & Dosman, 2010).

-Suficiencia en las Retribuciones.

Esto puede ser logrado por suficiencia en los ingresos para mantener un estándar social aceptable para vivir.

-Condiciones de Seguridad y Bienestar en el Trabajo.

Establece condiciones de trabajo que minimicen el riesgo de enfermedades y daños; una edad límite en el trabajo que es potencialmente perjudicial para aquellos de menor o mayor edad de lo establecido.

-Oportunidades Inmediatas para Desarrollar las Capacidades Humanas.
Se incluye en esta categoría la autonomía, el uso de múltiples habilidades más que la aplicación repetitiva de una sola, retroalimentación acerca de los resultados de una actividad como una base de autorregulación.

-Oportunidades de Crecimiento Continuo y Seguridad.
Este proceso abarca asignación de trabajo y propósitos educacionales para expandir las capacidades del trabajador, oportunidades de ascenso y seguridad en el empleo.

-Integración Social en el Trabajo de la Organización.
Esto significa liberarse de prejuicios; igualdad; movilidad; apertura interpersonal; apoyo constante a los equipos de trabajo.

-Balancear entre Trabajo y Vida.
Esto significa que los requerimientos de trabajo, incluyendo programas-presupuesto, asuntos urgentes, y viajes, no se tomen del tiempo de ocio o del tiempo familiar como algo cotidiano y que las oportunidades de ascenso no requieran frecuentemente de cambios geográficos.

2.3.1.4 Instrumento para medir el estado de salud

El “Cuestionario de Salud” (SF-36 Health Survey Versión 2) que fue diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, Éste es un cuestionario genérico de salud diseñado tanto para su uso individual como colectivo. Su calidad ha hecho que sea uno de los índices de salud más utilizados por la comunidad científica, lo que permite la comparación nacional e internacional de los resultados (Gandek & Ware, 1998). El cual consta de 36 preguntas, con 8 conceptos genéricos sobre salud, no específicos de una patología, detecta tanto estados positivos como negativos de salud. Este cuestionario ha sido validado en idioma español por (Alonso y col, 1996) y consta de las siguientes 8 dimensiones: función física (10), función social (2), rol físico (4), rol emocional (3), salud mental (5), vitalidad (4), dolor corporal (2) y salud general (6).

2.3.2. Enfermedad en el Trabajador.

2.3.2.1. Enfermedades Ocupacionales o profesionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades profesionales como “aquellas producidas a consecuencia del trabajo”, que en general obedecen a la habitualidad y constancia de algunos agentes etiológicos presentes en el ambiente laboral y provocan alguna alteración en los trabajadores; tienen como requisito ser consideradas como tales en las legislaciones respectivas de los distintos países.

2.3.2.2. Enfermedades Relacionadas al Trabajo.

“Enfermedades donde el trabajo puede ser un factor de riesgo contributivo, pero no necesario”.Según la OMS, constituye un grupo muy amplio de enfermedades que si bien pueden ser causados única y exclusivamente por un agente de riesgo propio del medio ambiente de trabajo, pueden verse desencadenadas, agravadas o aceleradas por factores de riesgo presentes en el medio ambiente de trabajo.

Desde el punto de vista técnico, preventivo, médico y legal se habla de enfermedad relacionada al trabajo y no solo de enfermedad profesional, que pueden ser sintetizados en tres grupos de causas (OIT, 2010) (RM N° 312-2011 MINSA en el capítulo 6, subtítulo 6.2.2).

a) GRUPO I: Enfermedades en el que las condiciones de trabajo es causa necesaria, tipificadas por las enfermedades profesionales, estrictamente legales como la hipoacusia, silicosis, hepatitis B.

b) GRUPO II: Enfermedades en que el trabajo puede ser un factor de riesgo contributivo, pero no necesario, ejemplificadas por las enfermedades más frecuentes o más precoces en determinados grupos ocupacionales y para las cuales el nexo causal es de naturaleza eminentemente epidemiológico. La hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, enfermedades psicosomáticas, enfermedades del aparato locomotor, varices de los miembros

inferiores, estrés, síndrome metabólico y algunas neoplasias malignas (Cánceres), en determinados grupos ocupacionales o profesiones.

c) GRUPO III: Enfermedades en que las condiciones de trabajo es provocador de un disturbio latente o agravador de enfermedad ya establecida o preexistente, tipificadas por las enfermedades alérgicas, en determinados grupos ocupacionales o profesiones.

2.3.2.2.1. Ejemplos de enfermedades relacionadas al trabajo.

-Hipoacusia: disminución de la agudeza auditiva, valorada con el audiómetro.

-Ametropía: Alteración de la refracción en la visión de lejos.

-Dislipidemia: presencia alterada de niveles de laboratorio del colesterol y triglicéridos de forma aislada o mixta.

2.3.2.3. Factores relacionados a la enfermedad.

a. Factores Biológicos.

Las causas capaces de originar una enfermedad son muy numerosas, así como muy complejos los mecanismos de acción que ejercen sobre el cuerpo. Existen causas exógenas; por ejemplo las infecciones y las enfermedades parasitarias- y endógenas – que pueden aparecer por disfunción de un órgano (por ejemplo del páncreas en la diabetes mellitus), por una reacción anormal (como ocurre en la cirrosis hepática), o por un trastorno metabólico y funcional de las células (por ejemplo en las neoplasias, esto es, tumores). (Harrison, 2009).

Los factores biológicos son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores (Kornblit & Mendes, 2000). En las sociedades desarrolladas, estos factores influyen de forma muy relevante en la mortalidad de los niños menores de un año, pues, al estar muy

controladas las enfermedades infecciosas, las causas más frecuentes de mortalidad infantil son las alteraciones congénitas y las hereditarias; pero a partir de cierta edad la importancia de estos factores como causantes de enfermedades disminuye de forma importante. (Aviña & Tastekin, 2008).

b. Factores Ambientales.

El hombre no es un ser aislado, sino inmerso en un medio, y no puede vivir ajeno a él. Los factores que afectan al entorno del hombre influyen también decisivamente en su salud. No sólo el ambiente natural, sino también el semi-natural y artificial que el hombre ha creado, pueden verse alterados por dist0intos factores: físicos (temperatura, ruidos, radiaciones), químicos (contaminación por plaguicidas, metales pesados), biológicos (presencia de bacterias, virus y otros microorganismos patógenos) y psicológicos, sociales y culturales (como drogadicción, estrés , etc.). (Harrison, 2009).

Se conocen numerosas causas no infecciosas de enfermedad, muchas de ellas ocupacionales. Por ejemplo, la exposición prolongada al polvo del carbón predispone a los mineros a padecer una enfermedad respiratoria denominada neumoconiosis y de la misma forma, la exposición al polvillo del algodón predispone a las personas que lo manipulan a padecer bisinosis. En estos casos, de nuevo, la exposición al polvo de la mina o al algodón no son las únicas causas de la enfermedad. En ambas situaciones se sabe que los trabajadores que fuman presentan un riesgo más elevado de padecer una alteración de la función respiratoria. Esto mismo es cierto en la enfermedad pulmonar causada por la exposición al asbesto (asbestosis), un mineral (variedad del amianto utilizado para fabricar tejidos y materiales incombustibles). Más recientemente, se ha observado que la exposición ocupacional a finas partículas de polvo o a sustancias químicas orgánicas produce alergias. Los científicos que se ocupan de las enfermedades profesionales están estudiando la causa de que algunos trabajadores padezcan dificultades respiratorias y crisis severas de estornudos, mientras que otros que trabajan en las mismas áreas no presentan estos síntomas. (Harrison, 2009).

c. Estilo De Vida.

Cada día hay más evidencia científica de que los comportamientos y los hábitos de vida condicionan no sólo la salud, sino la situación sanitaria de las poblaciones y los recursos a ellas destinados. La conducta personal en determinados aspectos influye enormemente en el binomio salud-enfermedad. Esta conducta se forma por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social y puede modificarse con la adecuada educación. (Parkes, 2003).

En la década de 1970 se introdujo en el vocabulario médico un tipo nuevo de enfermedad llamada "estilo de vida nocivo". Hoy en día se considera que fumar tabaco, beber alcohol en exceso, comer demasiado o no hacer ejercicio, y/o vivir en un estado de estrés permanente son factores que predisponen a la enfermedad. No son causas en el sentido tradicional. Por ejemplo, la relación entre una alimentación basada en una dieta muy rica en grasas y el sufrir un infarto cardiaco, es incluso más complicada que el proceso por el cual una infección produce síntomas. (Rosas & Lama, 2002).

d. Atención Sanitaria.

La asistencia sanitaria encaminada a diagnosticar y tratar a la persona individualmente, no tiene demasiado efecto sobre la salud de la población. Sin embargo los programas de salud dirigidos a un grupo social más amplio elevan el nivel de salud de la sociedad. Por ello debe ser amplia, de calidad, ofrecer cobertura suficiente y accesibilidad desde todos los puntos de vista (económico, de situación, etc.) a toda la sociedad. (Restrepo & Málaga, 2001).

Los recursos que un país destina a la salud y los resultados de éstos, pueden medirse mediante diversos indicadores (índices y valores numéricos), cuyo estudio y correcta interpretación es fundamental para una adecuada política sanitaria. Describir el nivel de salud de una población significa medir todos los aspectos que aporten información sobre cómo se distribuye el proceso salud-enfermedad entre sus habitantes (OMS, 2008).

Existen una gran cantidad de indicadores. Los más utilizados son aquellos que indican falta de salud de una población, como la mortalidad y morbilidad.

Algunos indicadores sanitarios son: los recursos financieros y humanos, el porcentaje de gasto dedicado a sanidad pública en relación con el PIB (Producto Interior Bruto), el número de médicos u otros profesionales de la salud por habitante, el número de camas hospitalarias por habitante, la accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios, demanda de atención primaria y atención especializada. etc. Son ejemplos de indicadores de la salud de una población: la Morbilidad general y mortalidad global; Principales causas de muerte; Tasa de mortalidad; Esperanza de vida y Esperanza de vida libre de discapacidad; Indicadores de estilo de vida (tabaquismo y consumo de drogas legales e ilegales; ejercicio físico y descanso); Indicadores medioambientales (contaminación atmosférica y acústica; control y distribución del agua y alimentos) (OMS, 2008); Indicadores socio demográficos, que incluyen datos del crecimiento de la población, migraciones, envejecimiento, etc.

e. Servicio de Salud.

Un sistema sanitario está integrado por diversos sub-sistemas: el de administración de recursos humanos, el financiero, el estructural, el político; donde intervienen causas demográficas, socioeconómicas, científicas y éticas. Se busca que todos los sistemas de asistencia sanitaria o de atención de salud pongan en práctica los principios de universalidad, accesibilidad, solidaridad, ética, eficacia y eficiencia. La atención primaria ayuda a prevenir la enfermedad y la muerte. En contraste con la atención especializada, la primaria se asocia con una distribución más equitativa de la salud en las poblaciones del mismo o de distinto país. (Restrepo & Málaga, 2001).

Para nadie es un secreto que el sistema de salud público está colapsado (OMS, 2008). La demanda de salud supera ampliamente la oferta. Un ejemplo de ello es la escasez de servicios de radio y quimioterapia para los enfermos de cáncer en los oncológicos del país.

La escasez de la oferta de servicios de salud público ha originado una migración hacia el servicio de salud privado. A este servicio solo pueden acceder aquellos que tengan un seguro o que puedan pagar con sus propios

recursos. Ahora bien, el servicio de salud privado, al menos en el centro del país, también está experimentando problemas en la provisión del servicio de salud. Si bien, no existen encuestas en cuanto a demora en la asignación de habitación una vez el paciente ingresa por emergencias, entrega de exámenes, demora en la asistencia de emergencias, entre otros problemas; es común escuchar que los exámenes se retrasan, que los pacientes tienen que esperar muchas horas e incluso días para la asignación de una habitación y obviamente ser atendidos en emergencias (OMS, 2008).

Existe obviamente una falla en la provisión de la salud como bien público, sin embargo esta falla no es la única causante de los problemas que experimenta el sector privado en la provisión de la salud.

Sin embargo se está conformando un nuevo sistema de salud. Constituye uno de los segmentos socioeconómicos de mayor incidencia social por su valor cuantitativo en el índice de desarrollo humano.

2.3.2.4. Instrumento para valorar las enfermedades.

Se utilizan las historias clínicas de los trabajadores seleccionados, que corresponde a una ficha que incluye los siguientes datos: Datos generales:(edad, sexo, área laboral), evaluación médica, psicológica, radiográfica, patológicas de laboratorio, audiometría, espirometría, cardiológica, oftalmológica, antropométrica y otros. (Luna, 2005).

2.3.3. Definición Conceptual

-Salud: según la OMS, es un estado completo de bienestar biopsicosocial y no solamente la ausencia de enfermedad.

-Estado de Salud ("estado general de salud", "la calidad de vida relacionada con la salud"): Corresponde a la salud percibida según las dimensiones de salud física y mental, utilizando el instrumento SF36 y puede clasificarse en: Bueno, Regular y Malo.

-Buen Estado de Salud: Es el resultado de la evaluación final del Estado de Salud, se obtiene a través de la Encuesta de Salud (SF36) y corresponde a los valores entre 83-100 puntos.

-Regular Estado de Salud: Es el resultado de la evaluación final del Estado de Salud, se obtiene a través de la Encuesta de Salud (SF36) y corresponde a los valores entre 67-82 puntos.

-Mal Estado de Salud: Es el resultado de la evaluación final del Estado de Salud, se obtiene a través de la Encuesta de Salud (SF36) y corresponde a los valores entre 0-66 puntos.

-Encuesta de Salud (SF 36): Es una herramienta validada con valores de referencia que mide salud percibida física y mental.

-Salud física: Se define como la condición en la que se encuentra el cuerpo. Es parte del "Estado general de salud" y corresponde a una de las dimensiones de la "Encuesta de Salud (SF 36)".

-Salud mental: Se define como la condición de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general. Es parte del "Estado general de salud" y corresponde a una de las dimensiones de la "Encuesta de Salud (SF 36)".

-Reporte de Salud: Percepción de la salud actual comparada con la de un año atrás. Corresponde a una de las dimensiones de la "Encuesta de Salud (SF 36)".

-Enfermedad: Alteración del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

-Enfermedades del trabajador: Son las enfermedades que presenta el trabajador al momento de su evaluación. Serán clasificadas de acuerdo a Enfermedad relacionada al trabajo.

-Enfermedad relacionada al trabajo: Enfermedades donde el trabajo puede ser un factor de riesgo contributivo, pero no necesario. Según la OMS, constituye un grupo muy amplio de enfermedades que si bien pueden ser causados única y exclusivamente por un agente de riesgo propio del medio ambiente de trabajo, pueden verse desencadenadas, agravadas o aceleradas por factores de riesgo presentes en el medio ambiente de trabajo.
Desde el punto de vista técnico, preventivo, médico y legal se habla de enfermedad relacionada al trabajo y no solo de enfermedad profesional, que pueden ser sintetizados en tres grupos de causas: I, II, III (OIT, 2010).

-Dislipidemia: presencia alterada de niveles de laboratorio del colesterol y triglicéridos de forma aislada o mixta.

-Ametropía: Alteración de la refracción en la visión de lejos.

-Hipoacusia: disminución de la agudeza auditiva, valorada con el audiómetro.

CAPITULO 3: MÉTODOLOGIA

3.1 Diseño de investigación:

El presente trabajo de investigación, corresponde a un diseño descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

3.2 Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por trabajadores voluntarios de una fábrica de plásticos del distrito de Santa Anita de la ciudad de Lima, que cumplieron los criterios de selección. El total poblacional ascendió a 136 trabajadores que se encontraron distribuidos en dos grupos ocupacionales: Administrativos (de oficina y de planta) y Obreros (Almacén, Corte, Canecas y Montaje, Empaquetado, Extrusión, Honco y Picador de Scraf, Impresión, Mantenimiento y Sellado) y que formaban parte del personal con contrato estable (por planilla).

La fábrica en su estructura física tenía 02 áreas definidas, en el primer piso laboraban los obreros distribuidos de acuerdo a cada puesto de labor, con espacios de trabajo, vestidores y servicios higiénicos con moderado hacinamiento.

En el segundo y tercer piso se encontraban los administrativos también con moderado hacinamiento en la distribución de sus espacios, baja iluminación, sillas no ergonómicas, no protectores de pantallas para las computadoras a excepción de los ambientes de la gerencia general que eran amplios y ubicado en el segundo piso.

De los 136, un grupo de trabajadores no participó porque se encontraban de vacaciones durante el periodo de estudio, otros que no desearon participar o llenaron mal el instrumento de recolección (15/136, fueron 10 obreros y 5 administrativos). La proporción final de trabajadores que participó en el

estudio fue del 89% que corresponde a 121 trabajadores distribuidos en39 administrativos y 82 obreros).

3.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- ✓ Trabajadores ≥ 18 años de edad.
- ✓ Trabajadores con más de un año de experiencia.
- ✓ Trabajadores que asistan a la evaluación médico ocupacional.
- ✓ Trabajadores con contrato estable (por planilla).

Criterios de exclusión:

- ✓ Trabajadores que no firmen el consentimiento.
- ✓ Retiro voluntario del trabajador o deniegue a participar.
- ✓ Trabajadores sin ningún vínculo laboral remunerado.
- ✓ Ficha Incompleta.

3.4 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS O VALORES	INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN.
Percepción del estado de salud	Corresponde a la salud percibida por el paciente según las dimensiones de salud física y mental, utilizando el instrumento SF 36.	El estado de salud percibida fue medida a través de una entrevista con el cuestionario SF 36 v2, que incluye las siguientes dimenciones: función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general.	Cualitativa	Nominal: Politomica	-Bueno(83-100 puntos) -Regular(67-82 puntos) -Malo(0-66 puntos)	SF 36 v2
Enfermedades del trabajador	Enfermedades donde el trabajo es causa necesaria, factor de riesgo contributivo o es provocador.	Enfermedades donde el trabajo es causa necesaria, puede ser un factor de riesgo contributivo o es provocador de un disturbio latente, según lo establecido en la RM N° 312-2011 MINSA en el capítulo 6, subtítulo 6.2.2, que lo clasifica en: Grupo I, II y III. Se obtuvo de las	Cualitativa	Nominal: Politomica	-Grupo I: El trabajo es la causa necesaria. -Grupo II: El trabajo es el factor de riesgo contributivo. -Grupo III: El trabajo es provocador de disturbio latente.	Ficha de recolección

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS O VALORES	INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN.
		Historias Clínicas Médico-Ocupacionales de los trabajadores.				
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	La edad fue contada a partir del nacimiento hasta la fecha de entrevista y verificada a través del DNI.	Cuantitativo	Razón: continua	-Edad en años	Ficha de recolección
Sexo	Se refiere a las características sexuales genotípicas.	Características sexuales fenotípicos observadas por el entrevistador.	Cualitativa	Nominal: Dicotómica	-Masculino -Femenino	Ficha de recolección
Área Laboral	Ocupación a la que se dedica un individuo.	Actividad laboral donde se desempeñó el trabajador; siendo obrero aquel que laboraba en la planta y administrativo, quien laboraba en oficina.	Cualitativa	Nominal: Dicotómica	-Obrero -Administrativo	Ficha de recolección

3.5 Técnicas e instrumentos para la recolección y análisis de datos

3.5.1 Instrumento: Se aplicó la Ficha Técnica de Recolección de Datos que incluía: 1. El *"Cuestionario de Salud"* (SF-36 Health Survey, Versión 2) que fue diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, El cual consta de 36 preguntas, con 8 conceptos genéricos sobre salud, no específicos de una patología, detecta tanto estados positivos como negativos de salud. Este cuestionario ha sido validado en idioma español por (Alonso y col, 1996) y consta de las siguientes 8 dimensiones: función física (10), función social (2), rol físico (4), rol emocional (3), salud mental (5), vitalidad (4), dolor corporal (2) y salud general (6). 2. Ficha de Recolección Medico Ocupacional para los datos médicos- ocupacionales de acuerdo a la R.M. 312 aprobadas por el Ministerio de Salud del Perú en año 2011.

Para la evaluación final del Estado de Salud del Trabajador se consideró los puntajes siguientes: Buen estado (83-100 puntos), regular estado (67-82 puntos) y mal estado (0-66 puntos) (Rodríguez & Merino 2009). (Anexo 3).

También se revisaron las Historias clínicas Ocupacionales y otros documentos que contemplan dicho objetivo de estudio.

El instrumento de recolección validado por juicio de expertos para los datos médicos ocupacionales, tuvieron una promedio de 87,4, siendo aprobado para la ejecución del cuestionario.

Para tener una buena recolección se midió el Índice de kappa, resultando 83,1 puntos, siendo aceptable para la ficha de recolección medico ocupacional.

Las pruebas estadísticas de confiabilidad medidas por la consistencia interna del cuestionario muestran un Coeficiente alfa de Cronbach con un rango de 0,68 a 0,94. El Coeficiente alfa de Cronbach para la salud física y salud mental fueron: 0,74 y 0,89. El cuestionario de estado de salud (SF 36 V2) tuvo un alfa de Cronbach de 0,89, siendo óptimo para la recolección. Coincidiendo con la consistencia interna del estudio de Olivares (2005), donde la confiabilidad o validez de las escalas, medida a través de la

consistencia interna fue estimada usando el Coeficiente alfa de Cronbach, resultando un 0,82 (Salud física) a 0,91 (salud mental), por tanto, la totalidad de las escalas exceden el estándar de 0,70, recomendado para la comparación de grupos. Así mismo el estudio de Rodríguez & Merino (2009), el instrumento demostró una alta confiabilidad para los componentes de salud física y mental con un alfa de Cronbach de 0,86 para cada uno. Investigaciones similares describen que las pruebas estadísticas de confiabilidad medidas por la consistencia interna del cuestionario muestran un Coeficiente alfa de Cronbach 0,70 (valor mínimo recomendado para efectos comparativos) (Monteiro, 2004). El cuestionario de salud (SF 36 V2) tuvo un alfa de Cronbach óptimo para la recolección de datos.

3.5.2 Consideraciones éticas de la investigación

El estudio respetó los principios de la bioética y fue aprobado por la Gerencia General de la fábrica, en los cuales se indicaba que se cumpla con los principios bioéticos. Toda la población que participó en el presente estudio, previamente tuvo que firmar un consentimiento informado (anexo 1).

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La última versión fue la realizada en la ciudad de Fortaleza, Brasil, siendo la 64th WMA General Assembly, en Octubre del 2013 (36). En el estudio se respetó los siguientes principios (87):

-Se respetó el principio de **confidencialidad**, por lo que la Ficha de recolección de datos fue anónima y manejada con códigos.

-**Autonomía**: los participantes deben de ser los que decidan sobre su participación o no en el estudio.

-**Beneficencia:** se refiere a la obligación ética de aumentar al máximo los beneficios y reducir al mínimo los daños y perjuicios. En este estudio si hubo

acción invasiva (por ejemplo: toma de muestras sanguíneas), que fue realizado por un personal de salud calificado, por lo que las personas no corrieron riesgo.

-**No maleficencia**: No hubo ninguna sanción o acción negativa en el trabajo hacia las personas que no desearon ser parte del estudio.

-**Justicia:** El trato y explicación acerca de la investigación a los participantes fue por igual, respetando la obligación ética de dar a cada persona lo que le corresponde moralmente, es decir que las cargas y los beneficios de participar en la investigación fueron distribuidos equitativamente.

3.5.3 Recolección de la información

La recolección de datos se planificó de la siguiente manera:

-Solicitud de autorización a la institución donde se realizó la investigación.

- Entrega de consentimiento informado a los trabajadores para su participación en el estudio.

-La aplicación de la Ficha Técnica de Recolección de Datos que incluía; el "Cuestionario de Salud" (SF-36 Health Survey, V2) y los datos médicos ocupacionales, fue en dos momentos:

-Primer momento: Aplicación del Cuestionario de salud SF36 v2 a cada trabajador que firmó el consentimiento informado en forma directa, individual, anónima y codificada.

-Segundo momento: Recolección de datos médico ocupacionales de la evaluación médica a los trabajadores realizada por un centro de salud ocupacional certificada por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) de acuerdo a los protocolos médicos establecidos por área laboral, previa firma del consentimiento informado.

-La recolección de la información duró dos semanas.

3.5.4 Análisis e Interpretación de la Información

Los datos fueron recogidos y procesados en una base de datos Excel para luego ser analizados a través de un paquete estadístico SPSS versión 21. Se

realizó el Análisis Estadístico Descriptivo (media, desviación estándar, frecuencias y respectivos IC 95%), no hubo prueba de las hipótesis. Para la elaboración de los gráficos de frecuencias se utilizó el programa Microsoft Excel. Se consideró un nivel de significancia ($p<0,05$) y un nivel de confiabilidad del 95% (Hernandez, 2007).

CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Análisis, interpretación y discusión de resultados

4.1.1 Análisis, interpretación.

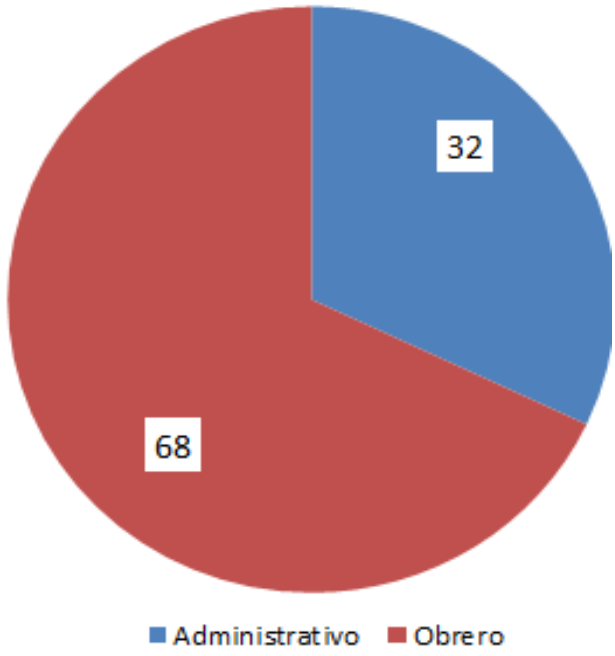
4.1.1.1. Descripción de las características de la población de estudio según área laboral, edad y sexo.

-Un grupo de trabajadores no participaron porque se encontraban de vacaciones durante el periodo de estudio, otros que no desearon participar o llenaron mal las fichas de recolección (15/136, fueron 10 obreros y 5 administrativos). Recolectándose una información de 121 trabajadores; de los cuales 82 fueron obreros que representaron el 68% y 39 administrativos que representaron 32% (Gráfico N° 1).

Grafico N° 1.

Distribución de los trabajadores de acuerdo al área laboral, Lima 2013.

(n = 121)



Fuente: trabajo de investigación.

-En el estudio la edad media de los trabajadores fue 37,48 (±11,29: años), con una edad mínima de 18 y máxima de 69 años. Al dividir según área laboral se obtuvo: edad media de los obreros 34,9 (±10,15: años) y de los administrativos 42,85 (±11,85: años) (Tabla N°1).

Tabla N° 1

Características de la edad de los trabajadores según área laboral, Lima 2013.

(n = 121)

Edad	Me	SD	Mínima	Máxima
Administrativos	42,85	11,85	25	69
Obreros	34,94	10,15	18	63

Fuente: trabajo de investigación.

-El sexo masculino representó a la mayoría de la población de estudio, con un 83,5%, de ello, el 81% correspondió a los obreros y el 19% a los administrativos. Todas las mujeres trabajaban como administrativas. (Tabla N° 2).

Tabla N° 2

Características de los trabajadores según sexo, Lima 2013.

(n = 121)

Sexo	Frecuencia	%	Obrero	Administrativo
			n	n
Masculino	101	83,5	82	19
Femenino	20	16,5	0	20

Fuente: trabajo de investigación.

4.1.1.2. Estimación del Estado de Salud Percibida del trabajador.

El cuestionario SF 36, se clasifica en tres categorías: salud física, salud mental y reporte de salud. Obteniendo la salud física el puntaje más alto (78,95 puntos), mientras que el reporte de salud solo llegó a 62,19 puntos. En el SF 36 se obtuvo al final un puntaje de 72,04 puntos (Tabla N° 3).

En la salud física, los administrativos tuvieron un mejor puntaje en: función física, rol físico, dolor corporal y salud general. En la salud mental, los obreros tuvieron mejores puntajes en vitalidad y salud mental. Mientras los administrativos obtuvieron una mejor función social y rol emocional. En el reporte de salud, tanto los obrero y administrativos tuvieron puntajes muy similares. Los administrativos tuvieron un mejor estado de salud frente a los obreros (Tabla N° 3).

Tabla N° 3

Características cuantitativas del SF 36 en los Trabajadores de una Fábrica de Lima, 2013.

Dimensiones SF36	Media		DS	Área Laboral			
				Obrero	DS	Administrativo	DS
Salud Física	**78,95**	**±**	**15,64**	**77,40**	**17,03**	**82,55**	**11,72**
Función Física	82,93	±	22,68	80,73	24,48	87,63	17,96
Rol Físico	88,64	±	27,57	87,20	28,66	94,08	20,49
Dolor Corporal	75,23	±	21,82	73,01	23,20	79,49	17,76
Salud General	68,93	±	17,29	68,57	18,63	69,13	14,03
Salud Mental	**75,00**	**±**	**19,04**	**74,96**	**20,74**	**75,24**	**15,26**
Vitalidad	69,67	±	16,72	70,91	18,56	66,71	11,69
Función Social	78,60	±	19,56	77,17	21,29	81,11	15,02
Rol Emocional	74,95	±	39,74	74,40	40,34	78,11	37,38
Salud Mental	76,75	±	15,84	77,37	16,98	74,92	12,97
Reporte de Salud	**62,19**	**±**	**24,81**	**62,20**	**26,73**	**61,84**	**20,74**
Estado de Salud (SF 36)	**72,04**	**±**	**15,64**	**71,52**	**17,65**	**73,21**	**10,48**

Fuente: trabajo de investigación. SF 36= Cuestionario de Salud.

-Los trabajadores de la fábrica, alcanzaron un buen estado de salud físico y mental con 52,1% y 46,3% respectivamente. Mientras que ellos mencionaron tener una mala salud (reporte de salud, 57%). El resultado final del SF 36, mostró que los trabajadores tenían un estado de salud general de regular 43,1% y malo 30,2% que sumando corresponde a 73,3% (Tabla N° 4, Gráfico N° 2).

Tabla N° 4

Clasificación General del Estado de Salud Percibida de los Trabajadores, Lima 2013.

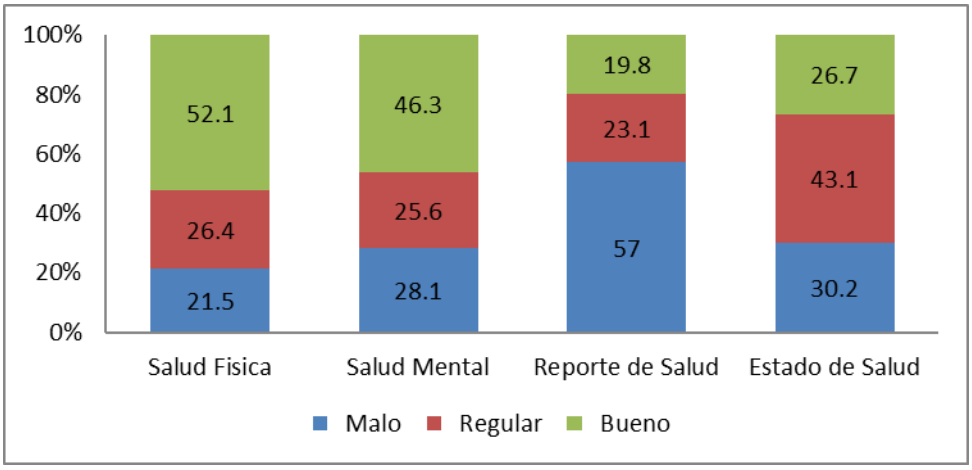
(n = 121)

Clasificación general	Frecuencia	%	Área Laboral	
			Obrero	Administrativo
Salud Física				
Malo	26	21,5	22	4
Regular	32	26,4	20	12
Bueno	63	52,1	40	23
Salud Mental				
Malo	34	28,1	24	10
Regular	31	25,6	19	12
Bueno	56	46,3	39	17
Reporte de Salud				
Malo	69	57,0	45	24
Regular	28	23,1	19	9
Bueno	24	19,8	18	6
Estado de Salud (SF 36)				
Malo	35	30,2	26	9
Regular	50	43,1	32	18
Bueno	31	26,7	22	9

Fuente: trabajo de investigación. SF 36= Cuestionario de Salud.

Grafico N° 2

Características Generales del Estado de Salud Percibida de los Trabajadores, Lima 2013.



Fuente: trabajo de investigación.

En la distribución, según el área laboral (Administrativo/Obrero): (Gráfico N°3 y 4).

-El Estado de salud físico: En los administrativos fue mejor.

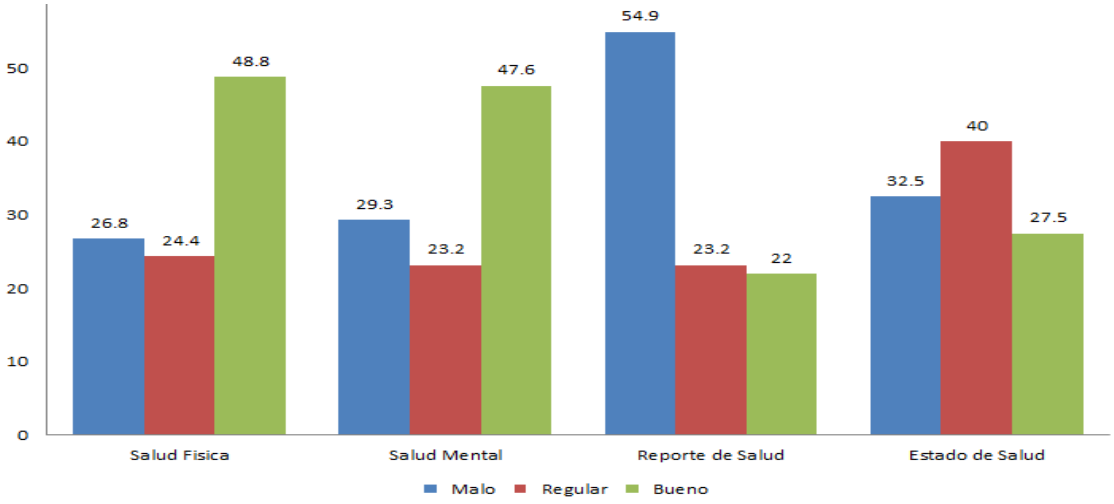
-El Estado de salud mental: En los obreros fue mejor.

-El Reporte de salud: En los administrativos fue peor.

-El estado de salud percibida: En los administrativos fue mejor.

Gráfico N°3

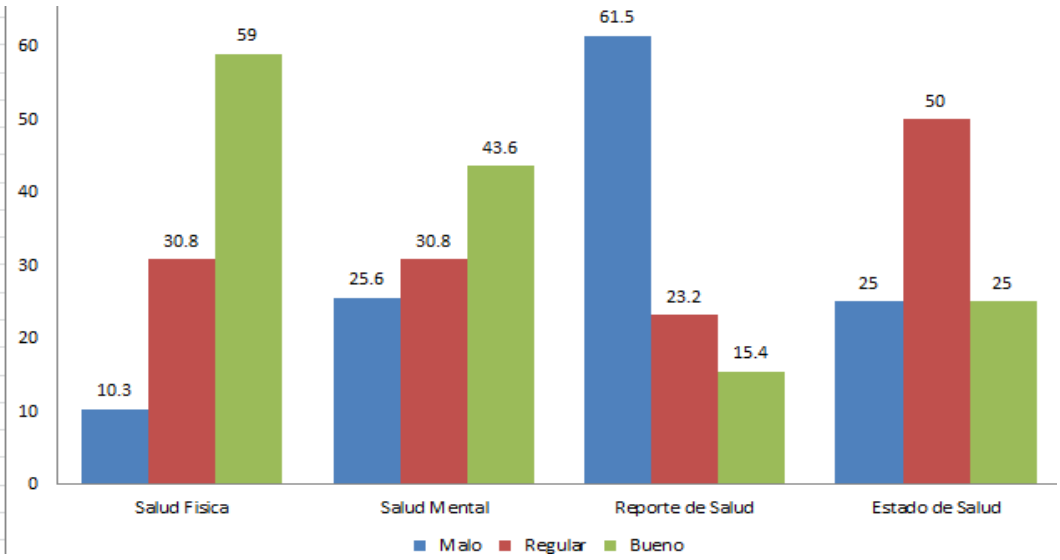
Características del Estado de Salud Percibida de los Obreros, Lima 2013.



Fuente: trabajo de investigación.

Gráfico N°4

Características del Estado de Salud Percibida de los Administrativos, Lima 2013.



Fuente: trabajo de investigación.

En el área Administrativa de acuerdo a sexo: (Tabla N° 5).

-El Estado de salud físico: En el sexo masculino fue bueno y en el femenino regular.

-El Estado de salud mental: En el sexo masculino fue bueno y en el femenino malo.

-El Reporte de salud: las mujeres tuvieron mejor percepción de salud frente a los varones.

-El estado salud percibida: En el sexo masculino fue regular y en el femenino malo.

Tabla N° 5

Características del Estado de Salud Percibida según sexo de los administrativos en una Fábrica de Lima, 2013.

SF 36	Sexo	
	Masculino	Femenino
Salud Física		
Malo	1	3
Regular	3	9
Bueno	15	8
Salud Mental		
Malo	2	8
Regular	4	8
Bueno	13	4
Reporte de Salud		
Malo	13	11
Regular	3	6
Bueno	3	3
Estado de Salud		
Malo	0	9
Regular	12	6
Bueno	5	4

Fuente: trabajo de investigación.

4.1.1.3. Identificación de las enfermedades delos trabajadores.

Las características patológicas más frecuentes fueron: Dislipidemia (Hipertrigliceridemia 66,9%, Hipercolesterolemia64,5%),ametropía no corregida 37,2% e hipoacusia Leve 36,8% y sobrepeso 57% (Tabla N° 6)

Según el área laboral: el personal obrero, presentó mayor frecuencia de problemas auditivos, dislipidemia, sobrepeso e hipertensión arterial (HTA) y solamente ellos estuvieron afectados con escoliosis y broncopatías. El personal administrativo tuvo mayor afectación de dislipidemia, de ametropía no corregida, obesidad grado I y sobrepeso (Tabla N° 6).

En la distribución según el sexo: Todas las personas con hipertensión, escoliosis, hipoacusias y broncopatías fueron varones (Tabla N° 6).

Tabla N° 6

Características Clínicas, según sexo y área laboral de los trabajadores de una fábrica, Lima 2013.

Características Clínicas	Frecuencia	%	Género (%)		Área laboral (%)	
			Varón	Mujer	Administrativo	Obrero
Hipertensión Arterial						
Si	14	11,5	13,9	0	7,7	12,7
No	107	88,4	86,1	100	92,3	87,3
Estado Nutricional						
Normal	35	28,9	26,7	28,9	30,8	26,6
Sobrepeso	69	57,0	60,4	57	48,7	62
Obesidad Tipo I	15	12,4	10,9	12,4	20,5	8,9
Obesidad Tipo II	2	1,7	2	1,7	1	2,5
Enfermedades de Ojos						
Emétrope	60	49,6	51	40	38,5	54,4
Ametropía corregida	4	3,3	2	10	7,7	1,3
Ametropía no corregida	45	37,2	37,6	35,0	38,5	36,7
Ametropía parcial corregida	12	9,9	8,9	15	15,4	7,6
Enfermedades de Oídos						
Normal	13	19,1	17,9	100	60	16,7
Hipoacusia leve	25	36,8	37,3	0	20	38,3
Hipoacusia moderada	18	26,5	26,9	0	20	28,3
Hipoacusia severa	12	17,6	17,9	0	0	16,7
Patologías de la Región Torácica						
Sin alteración	116	97,54	95,1	100	100	93,6
Escoliosis dorsal	1	0,84	0,99	0	0	0,01
Broncopatía crónica	4	3,3	3,96	0	0	5,06
Dislipidemia						
Hipertrigliceridemia	81	66,9	26	47,4	62,4	74,7
Hipercolesterolemia	78	64,5	74	52,6	62,1	72,2

Fuente: trabajo de investigación.

-En la Tabla N° 07, podemos observar la distribución de los trabajadores agrupados en normal y enfermedad según área laboral, resulta importante mencionar que existe una frecuencia que supera el 50% de patológico con relación a la presencia de ametropías en los administrativos, de hipoacusia en los obreros y de dislipidemia en ambas áreas laborales.

Tabla N° 7

Características Generales de las Enfermedades según el área laboral de los trabajadores, Lima 2013.

(n = 121)

Características Generales de las Enfermedades	Área laboral	
	Obrero	Administrativo
Hipertensión		
Enfermedad	11	3
Normal	71	36
Estado Nutricional		
Enfermedad	8	9
Normal	23	12
Enfermedades de Ojos		
Enfermedad	37	24
Normal	45	15
Enfermedades Auditivas		
Enfermedad	53	2
Normal	10	3
Dislipidemia		
Enfermedad	61	23
Normal	21	10

Fuente: trabajo de investigación.

4.1.1. 3. Clasificación de las Enfermedades Relacionadas al Trabajo.

-La clasificación de acuerdo a “enfermedades relacionadas al trabajo”, se divide en tres grupos. En el grupo I, los obreros presentaron mayor frecuencia de hipoacusia y los administrativos de ametropía. En el grupo II, los obreros presentaron mayor frecuencia de HTA, enfermedades del aparato locomotor, dislipidemia y sobrepeso en comparación con los administrativos. No hubo enfermedades del grupo III (Tabla N° 8, Gráfico 5 y Gráfico 6).

Tabla N° 8

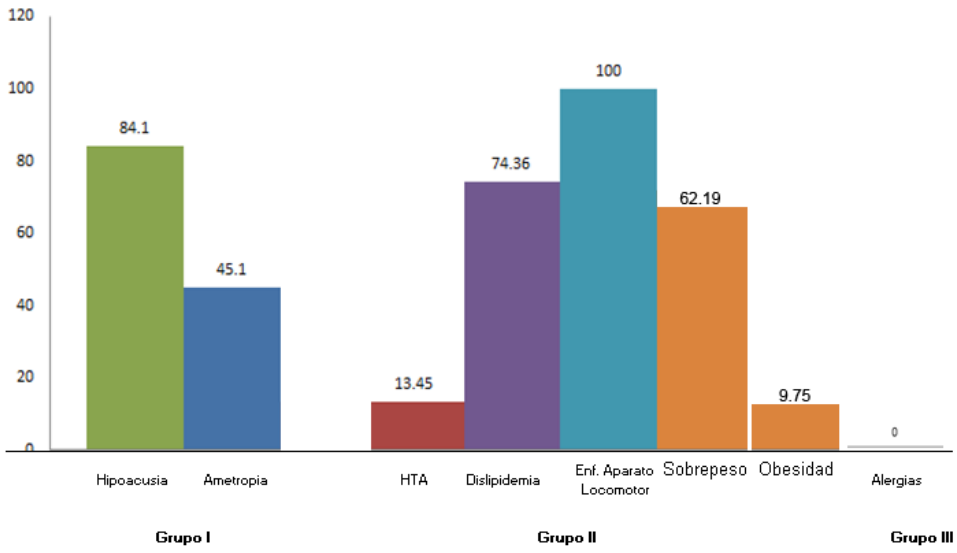
Clasificación de acuerdo a enfermedades relacionadas al trabajo, en una fábrica de Lima, 2013.

Grupo de enfermedades	N	Obrero		Administrativo	
		n	%	n	%
Grupo I					
Hipoacusia	55	53	84,1	2	40
Ametropía	61	37	45,12	24	61,54
Grupo II					
-HTA	14	11	13,45	3	7,7
-Dislipidemia	84	61	74,36	23	59,76
-Enfermedades Aparato Locomotor	1	1	100	0	0
-Estado nutricional	86	59	71,9	27	69,2
*Sobrepeso	69	51	62,19	18	46.15
*Obesidad	17	8	9,75	9	23,07
Grupo III					
Alergias	0	0	0	0	0

Fuente: trabajo de investigación. HTA= Hipertensión arterial. n=frecuencia**.**

Grafico N° 5

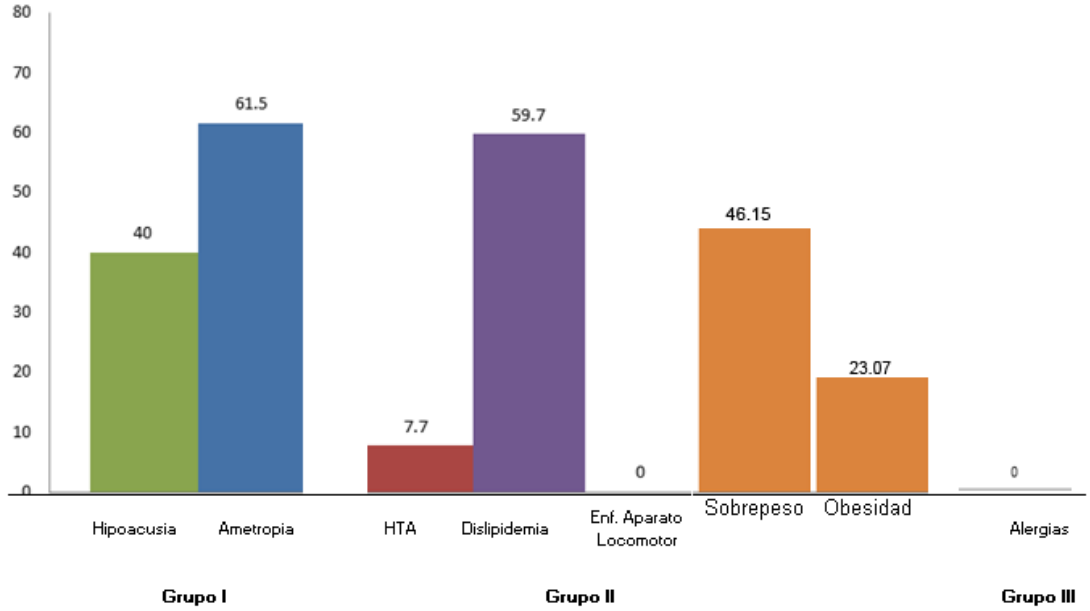
Enfermedades relacionadas al trabajo en los obreros de una fábrica de Lima, 2013.



Fuente: trabajo de investigación.

Grafico N° 6

Enfermedades relacionadas al trabajo en los administrativos de una fábrica de Lima, 2013.



Fuente: trabajo de investigación.

4.1.1. 4. Estado de Salud Percibida según Enfermedades y sexo en los trabajadores.

-El Estado de salud percibida de los trabajadores resultó ser regular, de acuerdo a cada una de las enfermedades (ametropía, hipoacusia, dislipidemia, estado nutricional e hipertensión) Tabla N° 9.

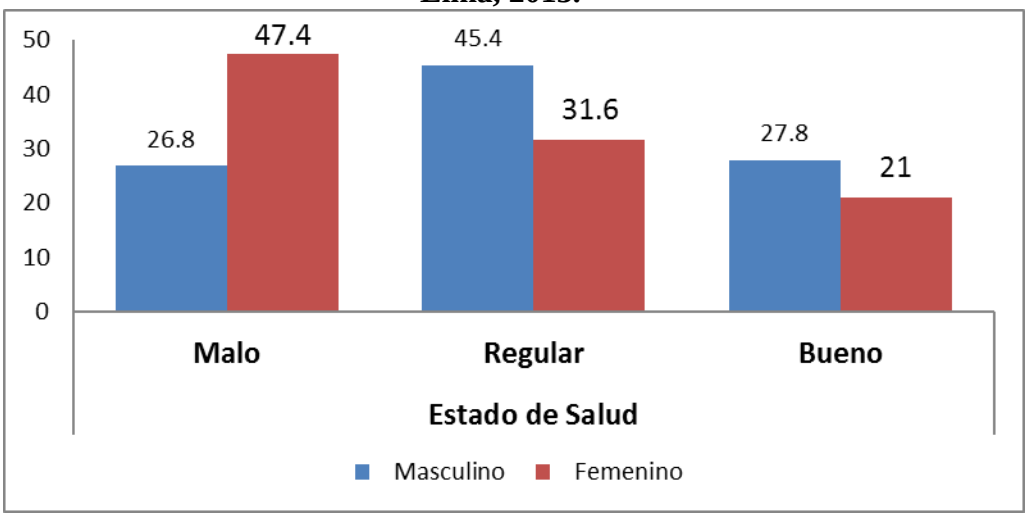
Tabla N° 9
Estado de Salud y Enfermedades del Trabajador en una fábrica de Lima, 2013.

Variable	Estado de Salud		
	Malo	Regular	Bueno
Hipertensión			
Si	4	6	4
No	32	48	27
Estado Nutricional			
Normal	9	18	8
Sobrepeso	22	27	20
Obesidad	5	9	3
Enf. de Ojos			
Ametropía	19	25	17
Emétrope	17	29	14
Enf. Oído			
Hipoacusia	17	28	10
Normal	2	5	6
Dislipidemias			
Trigliceridemia	25	37	19
Colesterolemia	21	33	24

Fuente: trabajo de investigación.

-El estado de salud percibida del trabajador administrativo según el sexo, fue regular en el sexo masculino y malo en el femenino (Gráfico N° 7).

Gráfico N° 7
Estado de Salud y sexo de los trabajadores administrativos de una fábrica de Lima, 2013.



Fuente: trabajo de investigación.

4.1.2 Discusión de Resultados

-Estado de salud Percibida. Nuestro estudio determinó que los trabajadores de la fábrica de plásticos presentaron un regular estado de salud y que los trabajadores administrativos presentaron un mejor estado de salud en comparación a los obreros. Coincidiendo con los resultados de Olivares (2005), donde ponderaron el promedio global de las 8 dimensiones de salud de la encuesta, determinando un nivel regular. Datos similares describe Arenas (2004) en su estudio, al determinar que la población tuvo una calidad de vida regular. En el estudio de Delgado (2003), donde la población de estudio tuvo también una calidad de vida regular. Así mismo los promedios de los dominios del SF-36, tuvo una clasificación de una calidad de vida de regular (Almeida, 2011). Sin embargo en un estudio, más del 80% tuvo una buen estado de salud general (Martínez, 2014). Otro estudio determinó que el estado de salud fue malo (Zúniga, 1999 y Silva, 2009). Con lo que se puede mencionar que el estado general de salud varía según las diferentes poblaciones, así como de las diferentes actividades de trabajo.

-Estado de salud percibida según sexo. En el área ocupacional de administrativos el sexo masculino reportó mejor estado de salud frente al femenino. Coincidiendo con el estudio de Ellert & Kurth (2013), donde describen que los hombres reportan mejor estado de salud en comparación con las mujeres. Así mismo Rodríguez & Merino (2009) en el perfil que obtienen de su población de estudio: la dimensión física de los pacientes de sexo masculino reconocen mejor calidad de vida en comparación de las pacientes de sexo femenino, coincidiendo también con Tuomi & et al (1997), donde los hombres presentaron puntuaciones más altas en las categorías de Salud general. En el estudio de Sebastián y del Hoyo (2004) se menciona: “Debido que las mujeres tienen mayor número de responsabilidades que los hombres, como organizar las tareas del hogar, estar al pendiente de los hijos, pagar los servicios utilizados y tener que ir a trabajar con las respectivas responsabilidades que demanda el trabajo llegando a una situación de carga mental prolongada que presenta como consecuencia, fatiga mental, entendida como la disminución de la capacidad física y mental”. Al evaluar la salud física, se debe tener

en cuenta el género, ya que las mujeres tienden a tener una salud física regular o mala (Barrantes, 2006). La variable sexo es crucial para estudiar calidad de vida, no son iguales los desafíos que la sociedad impone a hombres y mujeres, así como no son semejantes en sus enfermedades, salud física, mental y otros.

-Dislipidemia y el estado nutricional. La mayoría de los trabajadores de cada área laboral presentaron alto porcentaje de dislipidemia y con relación al estado nutricional, el sobrepeso. El estado nutricional juega un papel importante en el estado de salud y una mala nutrición puede contribuir por ejemplo a la patogénesis de la depresión, desórdenes del ánimo (Bodnar, 2005). Kaplan (1996), describió que los sujetos que tenían menor percepción en el estado mental presentaban alteración en algunos indicadores antropométricos como circunferencia de cintura e Índice de Masa Corporal. Se postula que el valor de los elementos nutricionales son necesarios dentro del manejo de pacientes (Rodríguez, 2008). Por ejemplo el deterioro cognitivo fue muy prevalente entre los ancianos evaluados y quienes mostraron una influencia significativa en su estado nutricional (Dosil, 2013). Las personas con un peso no adecuado a la talla podrían tener un mal estado de salud, afectando a la labor cotidiana, tanto familiar como en el trabajo. El estado nutricional según el IMC y el nivel de actividad física, genera variaciones significativas en función de los diferentes niveles de actividad física (Cordente, 2002). Así mismo un estudio, indica que la población joven con bajo peso y obesidad tiene tendencia a asociarse con una condición física muy mala, frente a los que presentaron un peso adecuado (Ortega et al., 2005). Patiño el al(2010) en su estudio de calidad de vida relacionada con la salud, la población presentó una precepción buena de su estado de salud, sin embargo, en quienes reportaron tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemia y baja potencia aeróbica se presentó menor percepción de su calidad de vida. Es importante añadir que el sedentarismo en los administrativos y la falta de actividades aeróbicas en ambas áreas laborales podrían contribuir ampliamente a la presencia de sobrepeso, obesidad y con ello al deterioro del estado de salud y la inadecuada cultura alimentaria también podría contribuir al desarrollo de ambas patologías.

-Hipoacusia. Gran parte de los obreros tuvo hipoacusia. Diversos estudios han demostrado que algunos oídos son dañados más fácilmente que otros. La susceptibilidad individual varía enormemente e incluso pueden existir alteraciones genéticas en la cóclea que contribuyan a esta susceptibilidad o depender otras enfermedades predisponentes (Lopez, 2000). Los desórdenes de audición, sin importar edad u ocupación, altera claramente la calidad de vida del paciente y su entorno social (Kuhn, 2011). Es importante señalar que el uso inadecuado de los equipos de protección personal, el tiempo de exposición al ruido principalmente a mayor de 80db durante la jornada laboral de 8 horas pueden contribuir ampliamente a la presencia de problemas de hipoacusia en correlación con la susceptibilidad individual.

-Ametropía. En nuestro estudio el 61,5% de los administrativos y el 45,1% de los obreros presentaron ametropía que realmente es un resultado significativo en ambas áreas ocupacionales en correlación con lo obtenido en una planta procesadora de olefinas de Venezuela, una de las patologías más frecuentes fue ametropía con 64,1 % (Portillo, 2008). Aproximadamente 1,6 millones de personas en todo el mundo se ven afectados por la ametropía especialmente la miopía y se espera que la prevalencia de la miopía ha de aumentar a 2,5 millones hacia el año 2020 (Kempen, 2004). El error refractivo no corregido es la principal causa de pérdida visual en la población y la miopía alta se asocia con un mayor riesgo de cataratas (Wong 2003, 2001) y glaucoma (Wong 2003). La opinión generalizada es que los errores de refracción, especialmente la miopía, son rasgos multifactoriales, involucrando el efecto de los genes, así como factores ambientales tales como la intensidad de la escolarización, el trabajo, actividades al aire libre y estilo de vida (Morgan 2005,Mutti 1996, Zadnik 1994 y Pan 2012). También el resultado de nuestro estudio con relación a mayor prevalencia en géneros se correlaciona con lo hallado en el estudio (Wong 2000) en una población china de Singapur reportó una prevalencia de la miopía de 51,7% en mujeres y 45,2% en varones en el grupo de 40 a 49 años de edad, mientras que el meta-análisis de Kempen 2004 y asociados reportó una prevalencia de 46,3%, para los Estados Unidos sujetos femeninos blancos y el 36,8% para los varones de la misma edad grupo. Es importante mencionar que la

prevalencia de ametropías a parte del trabajo y género, están relacionados a diversos factores multifactoriales.

4.1.2.1 Alcances y Limitaciones.

En la ejecución de la investigación se ha tenido los siguientes alcances: El estudio ha sido orientado a trabajadores administrativos y obreros, que fueron posibles de abordarlos en el centro de trabajo, para la aplicación de los instrumentos de medición. Es importante tener en cuenta el nivel cultural de los participantes durante el llenado del instrumento.

Las limitaciones de la investigación fueron: trabajadores que mostraron evasión y resistencia para responder todos los ítems de los instrumentos de medición, algunos no fueron llenados adecuadamente, a pesar de haber recibido las instrucciones previas; por lo que se los tuvo que excluir del estudio, otros trabajadores durante el estudio renunciaron o salieron de vacaciones. Motivos por el cual se perdió un porcentaje de la población de estudio que realmente fue pequeño.

4.2 Prueba de Hipótesis

Al ser un estudio descriptivo, no requiere hipótesis.

4.3 Presentación de Resultados

1. El Estado de salud percibida de los trabajadores resultó ser regular, de acuerdo a cada una de las enfermedades encontradas (ametropía, hipoacusia, dislipidemia, estado nutricional e hipertensión). (Tabla N° 9).

2. El resultado final del "Estado de Salud Percibida de los Trabajadores" fue regular en su mayoría tanto en administrativos como en obreros, siendo mejor en los administrativos. Es importante mencionar que al sumar los porcentajes del regular y mal estado de salud de los trabajadores supera el 70%.(Tabla N°3 y 4).

3. La clasificación de acuerdo a "Enfermedades Relacionadas al Trabajo", se divide en tres grupos. En el grupo I, los obreros presentaron mayor frecuencia de hipoacusia y los administrativos de ametropía. En el grupo II, los obreros presentaron mayor frecuencia de dislipidemia, hipertensión arterial, enfermedades del aparato locomotor y sobrepeso en comparación con los administrativos. Sin embargo más de la mitad de la población de cada área laboral presentaron dislipidemia. No se reportaron enfermedades del grupo III (Tabla N°6 y 8).

CONCLUSIONES:

-El Estado de salud percibida de los trabajadores resultó ser regular, de acuerdo a cada una de las enfermedades halladas.

-El estado de salud percibida de la población estudiada fue regular tanto en los administrativos como en los obreros.

-El estado de salud percibida del trabajador administrativo según sexo, fue regular en el masculino y malo en el femenino.

-Las enfermedades relacionadas al trabajo más frecuentes fueron: en el Grupo I: hipoacusia en los obreros y ametropía en los administrativos. En el grupo II: dislipidemia y sobrepeso en ambas áreas ocupacionales.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere a la gerencia de la empresa la implementación de programas en salud ocupacional que prioricen las diversas enfermedades de los trabajadores, considerando la percepción del estado de salud de los trabajadores, el puesto o área laboral, entre otros aspectos a fin de mejorar el estado de salud de los trabajadores.

- Se sugiere la implementación de programas preventivos a corto, mediano y largo plazo, que promueva los estilos de vida saludable, el uso de protectores personales que contribuya a mejorar el estado nutricional, salud auditiva, oftalmológica, el manejo del estrés, entre otros.

- Se sugiere a los gerentes de otras empresas, la implementación de la vigilancia ocupacional, en las diversas áreas de trabajo, identificando los posibles riesgos y peligros al que están expuesto los trabajadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Acuña, K. Q. & Cruz, T.Z. (2004). Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. Arq Bras Endocrinol Metabol, 48,(3), 345- 361.

Almeida, I.Z., et al. (2011). Calidad de vida relacionada a la salud de pacientes que usan anticoagulación oral. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 19, (4), 100-109.

Alonso, J. V., Prieto, L. M. & Antó, J.M. (1996). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. MedClin (Barc), 104, 771-76.Bustos, P. A., Amigo, H.B. & Arteaga, A.L. (2004). Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. Rev. Chile, 131,973-980.

Álvarez, C.A. (2001). Las tablas de riesgo cardiovascular. Una revisión crítica. MedFam, 11, (3),122-139.

Alvariñas, M. S. & Fernandez, M.O. (2009). Actividad física y percepciones sobre deporte y género. Rev. Investi Edu, 6, (1), 113-122.

Amar, J. H. & Palacio, J.B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de toluviejo. Suma Psicológica,15,(2), 385-403.

Arenas, L. U., et al. (2004). Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. Rev Salud Pública Mex, 46, (4), 306-315.

Aviña, J. L. & Tastekin, A.S. (2008). Malformaciones congénitas: clasificación y bases morfogénicas, 75, (2), 71-78.

Barrantes, M.R. (2006). Género, vejez y salud. Acta Bioethica 2006, 12, (2),193-197.

Bodnar, L.R. & Wisner, K.S. (2005). Nutrition and Depression: Implications for Improving Mental Health among childbearing-aged Women. Biol Psychiatry, 58,679-85.

Burges, L.U. (2006). Diferencias Mentales Entre Los Sexos: Innato Versus Adquirido Bajo Un Enfoque Evolutivo. Rev. Ludus Vitalis,24, (25), 43-73.

Campbell, D.T. & Fiske, D.S. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethods matrix. Psychol Bull, 56,81-105.

Cantera, M. K. & Devís, J. P. (2002). La promoción de la actividad física relacionada con la salud en el ámbito escolar. Implicaciones y propuestas a partir de un estudio realizado entre adolescentes. Apunts Educación Física y Deportes, 67,54-62.

Castro, A. V., et al. (2005).Calidad de vida en pacientes con implante coclear. Acta Otorrinolaringol Esp, 55, 192-97.

Ceballos, O.I. & et al. (2009). Actividad física y género: un estudio comparativo entre los jóvenes de Monterrey, México y Zaragoza, España. Revista MH Salud, 6, (2), 1-14.

Chobanian, A.C. (2003).Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, 42, 1206-1252.

Cordente, C. M. (2002). Estudio epidemiológico del nivel de actividad física y de otros parámetros de interés relacionados con la salud Bio-psicosocial de los alumnos de E.S.O. del municipio de Madrid. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Castilla la Mancha. Madrid, España.

Delgado, M.U. & Quincha, M.J. (2003). Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del test sf-36v2 en pacientes de la fundación de psoriasis de la ciudad de quito. Rev. Dermat Per, 13,(3),172-184.

Eguía, A.T., Baldera, C.K. González, M.C. (2001). Turno de noche y salud: análisis para determinar los posibles factores de riesgo asociados al bajo desempeño físico. Rev. Lat. Salud en el Trabajo, 1 (1), 37-44.

Ekelund, U.T., Yngve, A.V. & Brage, S.I.,(2004). Body movement and physical activity energy expenditure in children and adolescents: how to adjust for differences in body size and age. American Journal of Clinical Nutrition, 79,(5), 851-856.

Ellert, U. P. & Kurth & B. M. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos en Alemania. 56, (5),643-9.

Escalona, E. Y., Younnusg, M.H. & González, R.S. (2002). La Ergonomía como herramienta para Trabajadores y Trabajadoras. (1ra Ed., pp., 34-38). Venezuela; Universidad de Carabobo: Editorial Tatunc.

Foz, M.F., Barbany, M.M. & Remesar, X.T. (2000). Consenso SEEDO'2000, para la Evaluación del Sobrepeso y la Obesidad y el Establecimiento de Criterios de Intervención Terapéutica. MedClin, 115, 587-597.

Gallén, P. Z. & Izquierdo, J. X. (1995). Manual de Salud Laboral. (3a ed., pp. 82 – 87). Barcelona: Editorial Springer-Verlag Ibérica.

Gandek, B.V. & Ware, J.E. (1998). Translating functional health and well-being: International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project studies of the SF-36 Health Survey. Special Issue. J Clin. Epidemiol, 51, 891-1214.

Garcia, A.A., et al. (2004).Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. Arch Prev. Riesgos Labor, 7, (3), 88-98.

Gómez, R.E. & Col. (2013). Crecimiento físico y estado nutricional de gimnastas rítmicas de élite. Rev. Nutr. clin. Diet. Hosp, 33, (1),31-37.

González, A.G. (2005). Características de salud física de trabajadores de una empresa de autotransporte. Rev. Sal Fis. Recuperado 28-2-2014 de: http://www.salud/caractfisic/es.

Harrison. (2009). Principios de Medicina interna (17ª ed, pp. 672 – 676). Madrid: Mc Graw Hill.

Hernandez, R. S. (2007). Metodología de la investigación (5ta ed, pp. 32 – 34). México: McGraw-Hill.

Hernández, W.G. (2000). Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población obrera industrial de la provincia de Cartago. Rev. Costarric Salud Pública, 9, 55-64.

Hubert, H. S. & Feinleib, M. B. (1983). Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26 year follow-up of participants in the Framingham Herat Study. Circulation, 67, 968-977.

Ibarra, G. E. (2004). Género y la salud del docente: una visión alternativa, México, Rev. Mex. Recuperado 22-2-2014, de: http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/ibarra6.htm.

Iraurgi, I. O. & Póo, M.F. (2004). Valoración del índice de salud sf-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la comunidad autónoma vasca. Rev. Esp. Salud Pública,78, (5), 609-21.

Kaplan, D.Z., et al. (1996). "Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study". En: Int. J. Epidemiol, 25, 259-265.

Kjelsas, E. U. & Berit, L.D. (2003). Las diferencias de género entre atletas competitivos y su motivación hacia la actividad física. Eur. J. Psychiat, 17,(3),146-160.

Kornblit, A. R. & Mendes, A. C. (2000). La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. (1ra ed., pp. 123 – 124). Capital federal. Editorial AIQUE.

Kuhn, M.R., Heman, S.G., Shaikh, J.M. & Roehm P.S. (2011). Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Review of Diagnosis, Treatment, and Prognosis. Trends Amplif, 15,(3),91-105.

Lighy, I. R. & Gibson, M. U. (1986). Percentage body fat and prevalence of obesity in a UK offshore population. Brithish J Nutrition, 56, 97-104.

Linares, O. P. & Gutiérrez, M.F. (2010).Satisfacción laboral y percepción de salud mental en profesores. Rev. Mex. InvePsico, 2,(1), 31-36.

Lopez, A. Y., et al. (2000). Hipoacusia por ruido: Un problema de salud y de conciencia pública. RevFacMed UNAM, 43,(2),41-42.

Luna, M.W. (2005). Evaluación del estado de nutrición de los trabajadores de la unidad de medicina familiar, Guanajuato. Rev.Salud, Recuperado 24-2-2014 de: http://www.salud/guajuato.es

Maestre, J.H. (2010). Connection between nutritional state and physical fitness in schoolar population. Journal of Sport and Health Research, 2,(2),95-108.

Maggio, C. L. & Pi-Sunyer, X. M. (1997). The prevention and treatment of obesity. Diabetes Care, 20, 1744-1771.

Martínez, I.K. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. Anuario De Psicología, 34,(2), 253-266.

Martínez, J.R. & Calvo, A.A. (2014). Calidad de vida percibida y su relación con la práctica de actividad física en el ámbito laboral. Un estudio piloto. Rev. Edu Fisic, 25, (1),53-57.

Moller P., Smit R.. (2002). Una herramienta para evaluar la salud relacionados con la calidad de vida. Medical Care,30(6):473-83.

Monteiro, C.C. & Cardoso, M.H. (2009). Accidentes de trabajo y calidad de vida: un estudio en tres hospitales. Rev. Latino-am Enfermagem, 17,(1),1-7.

Mora, M.R. & Col. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de

Must, A. Q. & Spadano, J. V. (1999). The disease burden associated with overweigt and obesity. JAMA, 282, 1523-1529.

Nascimento, L.S. & Mendes, I.E. (2002). Perfil de salud de los trabajadores de un centro de educación de salud. Rev. Lat Amer de Enfermagem,10, (4), 502-508.

OIT (2010). Enfermedades profesionales de la OIT. Lista de enfermedades ocupacionales. Inform Work, Revisado 12-03-2014 de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_125164.pdf

Olivares, P.W. (2005). Perfil del estado de salud de beneficiarios de isapres. Depart Estut Chile,4, 1-35.

OMS (2008). La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Boletin, Revisado 13-03-2014 de: http://www.who.int/whr/2008/summary/es

OMS (2013). Derecho a la salud. Boletin, Revisado 16-03-2014de : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/

OMS. (2000). Salud para todos. Protocolo de Salud para América Latina, Geneva. Boletin, Recuperado 30-2-2014 de http://www.who.int/whr/2010/saludgeneva/es

Ortega, B.K., et al. (2005). Bajo nivel de forma física en los adolescentes españoles. Importancia para la salud cardiovascular futura (Estudio AVENA). Revista Española de Cardiología, 3, 898-909.

Parkes, K.F. (2003). Demographic and lifestyle predictors of body mass index among offshore oil industry workers: cross-sectional and longitudinal findings. Occup Med, 53, 213-221.

Peñalver, E.C. & Dueñas, A.J. & Dieste, W.Ñ. (1999). Influencia de los factores de riesgo coronario en la incidencia de cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr, 15,(4),368-371.

Restrepo, H.G. & Málaga, H. P. (2001). Promoción de la Salud: Como construir vida saludable, Conceptos y Definiciones. (2 da Ed., pp. 21 – 25). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Rodríguez, A.E. & Solano, M.O. (2008). Nutrición y Salud Mental: Revisión Bibliográfica. Rev. PosgrPsiq, 1,(3),1-5.

Rodríguez, J. M. (2000). Perfil de salud y condiciones de trabajo en personal masculino de enfermería en un servicio ambulante de atención de emergencias. Art Mon, Recuperado 04-03-2014 de: http://www.monografias.com/trabajos16/perfil-salud/perfilsalud2.shtml.

Rodríguez, M. D. & Merino, M.L. (2009).Valoración psicométrica de los componentes físicos (csf) y mentales (csm) del sf-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis. Ciencia y Enfermería, 25, (1), 75-88.

Rosas, A. T. & Lama, G. P. (2002). Prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en trabajadores de una empresa de servicios de luz. Rev Peru Med Exp Salud Públic, 19, 87-95.

Sánchez, J.M. & Eirís, J.G. (2002). Influencia de los factores sociofamiliares sobre el estado nutricional en los niños con retraso mental. Rev Neurol, 34, (11),1001-09.

Sebastián, O.C. La Carga mental de trabajo. En: Hoyo M.A. Coordinador. Centro Nacional de Nuevas Tecnologías. 3ra ed. Barcelona: INSHT.2004.p.345.

Silva, A.V., et al. (2009). Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). Rev Salud Uninorte, 25, (1), 73-79.

Trost, S.C., Pate, R.J. & Sallis, J. D. (2002). Age and gender differences in objectively measured physical activity in youth. Medicine &Science in Sports & Exercise, 34,(2), 350-355.

Tuomi, K.M., et al. (1997) "Summary of the Finnish Research Project (1981-1992) to promote the health and work ability of aging workers". En: Scand. J. Environ. Health, 23, (1), 66-71.

UNESCO (2011). Comunicación para el desarrollo: Fortaleciendo la eficacia de las Naciones Unidas, Report, Revisado 17-03-2014 de : http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CI/CI/pdf/communication_form_development_oslo_c4d_pda_es.pdf

Uribe, Y.Ñ. & Dosman, V. B. (2010). Capacidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de una institución universitaria. Rev. Cienc. Salud, 8,(2), 33-43.

Vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. Revista MHSalu, 1,(1),1-12.

Webster, K. U. & Feller, J.B. (2013). El uso de las encuestas de salud de forma corta como una medida de resultado de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior. Knee Surg Deportes Arthrosc Traumatol,26, (1), 23-8.

WHO. Report Obesity (2000). Preventing and managing the Global Epidemic. WHO Consultation on Obesity. World Health Organ Tech Rep Ser, 894,(12), 1-253.

Wood, D.O., Backer, G. J. & Faergeman, O.C. (1998). Task Force Report. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: Recomendations of the second joint task force of the joint European Societies on coronary prevention, 19, 1434-1503.

World Health Organization. (1995). Physical Status: The use and interpretation of anthropometry: Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series No 854, Geneva, Switzerland: Report WHO, Recuperado 17-03-2014 de: http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/

Yagc, B.K., Akyüz C.R. & Küpeli S.X. (2012). La calidad relacionada con la salud de la vida en los supervivientes de cáncer infantil: una evaluación multifactorial, incluyendo factores parentales. J Pediatr Hematol Oncol, 34, (3),194-99.

Zúniga, A.R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Rev salud pública de México, 41,(2),110-8.

ANEXOS

Anexo: 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Como egresado de la Maestría en Salud Ocupacional y Ambiental de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, realizaré una investigación cuyo título es: **"ESTADO DE SALUD Y ENFERMEDADES DEL TRABAJADOR EN UNA FÁBRICA DE LIMA, 2013"**Esta investigación es requisito para obtener el grado de Magíster en Salud Ocupacional y Ambiental.

Ud. ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la cual consiste en contestar un cuestionario.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Ud. tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en físico, a través de un informe que se entregará a la UNMSM, en caso Ud. desee una copia, podrá solicitarlo libremente.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar conmigo al celular 943969357 o al e-mail henryl.allpasg@gmail.com.

Preguntas o dudas sobre los derechos como participante en este estudio, pueden ser dirigidas a los teléfonos y e-mail antes mencionados.

He recibido copia de este procedimiento.

_____ , _____
Firma del participante, fecha y huella digital.

_____ , _____
Firma del encuestador, fecha y huella digital.

Anexo: 2

FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. PRESENTACION

Estimada(o), como Egresado de la Maestría en Salud Ocupacional y Ambiental de la Unidad de Post grado, Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; me encuentro realizando un estudio de investigación sobre **"ESTADO DE SALUD Y ENFERMEDADES DEL TRABAJADOR EN UNA FÁBRICA DE LIMA, 2013"**con el objetivo de Determinar las enfermedades relacionadas al trabajo y su relación al estado de salud del trabajador, asimismo se le comunica que la información obtenida es de carácter anónimo y confidencial. Esperando la veracidad de sus respuestas agradezco anticipadamente su colaboración.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de preguntas, Ud. deberá marcar con un aspa (X) la alternativa que estime conveniente, asimismo llenar con letra legible donde lo indique. Gracias.

A. Cuestionario de Salud SF-36 versión 2

POR FAVOR, MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente	**2. Muy buena**	**3. Buena**	**4. Regular**	**5. Mala**

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1. Mucho mejor ahora que hace un año	**4. Algo peor ahora que hace un año**
2 . Algo mejor ahora que hace un año	**5. Mucho peor ahora que hace un año**
3. Más o menos igual que hace un año	

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho	**2 Sí, me limita un poco**	**3 No, no me limita nada**

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1. Sí, me limita mucho	**2. Sí, me limita un poco**	**3. No, no me limita nada**

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de las compras?

1. Sí, me limita mucho	**2. Sí, me limita un poco**	**3. No, no me limita nada**

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1. Sí, me limita mucho	**2. Sí, me limita un poco**	**3. No, no me limita nada**

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1. Sí, me limita mucho	**2. Sí, me limita un poco**	**3. No, no me limita nada**

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1. Sí, me limita mucho	**2. Sí, me limita un poco**	**3. No, no me limita nada**

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1. Sí, me limita mucho	**2. Sí, me limita un poco**	**3. No, no me limita nada**

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1. Sí, me limita mucho	**2. Sí, me limita un poco**	**3. No, no me limita nada**

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho	**2 Sí, me limita un poco**	**3 No, no me limita nada**

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho	**2 Sí, me limita un poco**	**3 No, no me limita nada**

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Sí	**2. No**

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Sí	**2. No**

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Sí	**2. No**

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1. Sí	**2. No**

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso?

1. Sí	**2. No**

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Sí	**2. No**

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Sí	**2. No**

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada **2. Un poco** **3. Regular** **4. Bastante** **5. Mucho**

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno **2. Sí, muy poco** **3. Sí, un poco** **4. Sí, moderado** **5. Sí, mucho** **6.Sí,muchísimo**

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada **2. Un poco** **3. Regular** **4. Bastante** **5. Mucho**

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.
EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1.Siempre **2.Casi siempre** **3.Muchas veces** **4.Algunas veces** **5.Sólo alguna vez** **6. Nunca**

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1.Siempre **2.Casi siempre** **3.Muchas veces** **4.Algunas veces** **5.Sólo alguna vez** **6. Nunca**

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1.Siempre **2.Casi siempre** **3.Muchas veces** **4.Algunas veces** **5.Sólo alguna vez** **6. Nunca**

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1.Siempre **2.Casi siempre** **3.Muchas veces** **4.Algunas veces** **5.Sólo alguna vez** **6. Nunca**

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1.Siempre **2.Casi siempre** **3.Muchas veces** **4.Algunas veces** **5. Casi nunca** **6. Nunca**

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1.Siempre **2.Casi siempre** **3.Muchas veces** **4.Algunas veces** **5.Casi nunca** **6. Nunca**

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1.Siempre **2.Casi siempre** **3.Muchas veces** **4.Algunas veces** **5.Casi nunca** **6. Nunca**

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1.Siempre **2.Casi siempre** **3.Muchas veces** **4.Algunas veces** **5.Casi nunca** **6. Nunca**

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1.Siempre **2.Casi siempre** **3.Muchas veces** **4.Algunas veces** **5.Casi nunca** **6. Nunca**

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES:

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1.Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1.Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1.Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1.Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa

Calificación: 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud medido.

Bueno	83 a 100
Regular	67 a 82
Malo	0 a 66

B. Ficha de Recolección Medico Ocupacional

A. DATOS GENERALES:

EDAD:……
SEXO: …….
AREA LABORAL:……..

B. ENFERMEDADES RELACIONADAS AL TRABAJO

b.1. GRUPO I:

-Conclusión Audiométrica:……

……

-Conclusión Oftalmológica:……
……

b.2. GRUPO II:

-Conclusión del estado nutricional:…….
……

-Conclusión Cardiológica:……..……
……

-Conclusión de las patologías del aparato locomotor:……...……
..……..

-Conclusión de laboratorio: ……
……

b.3. GRUPO III:

-Conclusión de enfermedades alérgicas:……
…….

Anexo: 3

Contenido de las escalas del SF-36 V 2

		Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
Dimensión	N.º de ítems	«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo