

**TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS ASOCIADOS A LA MANIPULACIÓN
DE CARGAS EN FISIOTERAPEUTAS, ENFERMEROS Y TERAPEUTAS
OCUPACIONALES DE TRES IPS: HOSPITAL LA VICTORIA-BOGOTÁ, FUNDACIÓN
CRISTIANA LAZOS DE AMOR- SARAVENA ARAUCA Y EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO SUR OCCIDENTE- SEDE FLORENCIA CAUCA**



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P.J. No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN VIGILADA MINEDUCACIÓN

AUTORES:

JULIETH VIVIANA PRIMICIERO

DANIELA ORTEGA REALPE

WENDY MELISSA RODRIGUEZ CARRILLO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO
BOGOTÁ D.C
JUNIO DE 2021

**TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS ASOCIADOS A LA MANIPULACIÓN
DE CARGAS EN FISIOTERAPEUTAS, ENFERMEROS Y TERAPEUTAS
OCUPACIONALES DE TRES IPS: HOSPITAL LA VICTORIA-BOGOTÁ, FUNDACIÓN
CRISTIANA LAZOS DE AMOR- SARAVENA ARAUCA Y EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO SUR OCCIDENTE- SEDE FLORENCIA CAUCA**



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P.J. No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN VIGILADA MINEDUCACIÓN

AUTORES:

JULIETH VIVIANA PRIMICIERO

DANIELA ORTEGA REALPE

WENDY MELISSA RODRIGUEZ CARRILLO

DOCENTE ASESOR:

MARIA CRISTINA ORTEGA FRANCO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO**

BOGOTÁ D.C

JUNIO DEL 2021

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE PROYECTO	3
1.1 Tema de investigación	3
1.2 Planteamiento del problema de investigación	3
1.3 Pregunta problema.....	5
1.4 Objetivos	5
1.4.1 Objetivo general	5
1.4.2 Objetivos específico.....	5
1.5 Justificación	6
CAPÍTULO 2. MARCOS DE REFERENCIA	8
MARCO METODOLÓGICO	12
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	12
Criterios de inclusión.....	13
Criterios de exclusión.....	13
PROCEDIMIENTOS.....	14
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	14
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	15
CONSIDERACIONES ÉTICAS	15
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	17

ENCUESTA DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	17
CUESTIONARIO NORDICO	29
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	1

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronograma de actividades	14
Tabla 2. Edad.....	17
Tabla 3. Sexo.....	18
Tabla 4. Empresa.....	19
Tabla 5. Profesión.....	21
Tabla 6. Antigüedad en el cargo	22
Tabla 7. Vinculación.....	23
Tabla 8. Peso.....	24
Tabla 9. Estatura.....	25
Tabla 10. Lugar de trabajo	26
Tabla 11. Enfermedad preexistente	27
Tabla 12. Realización de ejercicio	28
Tabla 13. ¿Ha tenido molestias en?	29
Tabla 14. ¿Desde hace cuánto tiempo?	31
Tabla 15. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?.....	33
Tabla 16. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	34
Tabla 17. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?.....	35
Tabla 18. ¿Cuánto dura cada episodio?	37
Tabla 19. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	39
Tabla 20. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? ...	41
Tabla 21. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	42
Tabla 22. Póngale valor a las molestias entre 1,2,3,4 y 5.....	44
Tabla 23. ¿A qué atribuye este tipo de molestias?	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad	17
Figura 2. Sexo.....	19
Figura 3. Empresa	20
Figura 3. Profesión.....	21
Figura 4. Antigüedad en el cargo	22
Figura 5. Vinculación.....	23
Figura 6. Peso.....	25
Figura 7. Estatura	26
Figura 8. Lugar de trabajo.....	27
Figura 9. Enfermedad preexistente	28
Figura 10. Ejercicio	29
Figura 11. ¿Ha tenido molestias en?	30
Figura 12. ¿Desde hace cuánto tiempo?	32
Figura 13. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?.....	33
Figura 14. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?.....	34
Figura 15. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	36
Figura 16. ¿Cuánto dura cada episodio?	38
Figura 17. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	40
Figura 18. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?..	41
Figura 19. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?.....	43
Figura 20. Póngale valor a las molestias entre 1,2,3,4 y 5.....	45
Figura 21. ¿A qué atribuye estas molestias?	47

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta perfil sociodemográfico	55
Anexo 2. Cuestionario nórdico	57
Anexo 3. Guía para la prevención de trastornos musculoesqueléticos en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales	61

INTRODUCCIÓN

Desde evidencias históricas se ha estudiado la enfermedad laboral o alteraciones en salud a causa de la ejecución de actividades laborales, como consecuencias subsecuentes a accidentes laborales o a acciones consecutivas, cuya repetición conducen a la aparición de enfermedades o alteraciones en la salud que afectan el bienestar integral de un trabajador.

En 1717, el médico Bernardino Ramazzini, reconoció la relación entre el trabajo y algunos trastornos del sistema musculoesquelético (TME), lo que compete a la presente investigación en relación a la prevención de estos trastornos en actividades laborales específicas en el sector laboral de la salud. Es importante hacer hincapié en la relevancia de la concientización de los riesgos que pueden traer ciertas actividades laborales y en la respectiva realización de la evaluación de los entornos laborales y de las áreas de desempeño de cada empresa para un manejo adecuado de la salud laboral lo que conlleva a un bienestar para la empresa y el trabajador.

Por estas razones el presente estudio nos conduce a la prevención de ciertas actividades que manejadas a través de la prevención por mitigación de las actividades que están causando alteraciones en la salud o pueden desencadenar enfermedades laborales con repercusiones, en ausentismos laborales, bajo desempeño laboral, alteraciones en la prestación-calidad del servicio y variaciones continuas en el personal contratado, lo que también conllevaría a una afectación financiera de la empresa.

A pesar que en el sector salud, los trabajadores reciben mayor entrenamiento desde sus profesiones y áreas de desempeño, sobre la importancia del mantenimiento de la salud en todos sus aspectos, en muchas ocasiones no son aplicados a cabalidad para

evitar padecimientos que pueden entorpecer sus funciones o alterar su bienestar propio, es por eso que este estudio la población escogida fue directamente tres profesiones en el campo de la salud (fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales) que evidenciaron afectaciones en la salud a causa de actividades laborales.

Además del reconocimiento de la afectación de la salud de los trabajadores a causa de sus actividades laborales, se pone en evidencia la importancia de la puesta en marcha de los programas de seguridad y salud en el trabajo; propios para cada organización, según todo el análisis inicial respectivo y sus requerimientos, todo para identificar, analizar y disminuir los riesgos encontrados y en un futuro próximo evitar el desarrollo de una enfermedad o brindar el tratamiento oportuno en la presencia de alteraciones en la salud, como el producto aquí encontrado para la intervención de las afectaciones en cuanto a trastornos musculoesqueleticos encontrados en los trabajadores.

Proporcionando una herramienta efectiva y al alcance de las empresas y los trabajadores que la requieran, teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en una evaluación laboral previa y en la aplicabilidad de esta guía para la prevención de trastornos musculoesqueleticos en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales.

CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE PROYECTO

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria- Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las alteraciones en el sistema musculoesquelético son unas de las principales causas de incapacidad médica, ocasionadas por trabajar en condiciones inadecuadas, que con el pasar del tiempo llegan a contribuir la aparición de enfermedades osteomusculares, contribuyendo a unas causas de ausentismo laboral, lo que implica pérdidas económicas para el trabajador tanto como para la empresa para la cual desempeña sus labores.

Por lo tanto, las repercusiones ocasionadas por las lesiones musculo esqueléticas en los trabajadores debido a factores ocupacionales contribuyen a la modificación de la calidad de vida del trabajador, el ausentismo, la disminución de la productividad y la incapacidades temporales o permanentes del trabajador.

De todas las enfermedades que afectan al personal de salud las lesiones del aparato locomotor son las de mayor incidencia y la de mayor trascendencia como causa de

ausentismo laboral, disminuyendo la capacidad de rendimiento físico, movilidad, fuerza afectando el desempeño dentro del entorno laboral.

Según estudios realizados se asoció el desempeño de profesionales de salud en tareas de manipulación y el malestar musculoesquelético. El 62% de los sujetos notificaron una prevalencia de malestar musculoesquelético de intenso a moderado. La mayor parte de los TME relacionados con el trabajo que se encontraron se relacionaban con trastornos a nivel de espalda, aunque también incluyeron trastornos a nivel de cuello, hombro, brazo, muñeca y rodilla. Para el personal de enfermería, la manipulación manual de pacientes (mover o reposicionar a un paciente usando la fuerza del propio cuerpo) es la mayor causa de estos deterioros musculoesqueléticos. Después de tal deterioro, muchos de los trabajadores en salud dejan el sector, de forma temporal o permanente. (Daraiseh N, 2003).

Las alteraciones musculo esqueléticas son diagnosticadas de una manera visible ya que habitualmente presentan cuadros de dolor, su etiología se presenta habitualmente por efectos del trabajo, sino también por actividades extralaborales, como también por accidentes traumáticos, patologías previas a desgarros musculares característicos de la edad.

Los trabajadores del área de rehabilitación y auxiliares de enfermería del Hospital La victoria en la ciudad de Bogotá, La fundación cristiana lazos de amor en Saravena Arauca y la Empresa social del estado sur occidente- punto de atención Florencia Cauca están expuestos a diversos factores de riesgo, debido a las actividades rutinarias, debido a esto se evidencian consecuencias de diversas patologías musculo esqueléticas por lo cual nace la inquietud de saber cuáles son los factores ergonómicos y los trastornos musculoesqueléticos que presentan.

1.3 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo se asocian los factores ergonómicos y los trastornos musculoesqueléticos en fisioterapeutas, enfermeros, y terapeutas ocupacionales?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Determinar trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en trabajadores del sector salud (fisioterapeutas, enfermeros, y terapeutas ocupacionales), en tres IPS, generando estrategias orientadas hacia la prevención de riesgos ergonómicos.

1.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los trastornos musculoesqueléticos presentados por área de trabajo, de los enfermeros, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales de tres IPS específicas mediante la aplicación de una encuesta de perfil sociodemográfico
- Identificar los factores ergonómicos predisponentes en las actividades laborales, de los enfermeros, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales de tres IPS específicas, mediante la aplicación del cuestionario Nórdico.
- Generar el diseño de una propuesta de intervención frente a los trastornos musculoesqueléticos identificados, posterior a la aplicación y análisis de los instrumentos.

1.5 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se origina desde la concepción que los factores de riesgo ergonómico en trabajadores del sector salud se asocian principalmente a las diferentes posturas y manipulación de cargas debido a las actividades propias de su desempeño ocupacional, sin embargo, es probable poder llegar a determinar las relaciones que predisponen la aparición de un trastorno musculoesquelético y evitar el deterioro de la salud física. En el año 2016 los TME representaron el 85% del total de enfermedades laborales, (Ministerio de Trabajo, 2016), lo cual indica que la prevalencia e incidencia de estas se relacionan con factores inherentes a la actividad laboral y, por lo tanto, requiere de su investigación para establecer acciones de mejora que permitan implementar medidas de control que impacten en la salud del trabajador.

Considerando las condiciones laborales de los profesionales sanitarios hoy en día, en las cuales es muy común encontrarlos con más de un empleo y laborando bajo condiciones inseguras, afectando negativamente su propia calidad de vida, se plantea una investigación que pretende observar la realidad del entorno de trabajo de esta población, dando a conocer situaciones inadecuadas a las que están expuestos los profesionales, las cuales se encuentran relacionadas con los riesgos ergonómicos y aparición precoz de trastornos musculoesqueléticos .

Al revisar los resultados esperados en esta investigación, los métodos ergonómicos aplicados contribuirán al sistema de seguridad y salud en el trabajo direccionando los planes de intervención, donde se propondrá un plan de control para mitigar las enfermedades osteomusculares.

Con la necesidad de la mejora en las condiciones ergonómicas de los trabajadores del sector salud, en este estudio se analizarán los factores predisponentes que rodean

al trabajador, como lo son el medio ambiente laboral, el puesto de trabajo en específico, el manejo de quipos, máquinas o herramientas propias de la función laboral (Marín et al, 1999), vistos desde un enfoque multidisciplinar, que aporta un factor diferencial en referencia a investigaciones previas del tema, puesto que analiza, evalúa e identifica desde acciones y funciones de diferentes profesiones del área de la salud, permitiendo a su vez que desde el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo se establezcan acciones epidemiológicas que impacten la salud del trabajador desde un contexto específico

CAPÍTULO 2. MARCOS DE REFERENCIA

Para el análisis del respectivo proyecto de investigación, se debe tener en cuenta la conceptualización de los *trastornos musculoesqueléticos*, expuestos desde diferentes referencias bibliográficas, asimismo la *Manipulación de Cargas*, contando con el aporte desde un factor de riesgo ergonómico y demás características o antecedentes de ejecución que permiten brindar una base teórica en la investigación.

Al referenciar los Trastornos Musculoesqueléticos (TME) o Desórdenes Musculoesqueléticos (DME), es necesario acudir a referencias relevantes en el estudio y control de estas, tales como la NIOSH (2012) donde se explica que estos hacen referencia a un tipo de lesión a nivel de músculos, tendones, ligamentos, nervios, articulaciones, cartílagos, huesos o vasos sanguíneos de los brazos, piernas, cabeza, cuello o espalda, los cuales pueden llegar a producirse debido a tareas relacionadas con actividades de empujar, levantar o halar objetos pesados, presentando síntomas que incluyen dolor, rigidez, hinchazón, adormecimiento e incluso cosquilleo en articulaciones; percepción que enmarca la generalidad del concepto, relacionado su actuar fisiológico con un tipo de ocupación en la vida diaria.

Por lo tanto, es factible afirmar que los TME se constituyen en una de las principales causas del absentismo laboral, convirtiéndose en una enfermedad relevante a nivel de salud en el trabajo, considerando las características específicas que se asocian a las diferentes partes del cuerpo y su apareamiento puede ser provocado por diferentes tipos de trabajo, pudiendo llegar a ser leve u ocasional, tanto como una enfermedad, lesiones irreversibles o discapacitantes (Luttman & Griefahn, 2004).

Del mismo modo, existen factores asociados que predisponen la aparición de estos TME, tales como el esfuerzo mecánico excesivo, la frecuencia de repetición, el tiempo

de exposición y la probabilidad de ocurrencia de un accidente, lo cual continúa generando un proceso de asociación y engranaje desde un punto de vista ocupacional y laboral (Luttman & Griefahn, 2004).

En Colombia, el Informe de Enfermedad Profesional entregado por el Ministerio de la Protección Social (2003-2005), evidenció que la primera causa de enfermedad profesional diagnosticada entre los años de 2001 y 2004 están relacionados con el compromiso del sistema músculo-esquelético, siendo los DME la patología con mayores diagnósticos laborales.

Por tal motivo, se hace necesario abordar el riesgo *Ergonómico*; de acuerdo con Gutiérrez (2011) estos hacen referencia a factores innatos a los procesos o tareas que incluyen aspectos organizacionales, de la interacción entre el hombre- medio ambiente, ambiente-condiciones de trabajo y también con la productividad en sí misma, repercutiendo a nivel de las cargas físicas, cargas estáticas, posturas (prolongadas, mantenidas, forzadas ...), cargas dinámicas y los diseños de puesto de trabajo.

Considerando lo anterior, las *Manipulaciones de Cargas* son consideradas como responsables de aparición de fatigas físicas y lesiones que pueden llegar a producir traumatismos en primera instancia “sin importancia” a partir de contusiones, cortes, heridas, fracturas y sobre todo lesiones musculoesqueléticas , especialmente en la zona dorsolumbar, incluyendo como carga la manipulación de personas en entidades de salud (INSST, 2003), asimismo enmarca factores de riesgo como el esfuerzo físico necesario, las características del medio de trabajo, las exigencias de la actividad y los factores individuales . Por lo cual, es necesario la revisión de metodologías y métodos de evaluación del riesgo relacionado con la carga física, estática y dinámica, ahondando en el amplio campo de investigación de la *Ergonomía* frente a las exigencias biomecánicas de la manipulación de cargas.

De acuerdo con Gutiérrez (2011), en la Guía Técnica para el Análisis de Exposición a Factores de Riesgo Ocupacional cuando se requiere evaluar este riesgo, es necesario identificar la situación de trabajo con riesgo de DME, aplicando un tipo de método cuantitativo de carga física, basado en movimientos repetitivos, evaluación de posturas, evaluación de levantamiento y manipulación de cargas, organización del trabajo y condiciones ambientales.

Por otro lado, el estudio de los TME asociados a las actividades laborales de los profesionales sanitarios, ha sido hecho de estudios relevantes a nivel nacional e internacional, considerando las características que rodean a profesionales como enfermeros, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, quienes manejan e intervienen a usuarios con moviidades reducidas o disminuidas en diferentes grados, llevándolos a ejercer esfuerzos físicos durante su actuar ocupacional.

Acorde con un estudio realizado en España, titulado “Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores”, fue posible evidenciar que el trabajo desarrollado por los auxiliares de enfermería se considera como una de las profesiones con mayor predisposición a padecer algún tipo de TME, evidenciándose en que el 57,4% de los encuestados manifestaron haber molestias y/o dolores en espalda, cuello y hombros, siendo estas molestias en un 31,1% de carácter permanente; reflejando que los factores más relacionados con la aparición de TME fueron las posturas forzadas, la manipulación de cargas, el ritmo de trabajo elevado, los movimientos repetidos y el estrés (Fernández Et Al., 2014).

En relación con los terapeutas ocupacionales, se publicó en Colombia un estudio de carácter descriptivo titulado “Factores de riesgos ergonómicos locativos y mecánicos a los que se ven expuestos los Terapeutas Ocupacionales que se desempeñan en el área de discapacidades físicas del Hospital Militar Central de Santa Fe de Bogotá”, en el cual

se reflejó que las terapeutas ocupacionales se veían expuestas factores de riesgo ergonómico relacionados con la postura y engranado con un levantamiento de peso que sobrepasaba los niveles permisibles, a su vez la frecuencia durante la jornada laboral sin alternar posiciones, el tipo de movimiento, la actividad y dimensiones del puesto de trabajo (Marín Et al, 2004).

En consecuencia con lo anterior, se referencia trabajo de grado titulada “Estudio de los trastornos músculo-esqueléticos relacionados con el trabajo asistencial en fisioterapeutas” en el cual se obtuvo como resultado la conclusión que los fisioterapeutas encuestados y/o evaluados presentaron altas probabilidades para desarrollar TME en su desempeño ocupacional, considerando la alta prevalencia obtenida en las respuestas dadas por estos, asimismo los riesgos con mayor resultados entre los fisioterapeutas fueron: “aplicar fuerza con las manos o brazos regularmente” y “estar de pie largos periodos de tiempo”, lo que pudo explicar la alta incidencia de lesiones en cuello, lumbares y hombros (Bernal, 2015).

En síntesis, considerando las referenciaciones y teorías expuestas anteriormente, es factible afirmar y reconocer la importancia y relevancia de un estudio que permita desde un punto de vista interdisciplinar evidenciar respuestas y resultados que aporten en la seguridad y salud de los profesionales del sector salud.

MARCO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación busca la resolución de problemas prácticos, con el fin de transformar las condiciones de laborales en trabajadores del área de la salud y, a su vez, la mejora de la calidad de los servicios prestados en las tres IPS. Por lo tanto, hace uso de un diseño no experimental y un alcance longitudinal, con el objetivo de estudiar tres profesiones específicas en el área de la salud, en el proceso formal se seleccionó una profundidad exploratoria.

A su vez, el proceso metodológico que utilizó e implementó esta investigación, abarcó un enfoque cuantitativo que permitió tener una base para la indagación mediante elementos con características cognitivas y datos numéricos retomados de la realidad, los cuales conllevan a un proceso estadístico que permite probar teorías (canto & silva, 2013); de tal modo, los datos cuantitativos se establecerán con la aplicación del instrumento Cuestionario Nórdico (Kuorinka 1987), permitiendo la realización de análisis estadísticos.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales contratados para la realización de tareas asistenciales de primer y segundo nivel de atención en tres IPS: el Hospital La victoria en la ciudad de Bogotá, La fundación cristiana lazos de amor en Saravena Arauca y la Empresa social del estado sur occidente- punto de atención Florencia Cauca.

Del mismo modo, la muestra seleccionada para este estudio fue de tipo no probabilístico, teniendo en cuenta que permite la selección, sin embargo, se desconoce la probabilidad que tienen los elementos de la población para integrar la misma; a su vez, esta fue seleccionada considerando la dinámica de los trabajadores, las condiciones de salud pública actuales y los problemas de orden público por los que atraviesa el país, proyectando para la recolección de información un periodo de 15 días, destinándose a la recolección de datos una frecuencia de 2 días a la semana por 2 semanas consecutivas, de preferencia en las últimas horas de la jornada laboral en los turnos mañana y tarde.

Criterios de inclusión

Personal de salud de ambos sexos que al momento de la recolección de datos laboraba en los hospitales, centros de salud y fundaciones ya mencionadas dentro del primer y segundo nivel de atención, ser mayor de edad, ejercer la profesión con más de 6 meses de antigüedad y residentes en Colombia, rangos de 23 a 40 años de edad.

Criterios de exclusión

Participantes que presenten el cuestionario con datos incompletos, profesionales con menos de 6 meses de ejercicio profesional, menores de 23 años o mayores de 40 y que no se encuentren en ejerciendo sus actividades de forma clínico – asistencial.

PROCEDIMIENTOS

Tabla 1. Cronograma de actividades

Fases	Abril					Mayo					Junio				
Caracterización trastornos musculoesqueléticos															
Identificar factores ergonómicos predisponentes															
Propuesta de control o mitigación															
Análisis y presentación de resultados															

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizará una encuesta de caracterización poblacional diseñado por las investigadoras (encuesta del perfil sociodemográfico) y un cuestionario estandarizado que contiene una serie de preguntas relacionadas con la manipulación de cargas de los trabajadores en el área de salud (cuestionario Nórdico de Kuorinka).

La recolección de datos se llevó estuvo a cargo de la profesionales capacitadas y conocedoras de los factores de riesgo y desordenes musculoesqueléticos, utilizando como medio, los formularios de Google para alcanzar la muestra seleccionada, considerando las condiciones de salud públicas y las restricciones que esto conllevaba. Los datos se recolectarán en el mes de mayo del año 2021.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Haciendo uso de la herramienta ofimática de Excel, se estableció la estadística de los datos, teniendo como soporte los formularios de Google enviados a la muestra de investigación, sirviendo como una base de datos, los cuales fueron distribuidos a través de tablas dinámicas, para posteriormente ser graficados a través de barras y tortas; del mismo modo, los resultados arrojados se estudiaron considerando el tipo de respuesta, en relación con los porcentajes de mayor influencia y la hipótesis principal acerca de los TME.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La bioética humana se retoma de lo conocido como ética médica, que implica la dignidad y derechos de las personas al realizarse algún tipo de procedimiento o acciones investigativas que impliquen contacto directo o indirecto, cuidando no solo la salud, si no, la conducta humana de quienes intervenimos.

Es por esto que la bioética establece principios que permitan regular el acto mismo, los cuales, comprenden: el respeto a la vida humana y la autodeterminación de la persona; contribuyendo a que no se infrinjan las normas que constituyen a la ética humana, los cuales, se relacionan en la medida de no cometer actos que atenten contra la vida de otros, el conocimiento de medios armoniosos, el principio de totalidad, el consentimiento libre e informado, entre otros.

Teniendo en cuenta que esta investigación se transformó durante el tiempo de ejecución, debido a las condiciones de salud pública y social por las cuales atravesaba el país el consentimiento informado fue enviado a través de un formulario de google,

inmerso en el cuestionario inicial (perfil sociodemográfico), en el cual la persona leía el párrafo inicial, el cual correspondía a la explicación del uso de la información recolectada y la confidencialidad de la misma.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

ENCUESTA DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Tabla 2. Edad

RANGOS DE EDAD	CUENTA DE EDAD
23 - 25 AÑOS	3
26 - 30 AÑOS	9
35 - 40 AÑOS	3
TOTAL GENERAL	15

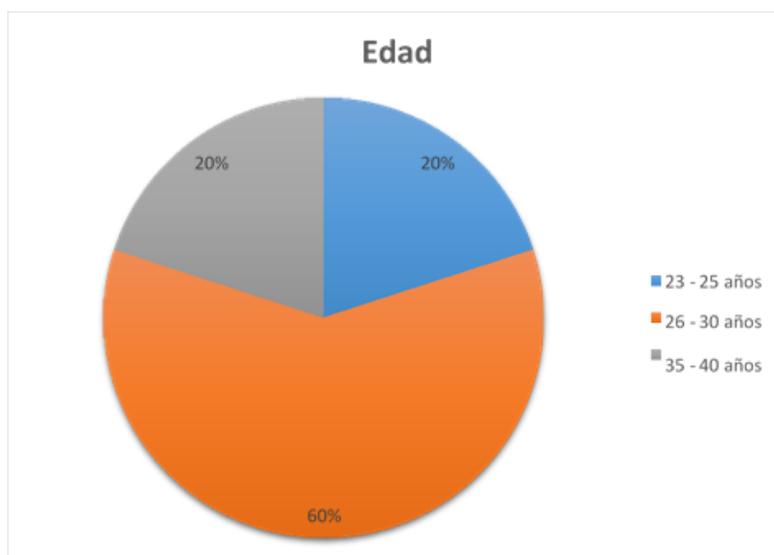


Figura 1. Edad

Se realizó una investigación de carácter , aplicando una encuesta de perfil sociodemográfico a la población muestra, como lo son trabajadores de la salud; fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales nombrados y contratados que realizan labor asistencial de primer y segundo nivel de atención en tres IPS; el Hospital La victoria en la ciudad de Bogotá, La fundación cristiana lazos de amor en Saravena Arauca y la Empresa social del estado sur occidente- punto de atención Florencia Cauca.

El tamaño de la muestra fue de 15 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, con tres rangos de edad establecidos, siendo el rango entre 26-30 años el más común con un porcentaje del 60% de la muestra, representando una población adulta joven.

Tabla 3. Sexo

SEXO	CUENTA DE SEXO
Femenino	14
Masculino	1
TOTAL GENERAL	15

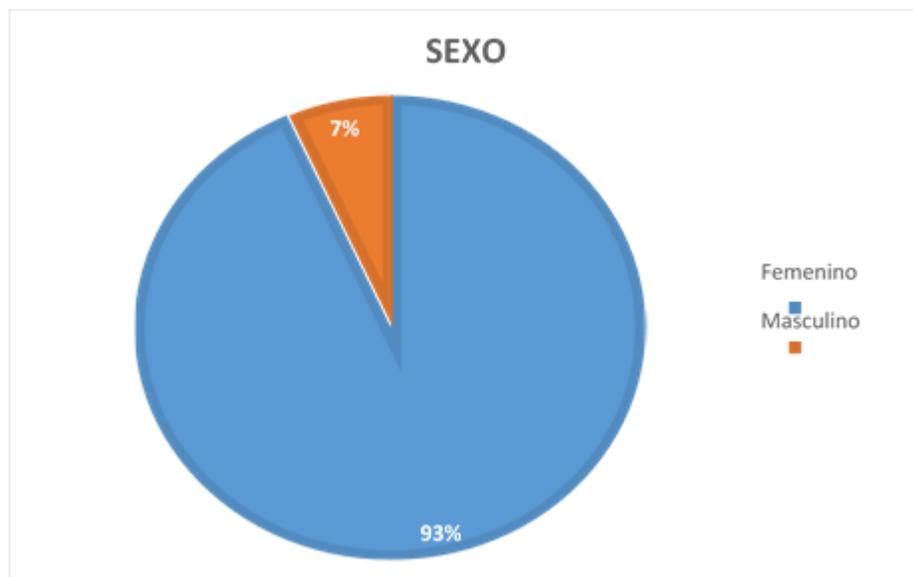


Figura 2. Sexo

En cuanto a la variable de personal encuestado referente al sexo, se evidenció un predominio del sexo femenino correspondiente a un 93%, frente a un 7% de representatividad masculino, posiblemente debido al ejercicio de profesiones en salud en su mayoría por personal femenino.

Tabla 4. Empresa

EMPRESA	CUENTA DE EMPRESA
ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA	6
FUNDALAM-SARAVENA	5

TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS
Y MANIPULACION DE CARGAS

HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ	4
TOTAL GENERAL	15

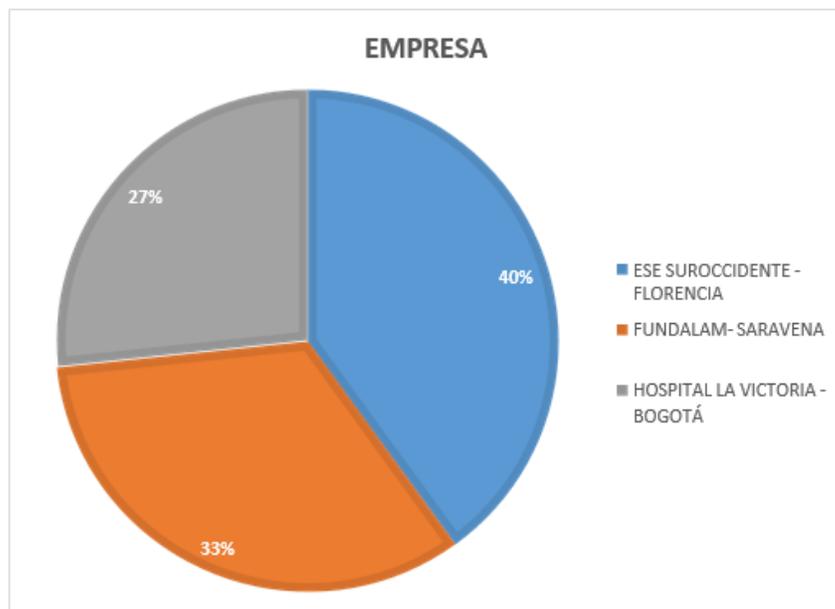


Figura 3. Empresa

En cuanto a la participación de trabajadores por empresa se destaca un mayor porcentaje de la ESE sur occidente- Florencia cauca con un 40% de la muestra, así como un 33% para Fundalam –Saravena, y 27% en Hospital La victoria, diferencias que pueden radicar en el tamaño del personal adscrito a cada institución y del tamaño de cada empresa.

Tabla 5. Profesión

PROFESIÓN	CUENTA DE PROFESIÓN
ENFERMERO AUXILIAR	7
ENFERMERO JEFE	3
FISIOTERAPEUTA	4
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1
TOTAL GENERAL	15

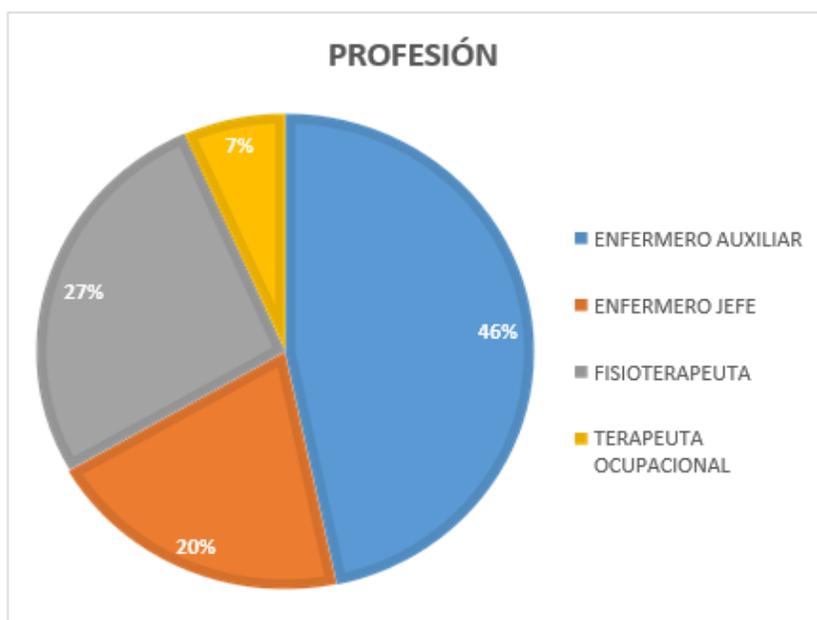


Figura 4. Profesión

Respecto a la variable de representación de la muestra por profesión se observa una mayor prevalencia por profesión de auxiliares de enfermería representado en un porcentaje del 46% de la población encuestada y una menor participación de terapeutas ocupacionales con un porcentaje del 7% de la población total, lo cual se puede deber a la prestación de estos servicios por niveles de atención en las IPS encuestadas.

Tabla 6. Antigüedad en el cargo

ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	CUENTA DE ANTIGÜEDAD EN EL CARGO
ENTRE UN AÑO Y DOS	5
MÁS DE DOS AÑOS	4
MENOS DE UN AÑO	3
UN AÑO	3
TOTAL GENERAL	15

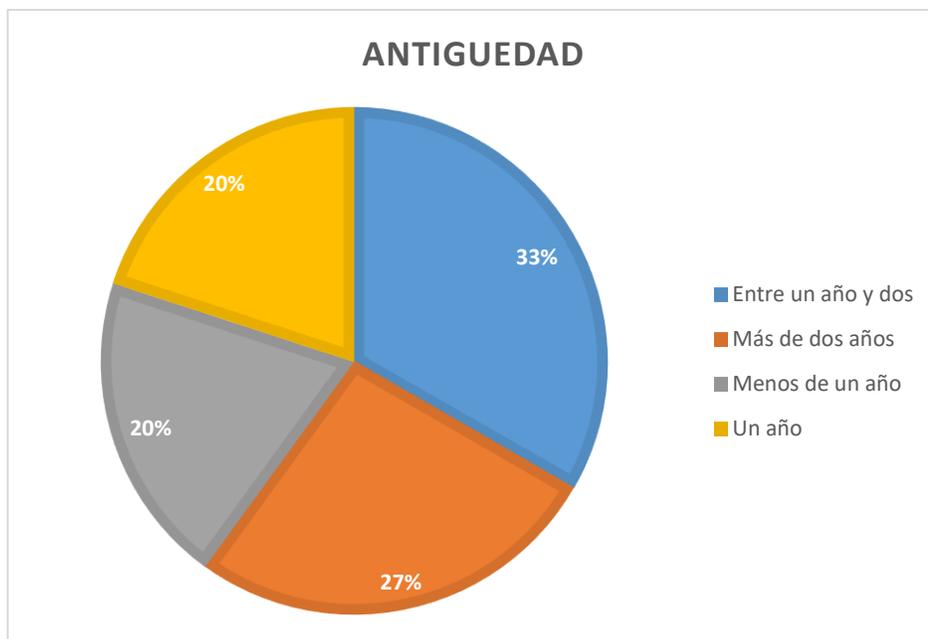


Figura 5. Antigüedad en el cargo

En cuanto a la antigüedad en el cargo se evidenciaron porcentajes similares entre los cuatro rangos establecidos (menor a un año, un año, más de dos años, entre un año y dos) sin marcar una prevalencia, lo que indica variabilidad en la permanencia del personal de las instituciones encuestadas.

Tabla 7. Vinculación

VINCULACIÓN	CUENTA DE TIPO DE VINCULACIÓN
NÓMINA	7
OPS	4
SINDICATO	4
TOTAL GENERAL	15

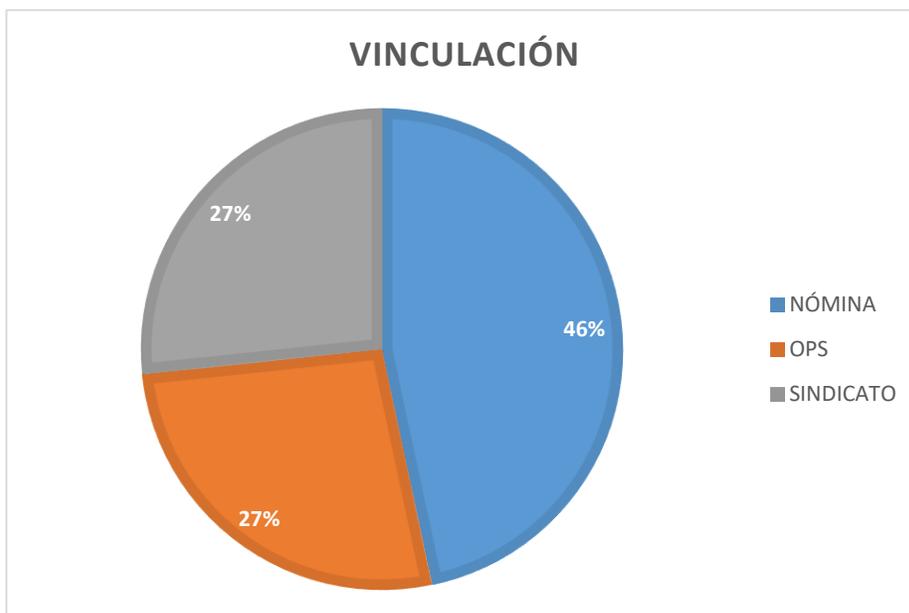


Figura 6. Vinculación

Respecto al tipo de contratación se evidenció el manejo de tres tipos de vinculación, siendo el de mayor representativa la contratación por nomina con un 46%, seguido de contratación por OPS y Sindicato con un porcentaje del 27% respectivamente.

Tabla 8. Peso

PESO	CUENTA DE PESO
60	2
95	1
52.5 kg	1
60 kg	1
62kg	1
67 kg	1
67. Kg	1
70 kg	1
82.3kg	1
89kg	1
55 kg	1
59 kg	1
53 kg	1
56 kg	1
TOTAL GENERAL	15

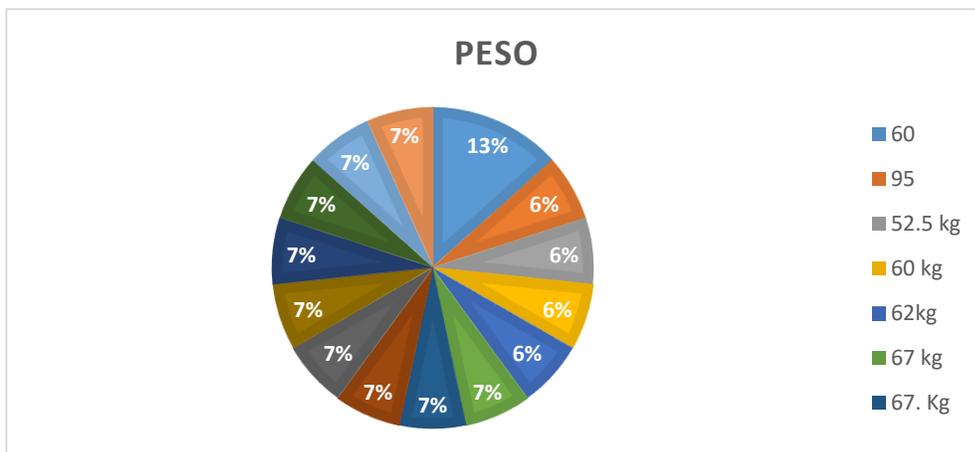


Figura 7. Peso

Tabla 9. Estatura

ESTATURA	CUENTA DE ESTATURA
1.51cm	1
1.54 cm	1
1.67cm	1
1.70 cm	1
1.67 cm	1
1.60 cm	1
1.52 cm	1
1.59 cm	2
1.50 cm	1
1.60cm	2
1.71cm	1
163cm	1
1.54cm	1

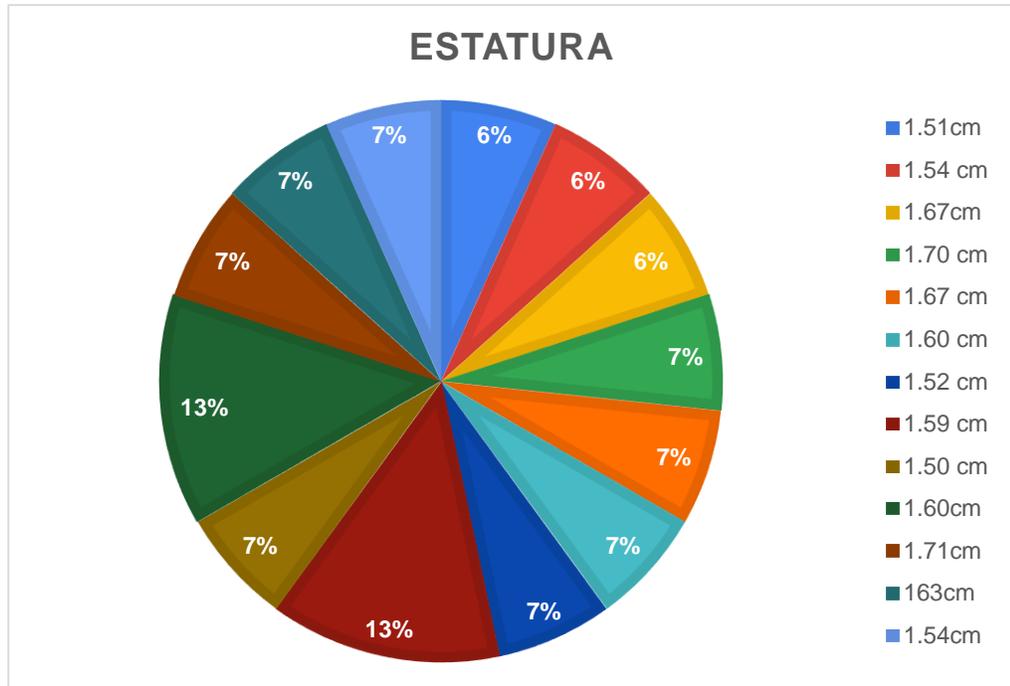


Figura 8. Estatura

En cuanto variables de determinantes biológicos, como lo son talla y peso se encontró variabilidad de respuesta, en cuanto al peso de los participantes este varía entre los 53 kg y los 89 kg con un promedio de 65.8kg, estaturas entre los 150 cm y los 171cm con un promedio de 159.8cm.

Tabla 10. Lugar de trabajo

LUGAR DE TRABAJO	CUENTA DE LUGAR DE TRABAJO
EXTRAMURAL	2
INTRAMURAL	13
TOTAL GENERAL	15

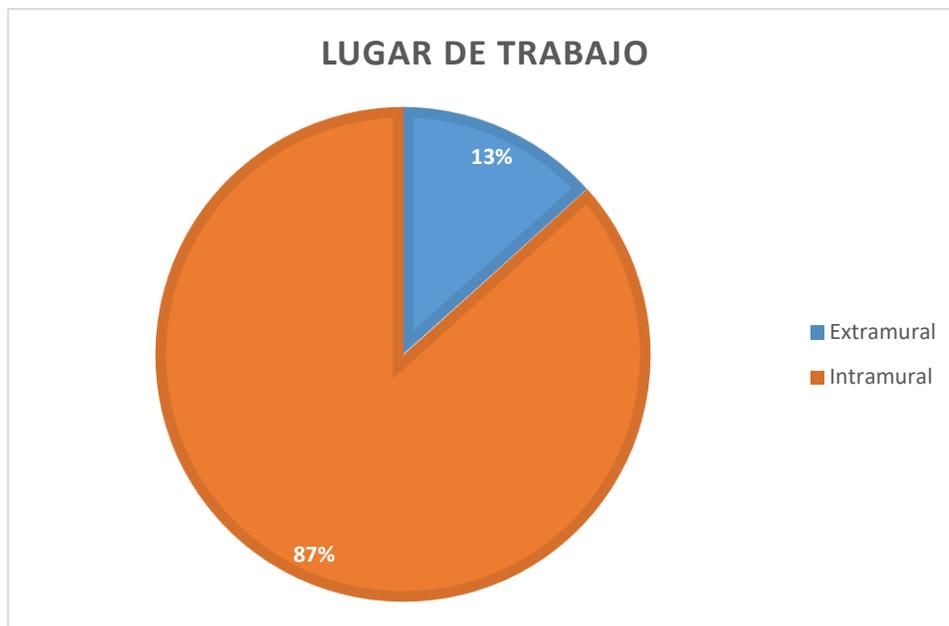


Figura 9. Lugar de trabajo

Este aspecto encuestado nos indica dos áreas de trabajo, con un lugar de trabajo con mayor representatividad de los participantes en el área intramural, obteniendo porcentaje del 87%, frente a un 13% extramural, lo que nos indica mayor movilidad que sedentarismo en las áreas de trabajo.

Tabla 11. Enfermedad preexistente

ENFERMEDAD PREEXISTENTE	CUENTA DE ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD?
NO	12
SÍ	3
TOTAL GENERAL	15

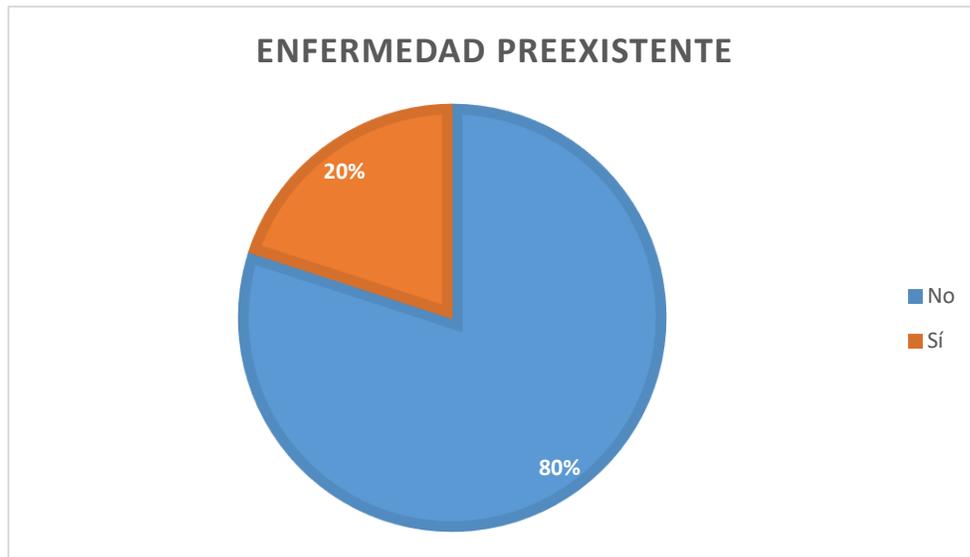


Figura 10. Enfermedad preexistente

Así como una mayor representación de no padecimientos de enfermedades del 80%, frente a un 20% que indicaron si padecer de alguna enfermedad, indicando un posible bienestar en salud por parte de los trabajadores encuestados con anterioridad a la prestación de sus servicios profesionales.

Tabla 12. Realización de ejercicio

REALIZACIÓN DE EJERCICIO	CUENTA DE ¿REALIZA EJERCICIO REGULARMENTE?
NO	8
SÍ	7
TOTAL GENERAL	15

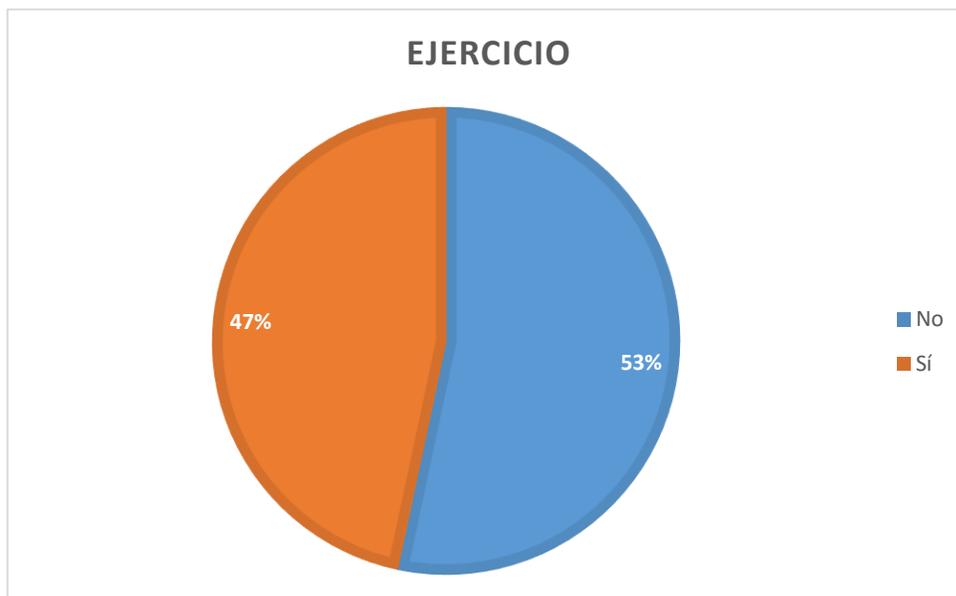


Figura 11. Ejercicio

En cuanto a la ejecución de ejercicio se presentan dos porcentajes similares entre la realización y la no realización de este correspondiente 47% y el 53% respectivamente, sin variaciones marcadas.

CUESTIONARIO NORDICO

Tabla 13. ¿Ha tenido molestias en?

MOLESTIAS		
Cuello	Si	60%
	No	33%
	Izq	7%
Hombro	Si	27%

TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS
Y MANIPULACION DE CARGAS

	No	53%
	Izq	13%
	Derecho	7%
Dorsales o lumabres	Si	73%
	No	13%
	Izq	7%
Antebrazo	Si	13%
	No	87%
Muñeca	Si	40%
	No	47%
	Izq	7%
	Derecho	7%
Mano	Si	40%
	No	53%
	Derecho	7%

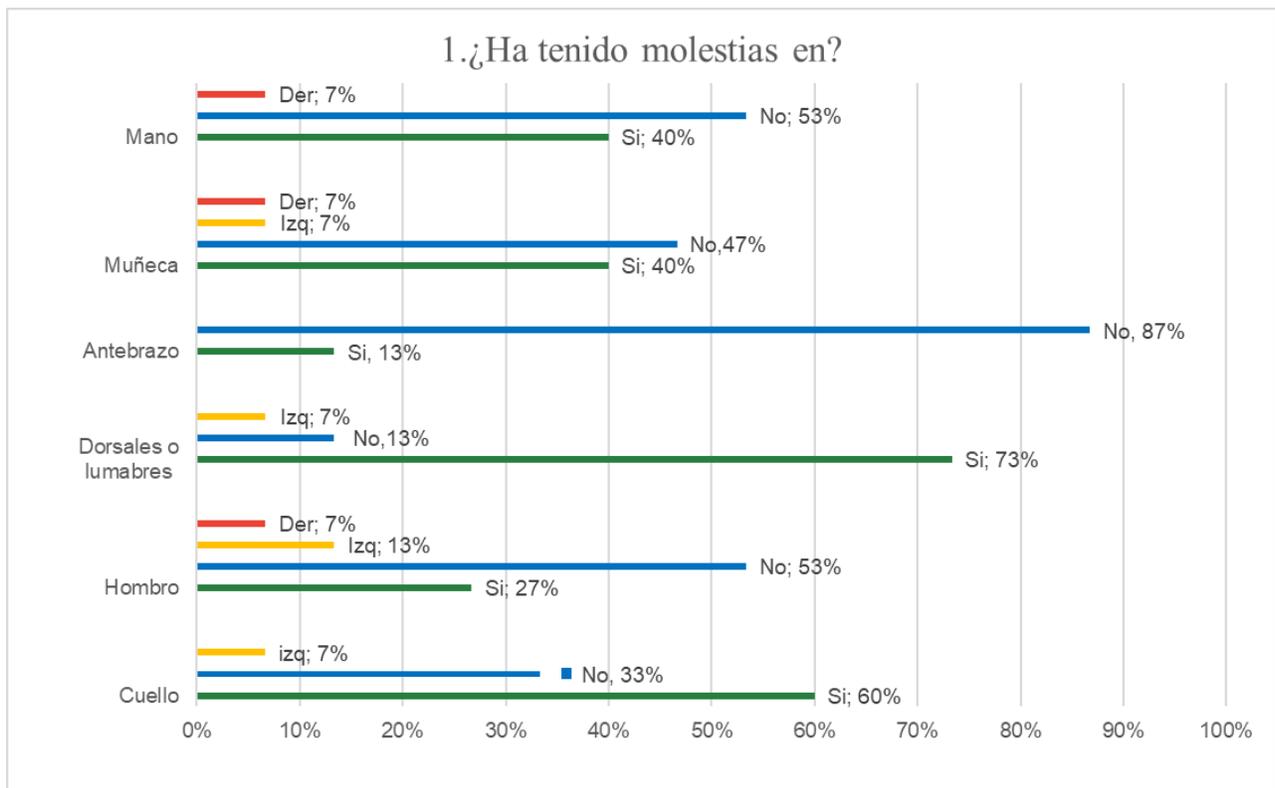


Figura 12. ¿Ha tenido molestias en?

Los profesionales de la salud están sometidos diariamente a presentar problemas osteomusculares debido a las altas cargas de trabajo que mantienen, es por ello que el 73% del 100% de la población encuestada manifestó presentar sintomatologías en las zonas Dorsales o lumbares con un 7% del lado izquierdo, un 60% del 100% presenta molestias en el cuello, el 7% identifica que las molestias se presentan del lado izquierdo del cuerpo. La sintomatología que menos se presenta es en la zona de los antebrazos con un 87%. A través de estos resultados podemos evidenciar que la mayor parte de los profesionales sobre esfuerza el cuello y las zonas dorsales o lumbares durante su jornada de trabajo.

Tabla 14. ¿Desde hace cuánto tiempo?

TIEMPO		
Cuello	Hace una semana	20%
	Hace un mes	7%
	Hace 6 meses	33%
	No aplica	40%
Hombro	Hace un mes	27%
	Hace 6 meses	20%
	No aplica	53%
Dorsales o lumbares	Hace una semana	13%
	Hace un mes	33%
	Hace 6 meses	40%
	No aplica	13%
Antebrazo	Hace una semana	13%
	Hace 6 meses	7%
	No aplica	80%

Muñeca	Hace una semana	27%
	Hace un mes	7%
	Hace 6 meses	27%
	No aplica	40%
Mano	Hace una semana	20%
	Hace un mes	13%
	Hace 6 meses	27%
	No aplica	40%

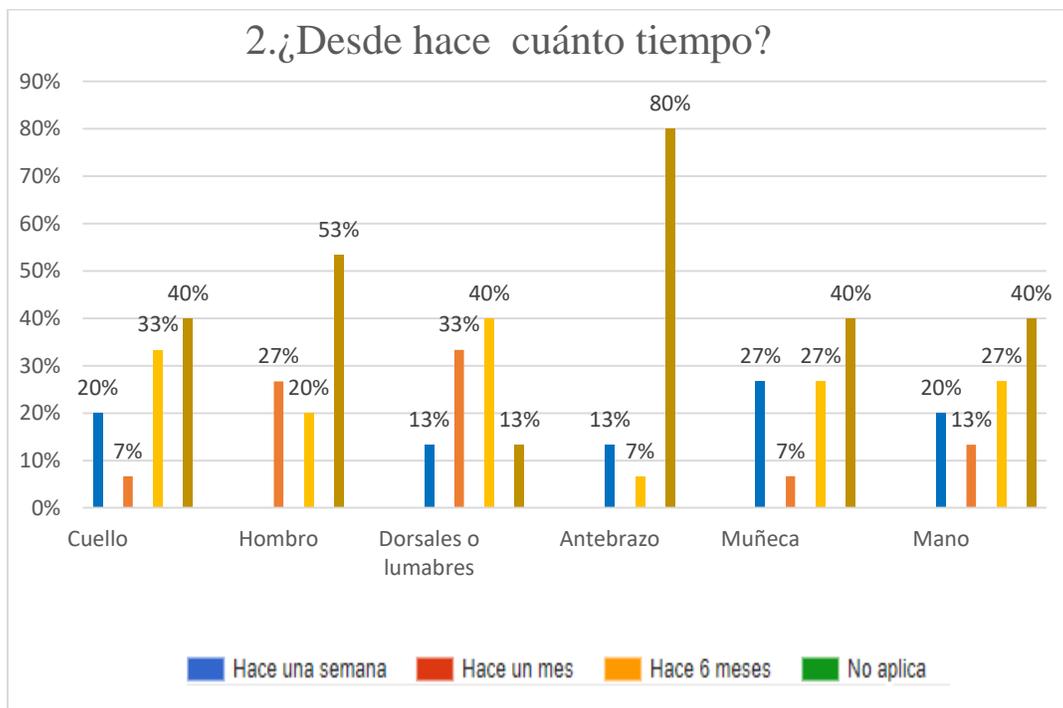


Figura 13. ¿Desde hace cuánto tiempo?

Los profesionales de la salud están sometidos diariamente a presentar enfermedades osteomusculares debido a las altas cargas de trabajo a las que se encuentra expuestos , es por ellos que el 40% del 100% de la población encuestada manifestó presentar sintomatologías hace 6 meses en las zonas Dorsales o lumbares,

un 33% del 100% presenta molestias hace 6 meses en la zona del cuello, el 27% identifica que las molestias se presentan hace un mes o hace 6 meses en la zona de las muñecas y las manos. La sintomatología con menos tiempo de evolución se presenta con un 13% hace una semana y un 7% hace 6 meses en la zona de los antebrazos. A través de estos resultados podemos evidenciar que la mayor parte de los profesionales presenta mayor tiempo de evolución de las sintomatologías en cuello, manos, muñecas y en zona dorsales o lumbares durante sus actividades prelaborales y poslaborales.

Tabla 15. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

PUESTO DE TRABAJO	
SI	4
No	11

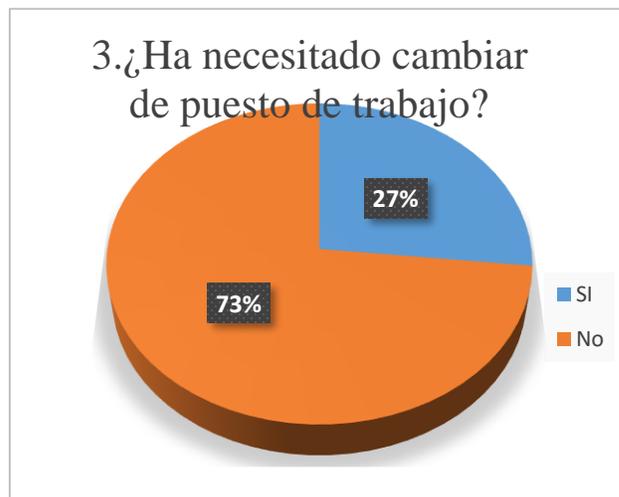


Figura 14. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

Los profesionales de la salud están sometidos diariamente a presentar enfermedades osteomusculares debido a las altas cargas de trabajo a las que se encuentran expuestos, es por ello que se propone un cambio de puesto de trabajo, a lo que el 73% del 100% de la población profesional encuestada refirió que NO ha necesitado un cambio de

puesto de trabajo así presenten sintomatologías osteomusculares y el 27% del 100% de los profesionales respondieron que SI necesitaban un cambio de puesto de trabajo ya que sus sintomatologías se han presentado con mayor tiempo de evolución en su puesto de trabajo actual.

Tabla 16. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

MOLESTIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	
SI	12
No	3



Figura 15. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

Los profesionales de la salud están sometidos diariamente a presentar enfermedades osteomusculares debido a las altas cargas de trabajo a las que se encuentran expuestos, es por esto por lo que la mayor parte de los profesionales refirió que SI con un 80% del 100% haber presentado molestias los últimos 12 meses en diferentes zonas del cuerpo

durante y después de su jornada de trabajo y un 20% del 100% refirió NO a ver presentado molestias en los últimos 12 meses en ninguna parte del cuerpo.

Tabla 17. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

MOLESTIAS EN DÍAS	
CUELLO	
1-7 días	27%
8-30 días	13%
>30 días no seguidos	13%
Siempre	0%
No aplica	47%
HOMBRO	
1-7 días	13%
8-30 días	20%
>30 días no seguidos	7%
Siempre	7%
No aplica	53%
DORSALES O LUMBARES	
1-7 días	20%
8-30 días	40%
>30 días no seguidos	13%
Siempre	7%
No aplica	20%
ANTEBRAZO	
1-7 días	13%
8-30 días	7%
>30 días no seguidos	0%
Siempre	7%
No aplica	73%
MUÑECA	
1-7 días	33%
8-30 días	20%
>30 días no seguidos	7%
Siempre	7%
No aplica	33%
MANO	
1-7 días	33%
8-30 días	20%
>30 días no seguidos	0%

Siempre	0%
No aplica	47%

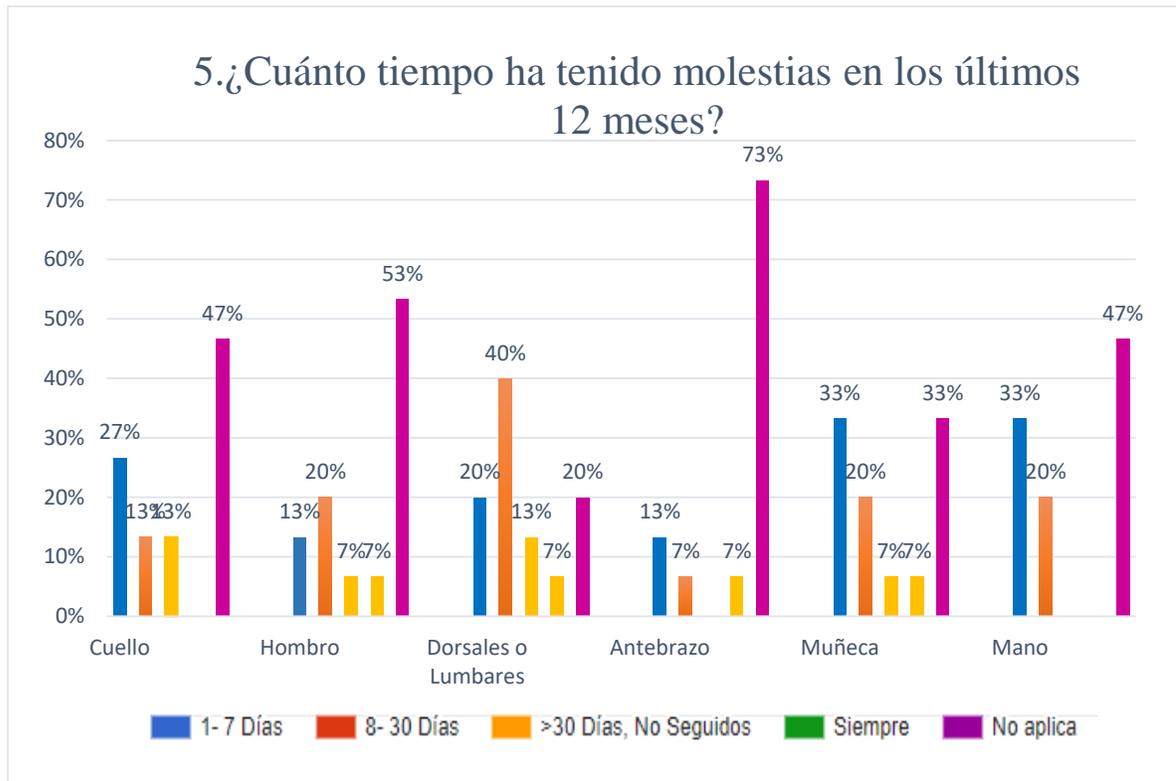


Figura 16. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

Los profesionales de la salud están sometidos diariamente a presentar enfermedades osteomusculares debido a las altas cargas de trabajo a las que se encuentran expuestos, es por ellos que el 40% del 100% de la población encuestada manifestó presentar sintomatologías los últimos 12 meses, cada 8 a 30 días en las zonas Dorsales o lumbares, un 33% del 100% presenta molestias 1 a 7 días en la zona de la mano y en las muñecas, el 20% identifica que las molestias se presentan de 8 a 30 días seguidos en los hombros, muñecas y manos. La sintomatología > a 30 días, no seguidos con un 13% en las zonas del cuello y las zonas dorsales o lumbares son las que menos concurrencia manifiestan los profesionales en los últimos 12 meses. A través de estos resultados podemos evidenciar que la mayor parte de los profesionales presenta un tiempo de evolución durante los últimos 12 meses sintomatologías en manos, muñecas, hombros y en zona dorsales o lumbares durante sus actividades prelaborales y poslaborales.

Tabla 18. ¿Cuánto dura cada episodio?

DURACIÓN DE EPISODIOS		
CUELLO	<1 Hora	33%
	1 a 24 Horas	20%
	1 a 4 semanas	7%
	> 1 mes	0%
	No aplica	40%
HOMBRO	<1 Hora	13%
	1 a 24 Horas	27%
	1 a 4 semanas	7%
	> 1 mes	0%
	No aplica	53%
DOSALES O LUMBARES	<1 Hora	13%
	1 a 24 Horas	47%
	1 a 4 semanas	20%
	> 1 mes	7%
	No aplica	13%
ANTEBRAZO	<1 Hora	20%
	1 a 24 Horas	7%
	1 a 4 semanas	7%
	> 1 mes	0%
	No aplica	67%
MUÑECA	<1 Hora	33%
	1 a 24 Horas	27%
	1 a 4 semanas	7%
	> 1 mes	0%
	No aplica	33%
MANO	<1 Hora	20%
	1 a 24 Horas	27%
	1 a 4 semanas	13%
	> 1 mes	0%
	No aplica	40%

6. ¿Cuánto dura cada episodio?

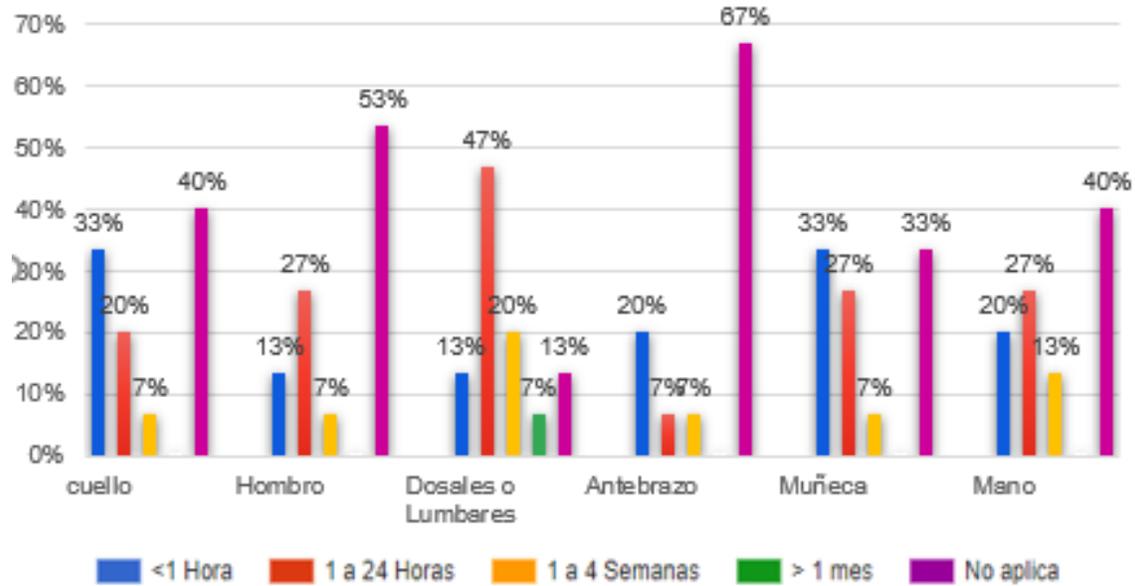


Figura 17. ¿Cuánto dura cada episodio?

Los profesionales de la salud están sometidos diariamente a presentar enfermedades osteomusculares debido a las altas cargas de trabajo a las que se encuentra expuestos, es por ellos que el 47% del 100% de la población encuestada manifestó presentar sintomatologías con episodios de 1 a 24 horas en las zonas Dorsales o lumbares, un 33% del 100% presentan episodios > 1 a una hora en la zona del cuello y en las muñecas, el 27% identifica que los episodios de 1 a 24 en los hombros, muñecas y manos. Se evidencia que los episodios > a 1 mes con un 7% en las zonas dorsales o lumbares son las que menos concurrencia manifiestan los profesionales. A través de estos resultados podemos evidenciar que la mayor parte de los profesionales presentan episodios durante 1 a 24 horas sintomatologías en zona dorsales o lumbares durante sus actividades prelaborales y poslaborales.

Tabla 19. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?

TIEMPO EN MESES		
CUELLO	0 Días	73%
	1 a 7 Días	27%
	1 a 4 semanas	0%
	> 1 mes	0%
HOMBRO	0 Días	73%
	1 a 7 Días	27%
	1 a 4 semanas	0%
	> 1 mes	0%
DORSALES O LUMBARES	0 Días	40%
	1 a 7 Días	53%
	1 a 4 semanas	7%
	> 1 mes	0%
ANTEBRAZOS	0 Días	80%
	1 a 7 Días	20%
	1 a 4 semanas	0%
	> 1 mes	0%
MUÑECA	0 Días	67%
	1 a 7 Días	33%
	1 a 4 semanas	0%
	> 1 mes	0%
MANO	0 Días	80%
	1 a 7 Días	20%
	1 a 4 semanas	0%
	> 1 mes	0%

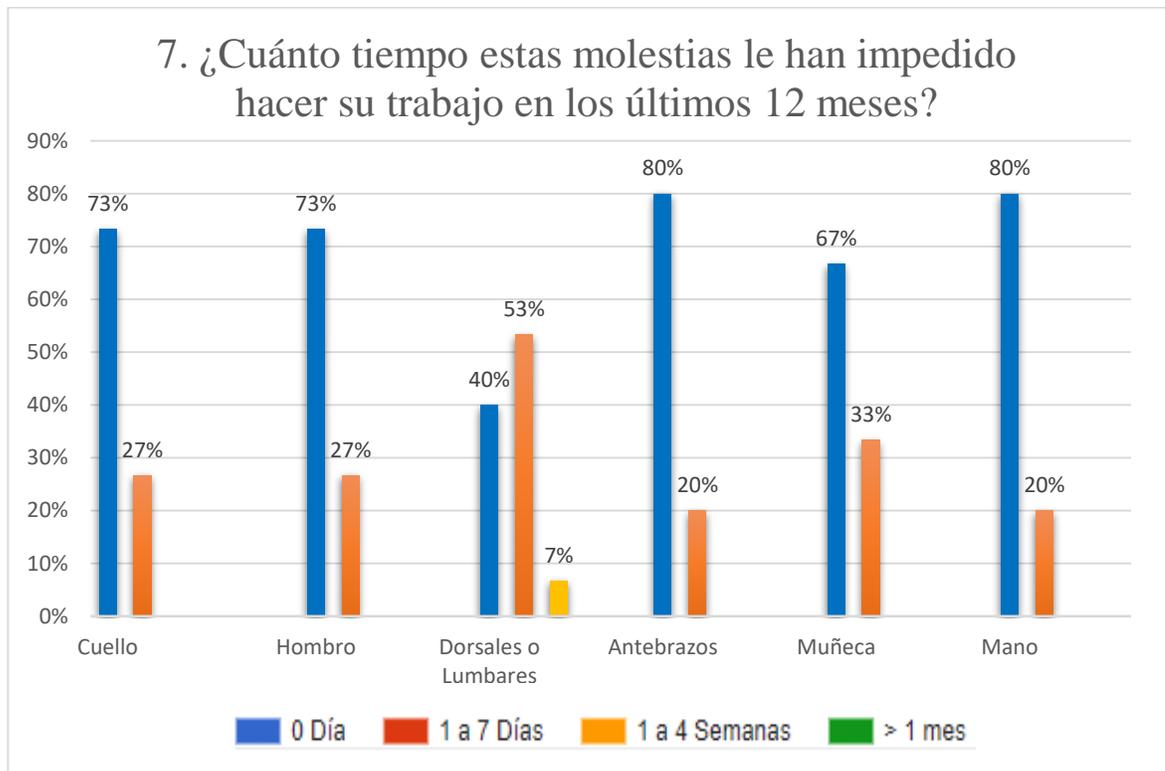


Figura 18. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?

El anterior grafico demuestra que pese a que se evidencia en algunos casos la presencia de sintomatología, esta limita de forma temporal la ejecución de las actividades de los profesionales encuestas, debido a que en muchas ocasiones estos continúan sus actividades laborales pese a la presencia de trastorno muscular, llevados por las obligaciones laborales y contractuales que puede llegar a generar el ausentismo laboral, asimismo prevalece en la población encuestas que las molestias no han impedido su rol laboral.

Tabla 20. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?

MOLESTIAS EN LOS 12 MESES		
CUELLO	SI	20%
	No	80%
HOMBRO	SI	7%
	No	93%
DORSALES O LUMBARES	SI	53%
	No	47%
ANTEBRAZO	SI	7%
	No	93%
MUÑECA	SI	7%
	No	93%
MANO	SI	13%
	No	87%

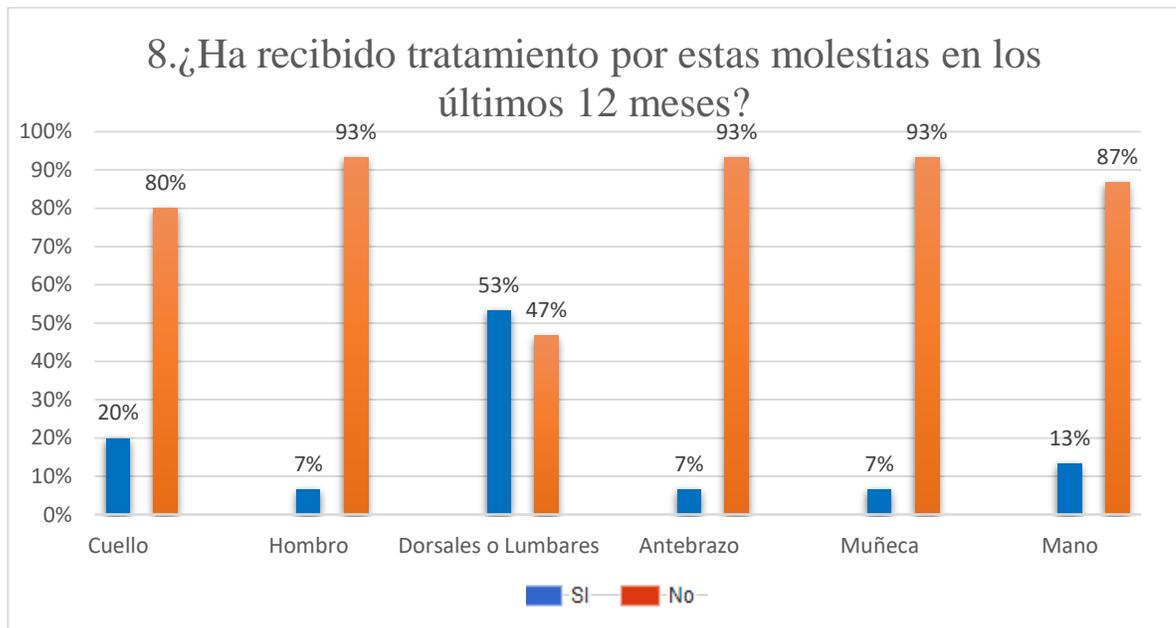


Figura 19. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?

De acuerdo con las respuestas efectuadas por la muestra, se evidencia que, en su mayoría, los que refieren haber sentido algún tipo de molestia articular no han recibido tratamiento específico para su molestia, sin embargo, prevalece un “tratamiento” recibido para las molestias lumbares, considerando el tratamiento farmacológico que existe en el mercado y los medios que pueden llegar a utilizar los mismos profesionales para mitigar la aparición del dolor.

Tabla 21. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?

MOLESTIAS EN 7 DÍAS		
CUELLO	Si	47%
	No	53%
HOMBRO	Si	27%
	No	73%
DORSALES O LUMBARES	Si	73%
	No	27%
ANTEBRAZO	Si	20%
	No	80%
MUÑECA	Si	53%
	No	47%
MANO	Si	40%
	No	60%

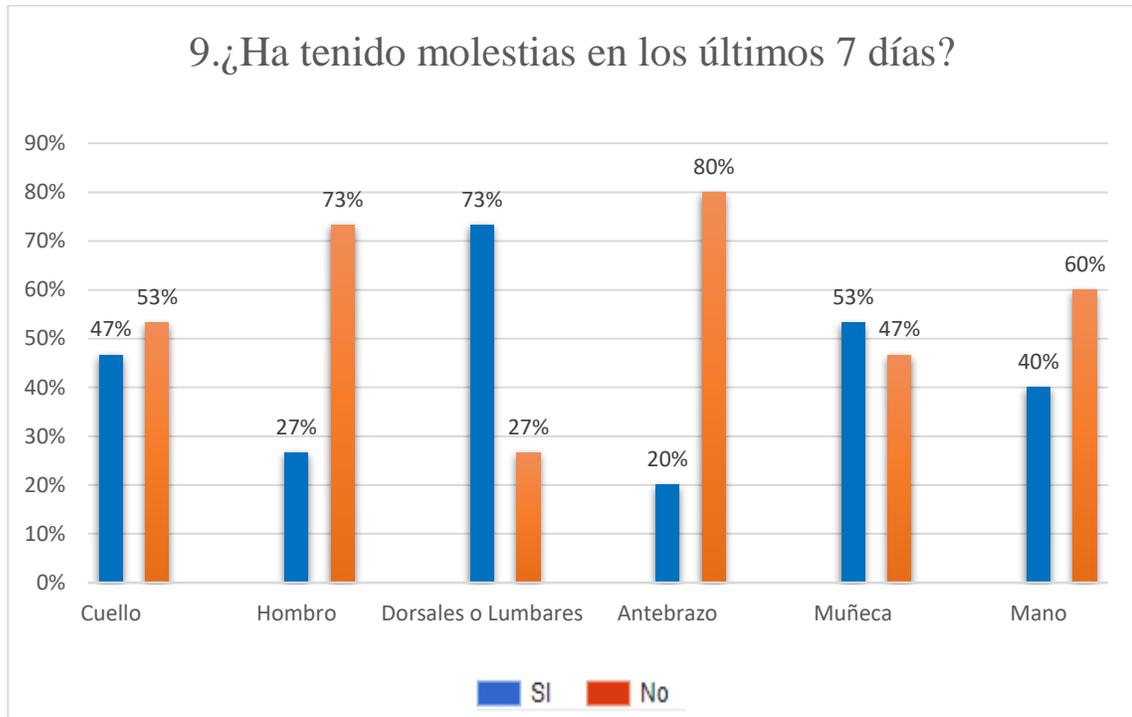


Figura 20. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?

La grafica anterior demuestra que los estadios del dolor reflejados por los profesionales de la salud, dan cuenta de una sintomatología “reciente”, teniendo en cuenta que, de acuerdo a entrevistas informales, estos refieren que en muchas ocasiones estos dolores aparecen por determinados periodos de tiempo y luego desaparecen, sin embargo, estos utilizan algún medio de contraste o medicamento que disminuye este tipo de molestias.

Tabla 22. Póngale valor a las molestias entre 1,2,3,4 y 5

VALOR A LAS MOLESTIAS	
CUELLO	
1	40%
2	27%
3	33%
4	0%
5	0%
HOMBRO	
1	60%
2	7%
3	33%
4	0%
5	0%
DORSALES O LUMBARES	
1	13%
2	20%
3	27%
4	33%
5	0%
ANTEBRAZO	
1	80%
2	13%
3	7%
4	0%
5	0%
MUÑECAS	
1	40%
2	13%
3	47%
4	0%
5	0%
MANOS	
1	47%
2	20%
3	33%
4	0%
5	0%

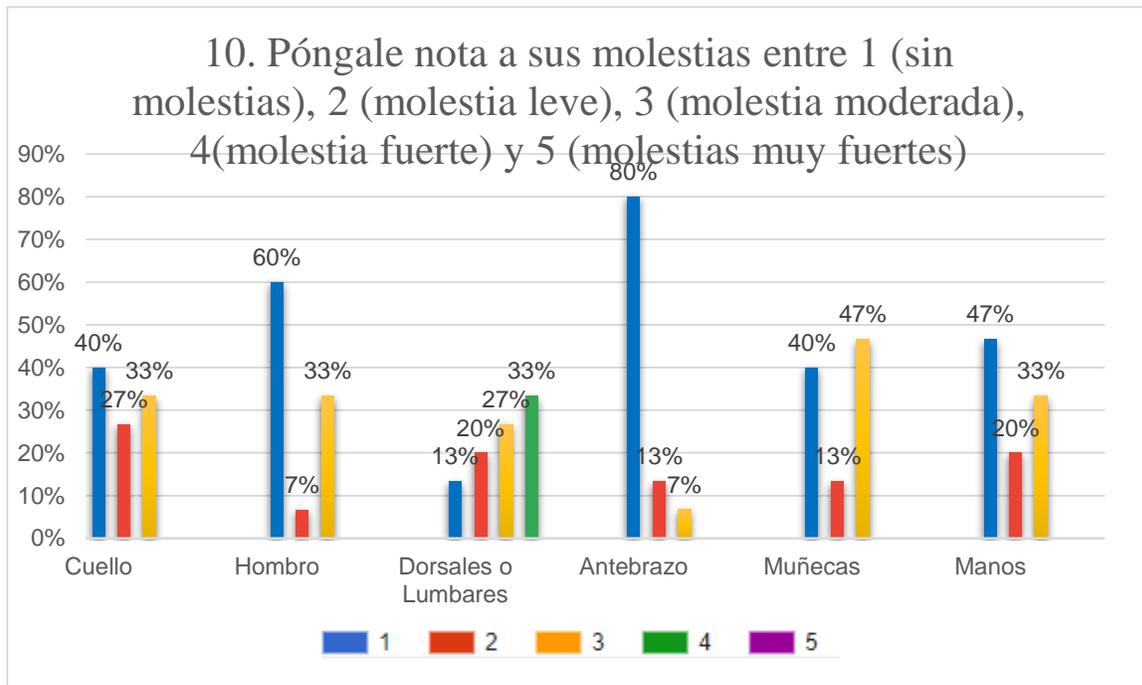


Figura 21. Póngale valor a las molestias entre 1,2,3,4 y 5

Los resultados anteriores demuestran que en la muestra seleccionada para la investigación y e específico para el grupo que refiere molestias musculoesqueléticas, refieren que estas son en su mayoría moderadas, lo que significa que esta sintomatología se encuentra en una categoría considerable, pudiendo llegar a la tendencia de una molestia fuerte que eventualmente interrumpa el desarrollo cotidiano de sus actividades laborales.

Tabla 23. ¿A qué atribuye este tipo de molestias?

ATRIBUCIÓN DE MOLESTIAS		
CUELLO	Manejo de cargas	7%
	Mov. repetitivos	13%
	Posturas forzadas	40%
	Posición sentada o erguida	40%
HOMBROS	Manejo de cargas	27%
	Mov. repetitivos	40%
	Posturas forzadas	7%
	Posición sentada o erguida	20%
DORSALES O LUMBARES	Manejo de cargas	7%
	Mov. repetitivos	20%
	Posturas forzadas	47%
	Posición sentada o erguida	20%
ANTEBRAZO	Manejo de cargas	13%
	Mov. repetitivos	27%
	Posturas forzadas	13%
	Posición sentada o erguida	27%
MUÑECAS	Manejo de cargas	7%
	Mov. repetitivos	60%
	Posturas forzadas	13%
	Posición sentada o erguida	7%
MANOS	Manejo de cargas	7%
	Mov. repetitivos	60%
	Posturas forzadas	13%
	Posición sentada o erguida	7%

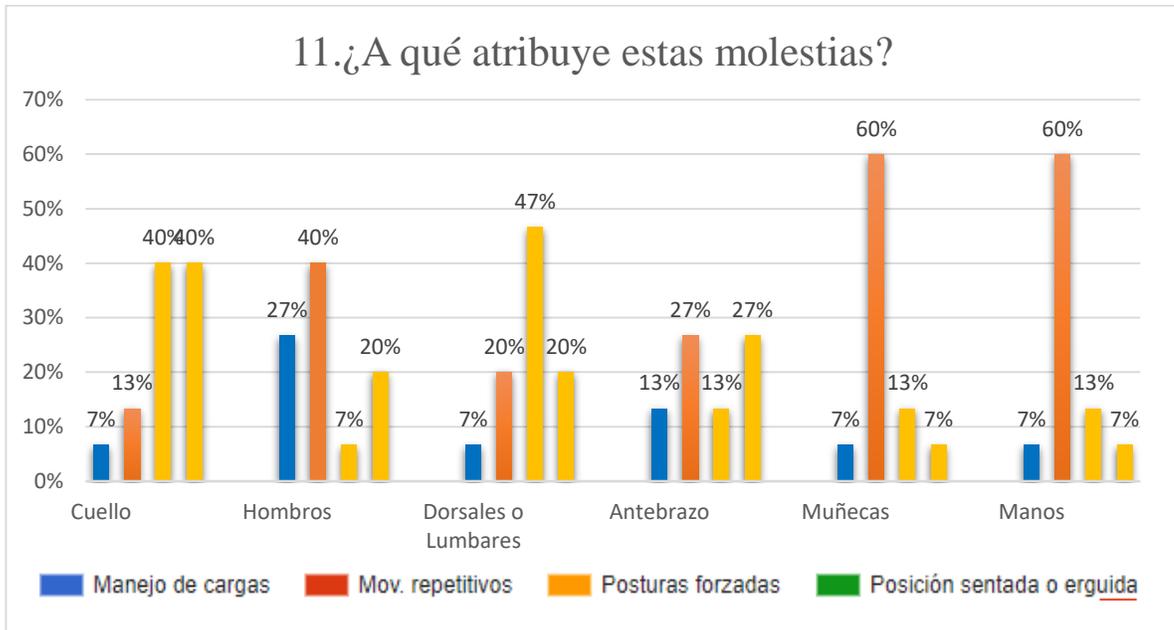


Figura 22. ¿A qué atribuye estas molestias?

Según las respuestas reflejadas en el anterior gráfico, los encuestados encuentran asociada mayormente la sintomatología con posturas forzadas, aspecto que se asocia con el levantamiento de cargas y los movimientos repetitivos que en muchas ocasiones deben ejecutar debido al manejo de equipos y herramientas propios de su actividad laboral, generando a su vez molestias que impactan en el aparato locomotor

CONCLUSIONES

Una de las principales motivaciones en la seguridad y salud en el trabajo es el bienestar integral de quien labora, por ello el entorno y las condiciones laborales que puedan conducir a una alteración en su bienestar físico y/o biológico, así como en la aparición de una enfermedad a causa de su desempeño laboral, se convierte en un objetivo a evitar, disminuir o eliminar, mediante la prevención y en este caso mediante la visualización de alteraciones o padecimientos que pueden impedir la continuidad y bienestar en el trabajo, usando como herramienta estudios investigativos como el presente.

De acuerdo a los resultados arrojados en el análisis de las herramientas usadas para determinar la relación los factores ergonómicos y los trastornos musculoesqueléticos, se evidenció una asociación directa con el ejercicio laboral, que para el presente estudio fueron trabajadores de la salud, específicamente el 60% de la población objeto, atribuye sus molestias en manos y muñecas a los movimientos repetitivos realizados en su trabajo, entre el 40 y 47% atribuyen molestias lumbares y del cuello al manejo de cargas y posturas forzadas, además se encontraron en menor proporción, molestias en hombros y antebrazos atribuidas a las causas ya mencionadas, es decir que se confirma el hecho de que los trastornos musculoesqueléticos en trabajadores de la salud, están directamente relacionados con los factores ergonómicos.

Se logró en establecer lo inicialmente planteado, ya que, al realizar el trabajo de investigación, con el 100% de la muestra inicialmente planteada, respetando los criterios de inclusión y exclusión establecidos, con participación importante de todas y cada una de las IPS especificadas al inicio del trabajo; se desarrollaron las etapas establecidas en la metodología de estudio, sin hallazgos de importancia que desviaran la ruta de investigación planteada desde el inicio.

Con la aplicación del cuestionario Nórdico, se logró identificar los trastornos musculoesqueléticos más comunes entre la población objeto de estudio, los cuales fueron, molestias o dolor , lumbar, dorsal, en cuello, muñecas, y manos, todos estos asociados a movimientos o posturas realizadas en el ejercicio laboral y a las cuales no se les ha realizado el seguimiento preciso ni el tratamiento o manejo para su no intensificación que pueda afectar la salud constante del trabajador y el desempeño de sus actividades.

Mediante la aplicación del cuestionario Nórdico, se pudo también identificar que los factores ergonómico que afectan en mayor proporción, a los trabajadores, son: posturas forzadas seguido de movimientos repetitivos y el manejo de cargas, todo lo anterior en relación al uso de su cuerpo para la ejecución de actividades en el desempeño laboral, lagunas posiblemente evitables con el manejo adecuado de la higiene postural y de pausas necesarias que serían determinadas para cada trabajador según su área laboral y las herramientas y espacio a usar.

Dado los resultados ya mencionados, y como parte del propósito del presente trabajo de investigación, se diseñó una cartilla educativa y de aplicación dinámica, en la cual convergen las diferentes acciones de prevención y corrección de trastornos musculoesqueléticos, así como la identificación oportuna y corrección de los factores ergonómicos, más comúnmente asociados a la molestias corporales derivadas de los trabajos de enfermeros, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales; se diseñó de forma clara, y explicativa de tal manera que fuera de fácil entendimiento y por tanto de fácil uso. En ella se encontrarán los ejercicios, de fácil realización, que pueden en determinado momento evitar grandes complicaciones a nivel musculoesquelético, así como la armonización de todo un ambiente laboral de manera costo efectiva, que permita el goce de un ejercicio laboral seguro y sin riesgos.

Es importante destacar la responsabilidad compartida de empleador y trabajador en el mantenimiento de un bienestar biopsicosocial, que contribuya tanto a la salud integral del trabajador y al disfrute de su ambiente laboral, como a los efectos operacionales de la empresa donde se labora, más aun, en empresas como las IPS en donde se trabaja con servicios a favor de una comunidad o sociedad específica y en donde la calidad del servicio prestado afecta directamente la salud de terceros, es por eso que herramientas como el producto de esta investigación contribuye , al trabajador, al empleador y a quien recibe los servicios y no se ve afectado por bajos, rendimientos, ausentismo o baja calidad del servicio.

El uso de herramientas tecnológicas para la aplicación de los instrumentos de recolección de información del presente estudio, fue un elemento clave para el desarrollo normal y en las fechas establecidas de la metodología planteada desde el inicio. Por otro lado. los instrumentos usados se verificaron en cuanto a confiabilidad y validez para una obtención precisa y libre de posibles sesgos en el estudio que pudieran desviar la investigación.

RECOMENDACIONES

Considerando el alto porcentaje de molestias corporales derivadas de factores ergonómicos, que, son modificables con una oportuna intervención, se recomienda la revisión de los temas planteados en la cartilla “guía para la prevención de trastornos musculoesqueléticos en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales”, con lo cual se busca reducir la incidencia y prevalencia de estas alteraciones en la salud de la población laboralmente activa, que permita el disfrute de su salud y por tanto la realización de su perfil profesional en un alto porcentaje de efectividad, que se vería reflejado en la atención de terceros.

Es importante tener en cuenta el factor de costo- efectividad de la aplicabilidad de las medidas antes mencionadas mencionado, para las instituciones de salud, ya que, con una inversión temprana y módica, se reflejaría en la satisfacción y eficiencia de su cliente interno y por tanto en la satisfacción de su cliente externo.

La sensibilización de la importancia de la prevención de complicaciones derivadas de los trastornos musculoesqueléticos en los trabajadores de la salud, debe ser una constante desde el área académica, para evitar complicaciones crónicas derivadas de los mismos, deficiencia laboral y consecuencias aún más trágicas tanto individuales, como familiares y sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Datos Breves de NIOSH: Cómo prevenir los trastornos musculoesqueléticos. (Sitio de internet) Recuperado de: https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2012120_sp/default.html#:~:text=Un%20trastorno%20musculoesquel%C3%A9tico%20relacionado%20con,como%20levantar%2C%20empujar%20o%20jalar
- Bernal (2015). Estudio de los trastornos músculo-esqueléticos relacionados con el trabajo asistencial en fisioterapeutas, Universidad de Valladolid, Escuela Universitaria de Fisioterapia. España. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/211097891.pdf>
- Fernández- González Et Al (2014). Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores "Mixta" de Gijón - C.P.R.P.M. Mixta. *Gerokomos*, 25(1), 17-22. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100005>
- Gutiérrez, (2011). Guía técnica para el análisis y exposición de factores de riesgo ocupacional. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Recuperado de: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/publicaciones/guias/GUIA-TECNICA-EXPOSICION-FACTORES-RIESGO-OCUPACIONAL.pdf>
- Marín- Morales, Quemba- Quiñonez & Torres- Cruz (1999). Factores de riesgos ergonómicos locativos y mecánicos a los que se ven expuestos los Terapeutas Ocupacionales que se desempeñan en el área de discapacidades físicas del Hospital Militar Central de Santa Fe de Bogotá. *Revista Ocupación Humana*, 8(2), 32-42. Recuperado de: <https://doi.org/10.25214/25907816.486>
- Ruiz- Ruiz (2003). Manipulación Manual de Cargas, Guía Técnica del INSHT. España. Recuperado de: <https://www.insst.es/documents/94886/509319/GuiatecnicaMMC.pdf/27a8b126-a827-4edd-aa4c7c0ca0a86cda#:~:text=El%20RD%20487%2F1997%20encomienda,la%20manipulaci%C3%B3n%20manual%20de%20cargas.>

Sampieri Et Al, (2014). Metodología de la Investigación: cuarta edición. Editorial MCGRAW-HIL

Daraiseh N, Genaidy A, Karwowski W, Stambough J, Davis LS, Huston RK.

Musculoskeletal outcomes in multiple body regions and work effects among nurses: the effects of stressful and stimulating working conditions. *Ergonomics* 2003; 46: 1178-99. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2014000100005&script=sci_arttext&tlng=en.

Paredes Chicaiza, P. M. (2017). *“incidencia de lesiones musculo esqueléticas en tren superior en personal militar”*. univeridad técnica de ambato, facultad de ciencias de la salud. Recuperado de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25837/2/TESIS%20LESIONE S%20MUSCULO%20ESQUELETICAS%20FINAL.pdf>

Bravo & Espinoza (2016), Factores de Riesgo Ergonómico en Personal de Atención Hospitalaria en Chile, *Ciencia & trabajo*, 18(57), 150-153. Recuperado https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492016000300150#B1

Jaureguiberry (2003). Ergonomía, Buenos Aires: UNICEN-Prov. B. Aires; [f.d.] [consultado mar 2021]. 9p. recuperado <http://www.fio.unicen.edu.ar/usuario/segumar/Laura/material/ERGONOMIA.pdf>

Arenas-Ortiz, Cantú- Gómez (2013) Factores de riesgo de trastornos músculo-esqueléticos crónicos laborales. *Medicina Interna de México Volumen 29*. Recuperado <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim134f.pdf>

Gaspar & Paredes- Pérez (2018), Relación Entre Factores de Riesgo Ergonómico y Alteraciones de Salud en las Enfermeras del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas de Lima. *Tesis*. Recuperado de:

http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3913/Relacion_GasparAlfaro_Julia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Segura - Toala, & Ronquillo- Morán (2014). *Tesis*. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8762>

Marín- Morales, Quemba- Quiñonez & Torres- Cruz (1999). Factores de riesgos ergonómicos locativos y mecánicos a los que se ven expuestos los Terapeutas Ocupacionales que se desempeñan en el área de discapacidades físicas del Hospital Militar Central de Santa Fe de Bogotá. *Revista Ocupación Humana*, 8(2), 32-42. <https://doi.org/10.25214/25907816.486>

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta perfil sociodemográfico

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO												
Marca temporal	Nombres y Apellidos	Edad	Sexo	Empresa	Profesión	Antigüedad en el cargo	Tipo de Vinculación	Peso (ejemplo 50.5kg)	Estatura (ejemplo 1.51cm)	Lugar de trabajo	¿Realiza ejercicio regularm	¿Padece de alguna enfermedad?
5/8/2021 21:19:00	Ange Aguirre	26 - 30 años	Femenino	HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ	FISIOTERAPEUT A	Menos de un año	OPS	60 kg	1.60	Intramural	No	Si
5/9/2021 12:10:39	Harold Gutiérrez	23 - 25 años	Masculino	HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ	ENFERMERO AUXILIAR	Entre un año y dos	OPS	60	1.71	Intramural	Si	No
5/9/2021 13:42:09	Karen Alejandra Samboni Hernández	26 - 30 años	Femenino	HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ	ENFERMERO AUXILIAR	Entre un año y dos	OPS	95	163	Intramural	No	No
5/9/2021 22:27:11	Devora carrillo	35 - 40 años	Femenino	FUNDALAM-SARAVENA	FISIOTERAPEUT A	Más de dos años	OPS	67. Kg	1.54 cm	Extramural	Si	No
5/10/2021 13:07:09	Lili Carolina Zambrano Torres	26 - 30 años	Femenino	FUNDALAM-SARAVENA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	Un año	NÓMINA	60	1.60	Intramural	No	Si
5/10/2021 16:07:27	Laura Rodríguez Carrillo	26 - 30 años	Femenino	FUNDALAM-SARAVENA	ENFERMERO JEFE	Un año	NÓMINA	62kg	1.51cm	Intramural	No	No
5/10/2021 16:13:19	Monica yurley contreras angarita	23 - 25 años	Femenino	FUNDALAM-SARAVENA	ENFERMERO AUXILIAR	Un año	NÓMINA	89kg	1.67cm	Intramural	Si	No
5/10/2021 20:03:27	María Alexandra Urresty Cerón	26 - 30 años	Femenino	ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA	FISIOTERAPEUT A	Entre un año y dos	SINDICATO	70 kg	167	Intramural	No	Si

TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS
Y MANIPULACION DE CARGAS

5/10/2021 20:06:22	Carmen elisaceron ortega	35 - 40 años	Femenino	ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA	ENFERMERO AUXILIAR	Menos de un año	SINDICATO	55	160	Intramural	No	No
5/10/2021 20:16:45	Jhennifer ortiz ascanio	26 - 30 años	Femenino	ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA	ENFERMERO JEFE	Menos de un año	NÓMINA	59	154	Intramural	No	No
5/10/2021 20:21:29	Sandra Paola Bravo Bravo	26 - 30 años	Femenino	ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA	ENFERMERO AUXILIAR	Entre un año y dos	SINDICATO	52.5 kg	52	Extramural	Si	No
5/11/2021 7:20:16	Tania julieth Álvarez Daza	23 - 25 años	Femenino	FUNDALAM-SARAVENA	ENFERMERO AUXILIAR	Más de dos años	NÓMINA	82.3kg	1.59kg	Intramural	Si	No
5/11/2021 8:48:42	Mayeli Urbano Bravo	26 - 30 años	Femenino	ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA	ENFERMERO JEFE	Más de dos años	SINDICATO	67 kg	1.70 cm	Intramural	Si	No
5/11/2021 13:20:15	Adriana Erazo	35 - 40 años	Femenino	ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA	ENFERMERO AUXILIAR	Más de dos años	NÓMINA	53	150	Intramural	Si	No
5/12/2021 21:13:06	Yenni carolina reyes	26 - 30 años	Femenino	HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ	FISIOTERAPEUTA	Entre un año y dos	NÓMINA	56	159	Intramural	No	No

Anexo 2. Cuestionario nórdico

CUESTIONARIO NÓRDICO			CUESTIONARIO											
			1.¿Ha tenido molestias en?						2.¿Desde hace cuánto tiempo?					
Orden	Marca temporal	Nombre y Apellido	Cuello	Hombro	Dorsales o Lumbares	Antebrazos	Muñeca	Mano	Cuello	Hombro	Dorsales o Lumbares	Antebrazos	Muñeca	Mano
1	5/12/2021 11:36:25	Monica yurley contreras angarita	Si	No	Si	No	No	Si	Hace 6 meses	No aplica	Hace un mes	No aplica	No aplica	Hace 6 meses
2	5/12/2021 13:01:28	Devora camillo	Izquierdo	Izquierdo	Izquierdo	No	No	No	Hace 6 meses	Hace 6 meses	Hace una semana	Hace una semana	Hace 6 meses	Hace 6 meses
3	5/12/2021 16:19:02	Mayeli Urbano Bravo	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Hace 6 meses	Hace 6 meses	Hace 6 meses	Hace 6 meses	Hace 6 meses	Hace 6 meses
4	5/12/2021 21:16:33	Yenni carolina reyes	Si	No	No	No	Derecho	Derecho	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Hace un mes	Hace un mes
5	5/12/2021 21:30:18	Lili Carolina Zambrano Tomas	Si	No	Si	Si	Si	Si	Hace una semana	No aplica	Hace un mes	Hace una semana	Hace una semana	Hace una semana
6	5/13/2021 8:40:07	Laura Maria Rodriguez Carrillo	No	No	0	No	No	No	No aplica	No aplica	Hace 6 meses	No aplica	No aplica	No aplica
7	5/13/2021 14:30:48	Tania julieth Alvarez Daza	Si	No	No	No	No	No	Hace una semana	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
8	5/13/2021 19:50:46	Angie Aguirre	Si	Derecho	Si	No	No	No	Hace una semana	Hace un mes	Hace un mes	No aplica	No aplica	No aplica
9	5/13/2021 19:56:42	Harold Gutierrez	No	Izquierdo	Si	No	Izquierdo	No	No aplica	Hace un mes	Hace una semana	No aplica	Hace una semana	No aplica
10	5/13/2021 20:01:56	Karen Alejandra Samboni Hernandez	No	No	Si	No	No	No	No aplica	No aplica	Hace un mes	No aplica	No aplica	No aplica
11	5/14/2021 19:02:43	Maria Alexandra umesty ceron	Si	Si	Si	No	Si	Si	Hace 6 meses	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica	Hace una semana	Hace un mes
12	5/14/2021 19:08:56	Carmen Elisa ceron ortega	Si	No	Si	No	Si	No	Hace un mes	No aplica	Hace 6 meses	No aplica	Hace 6 meses	Hace una semana
13	5/14/2021 19:12:33	Jhenifer Ortiz ascalino	No	No	Si	No	Si	Si	No aplica	No aplica	Hace 6 meses	No aplica	Hace una semana	Hace una semana
14	5/14/2021 19:15:25	Sandra Paola bravo bravo	No	Si	Si	No	No	Si	No aplica	Hace un mes	Hace un mes	No aplica	No aplica	Hace 6 meses
15	5/14/2021 19:18:16	Adriana Erazo	Si	Si	Si	No	Si	No	Hace 6 meses	Hace 6 meses	Hace 6 meses	No aplica	Hace 6 meses	No aplica

CUESTIONARIO NÓRDICO									CUESTIONARIO NÓRDICO					
	3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?						6. ¿Cuánto dura cada episodio?					
Numero	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	Cuello	Hombro	Dorsales o Lumbares	Antebrazos	Muñeca	Mano	Cuello	Hombro	Dorsales o Lumbares	Antebrazos	Muñeca	Mano
1	No	Si	1- 7 Días	Siempre	1- 7 Días	Siempre	Siempre	1- 7 Días	1 Hora	1 Hora	1 Hora	1 Hora	1 Hora	1 Hora
2	No	Si	8-30 Días	8-30 Días	8-30 Días	8-30 Días	8-30 Días	8-30 Días	1 a 4 Semanas	1 a 4 Semanas	1 a 4 Semanas	1 a 4 Semanas	1 a 4 Semanas	1 a 4 Semanas
3	Si	Si	1- 7 Días	1- 7 Días	1- 7 Días	1- 7 Días	1- 7 Días	1- 7 Días	1 a 24 Horas	1 a 24 Horas	1 a 24 Horas	1 a 24 Horas	1 a 24 Horas	1 a 24 Horas
4	No	No	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	1- 7 Días	1- 7 Días	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	1 Hora	1 Hora
5	No	Si	1- 7 Días	No aplica	8-30 Días	1- 7 Días	1- 7 Días	1- 7 Días	1 Hora	No aplica	1 Hora	1 Hora	1 Hora	1 Hora
6	Si	Si	No aplica	No aplica	Siempre	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	1 a 24 Horas	No aplica	No aplica	No aplica
7	No	Si	30 Días No Seguidos	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	1 Hora	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
8	No	No	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	1 a 24 Horas	1 Hora	1 a 4 Semanas	No aplica	No aplica	No aplica
9	No	Si	No aplica	1- 7 Días	1- 7 Días	No aplica	1- 7 Días	No aplica	No aplica	1 a 24 Horas	1 a 24 Horas	No aplica	1 Hora	No aplica
10	No	Si	No aplica	No aplica	8-30 Días	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	1 a 24 Horas	No aplica	No aplica	No aplica
11	Si	Si	8-30 Días	8-30 Días	30 Días No Seguidos	No aplica	8-30 Días	8-30 Días	1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 24 Horas	No aplica	1 a 24 Horas	1 a 24 Horas
12	No	Si	1- 7 Días	No aplica	8-30 Días	No aplica	8-30 Días	No aplica	1 Hora	No aplica	1 a 24 Horas	No aplica	1 a 24 Horas	No aplica
13	No	No	No aplica	No aplica	8-30 Días	No aplica	1- 7 Días	1- 7 Días	No aplica	No aplica	1 a 24 Horas	No aplica	1 a 24 Horas	1 a 24 Horas
14	No	Si	No aplica	8-30 Días	8-30 Días	No aplica	No aplica	8-30 Días	No aplica	No aplica	1 mes	No aplica	No aplica	1 a 4 Semanas
15	Si	Si	30 Días No Seguidos	30 Días No Seguidos	30 Días No Seguidos	No aplica	30 Días No Seguidos	No aplica	1 a 24 Horas	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	1 Hora	1 Hora	1 a 24 Horas

CUESTIONARIO NÓRDICO

CUESTIONARIO NÓRDICO

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?

Numero	Cuello	Hombro	Dorsales o Lumbares	Antebrazos	Muñeca	Mano	Cuello	Hombro	Dorsales o Lumbares	Antebrazos	Muñeca	Mano
1	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	No	No	SI	No	No	SI
2	1 a 7 Días	1 a 7 Días	1 a 7 Días	1 a 7 Días	1 a 7 Días	1 a 7 Días	No	No	No	No	No	No
3	1 a 7 Días	1 a 7 Días	1 a 7 Días	1 a 7 Días	1 a 7 Días	1 a 7 Días	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	1 a 7 Días	1 a 7 Días	No	No	No	No	No	No
5	1 a 7 Días	0 Día	1 a 7 Días	1 a 7 Días	0 Día	0 Día	No	No	No	No	No	No
6	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	No	No	No	No	No	No
7	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	No	No	No	No	No	No
8	1 a 7 Días	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	SI	No	No	No	No	No
9	0 Día	1 a 7 Días	1 a 7 Días	0 Día	1 a 7 Días	0 Día	No	No	SI	No	No	No
10	0 Día	0 Día	1 a 4 Semanas	0 Día	0 Día	0 Día	No	No	SI	No	No	No
11	0 Día	1 a 7 Días	1 a 7 Días	0 Día	1 a 7 Días	0 Día	SI	No	SI	No	No	No
12	0 Día	0 Día	1 a 7 Días	0 Día	0 Día	0 Día	No	No	SI	No	No	No
13	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	0 Día	No	No	SI	No	No	No
14	0 Día	0 Día	1 a 7 Días	0 Día	0 Día	0 Día	No	No	No	No	No	No
15	0 Día	0 Día	1 a 7 Días	0 Día	0 Día	0 Día	No	No	SI	No	No	No

CUESTIONARIO NÓRDICO							CUESTIONARIO O NÓRDICO						CUESTIONARIO NÓRDICO					
9.¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?							10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y						11.¿A qué atribuye estas molestias?					
Numero	Cuello	Hombro	Dorsales o Lumbares	Antebrazos	Muñeca	Mano	Cuello	Hombro	Dorsales o Lumbares	Antebrazos	Muñeca	Mano	Cuello	Hombro	Dorsales o Lumbares	Antebrazos	Muñeca	Mano
1	No	No	No	No	No	No	2	1	2	1	1	2	Posturas forzadas	Mov. repetitivos	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos
2	No	No	No	No	No	No	3	3	3	3	3	3	Posturas forzadas	Posturas forzadas	Posturas forzadas	Posturas forzadas	Posturas forzadas	Posturas forzadas
3	SI	SI	SI	SI	SI	SI	2	2	2	2	2	2	Posición sentada o erguida	Posición sentada o erguida	Posición sentada o erguida	Posición sentada o erguida	Posición sentada o erguida	Posición sentada o erguida
4	No	No	No	No	SI	SI	1	1	1	1	3	3	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posturas forzadas
5	SI	No	SI	SI	SI	SI	2	1	2	2	2	2	Posturas forzadas	Manejo de cargas	Posturas forzadas	Posturas forzadas	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos
6	No	No	SI	No	No	No	1	1	3	1	1	1	Manejo de cargas	Manejo de cargas	Posturas forzadas	Manejo de cargas	Manejo de cargas	Manejo de cargas
7	SI	No	No	No	No	No	3	1	1	1	1	1	Posición sentada o erguida	Manejo de cargas	Posturas forzadas	Manejo de cargas	Manejo de cargas	Manejo de cargas
8	SI	No	SI	No	No	No	3	3	3	1	1	1	Posturas forzadas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Manejo de cargas	Manejo de cargas	Manejo de cargas
9	No	SI	SI	No	SI	No	1	3	3	1	3	1	Posición sentada o erguida	Manejo de cargas	Posturas forzadas	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos
10	No	No	SI	No	No	No	1	1	4	1	1	1	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos
11	SI	SI	SI	No	SI	SI	3	3	4	1	3	3	Posturas forzadas	Mov. repetitivos	Posición sentada o erguida	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos
12	SI	No	SI	No	SI	No	2	1	4	1	3	1	Posición sentada o erguida	Manejo de cargas	Posturas forzadas	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos
13	No	No	SI	No	SI	SI	1	1	4	1	3	3	Posición sentada o erguida	Posición sentada o erguida	Mov. repetitivos	Posición sentada o erguida	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos
14	No	No	SI	No	No	SI	1	1	4	1	1	3	Posición sentada o erguida	Posición sentada o erguida	Mov. repetitivos	Posición sentada o erguida	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos
15	SI	SI	SI	SI	SI	No	3	3	4	1	3	1	Posturas forzadas	Mov. repetitivos	Posición sentada o erguida	Posición sentada o erguida	Mov. repetitivos	Mov. repetitivos

Anexo 1. Guía para la prevención de trastornos musculoesqueléticos en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas

ocupacionales

**GUIA PARA LA
PREVENCIÓN DE
TRASTORNOS
MÚSCULOESQUELÉTICOS
EN FISIOTERAPEUTAS,
ENFERMEROS Y
TERAPEUTAS
OCUPACIONALES**



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA
P. A. DEL SECTOR 447 DE LA LEY 1700 DEL 2002 - R.D. 1302 LARA, RDS EDUCACIÓN



PROPUESTA POR:
**VIVIANA PRIMICERO, DANIELA REALPE
& WENDY RODRIGUEZ**
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

Propuesta de intervención elaborada a partir de la investigación y evaluación efectuada con profesionales del hospital la victoria-Bogotá, fundación cristiana lazos de amor- Saravena Arauca y empresa social del estado sur occidente- sede Florencia cauca

Asesora de la investigación:

María Cristina Ortega

Corporación universitaria Iberoamericana

Posgrado en gerencia de la seguridad y salud en el trabajo

Asignatura trabajo de grado

Último cuatrimestre

Mayo de 2021

INTRODUCCIÓN

Cuando referenciamos a los profesionales de la salud, siempre viene a nuestra mente la palabra “ayudar”, debido a que la mayoría de nosotros lo consideramos como su principal función, independiente del ámbito de actuación que estos teng an, sin embargo, rara vez los visualizamos como seres que se enferman, se medican, incapacitan y mueren; es por esto que la salud de estos profesionales suele pasar a un segundo plano en su desempeño laboral cotidiano. Por tal motivo, aparece el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, quien a través del liderazgo eficaz está obligado a implementar acciones que mitiguen el impacto de los riesgos sobre la salud de los trabajadores, los cuales deben ser protegidos por las estrategias que surjan a partir del sistema, sin importar su tipo de vinculación contractual.

Es por esto, que surge la presente guía, la cual se plantea como objetivo brindar a los empleadores y líderes del SGSST estrategias aplicables, sencillas pero significativas en trabajadores que ejercen sus actividades laborales en un sector clínico asistencial, ya sea público o privado, para que de este modo no solo puedan determinarse y tratarse enfermedades a tiempo, si no que promover a través de la practica una conciencia en la importancia de un factor de riesgo ergonómico.

A través de las secciones se podrán evidenciar alternativas ergonómicas, factores posturales, manejo de cargas, orientaciones para el líder SST, diseños y demás aspectos que rodean la cultura de prevención en contra de los trastornos musculoesqueléticos.

OBJETIVO DE LA GUÍA

Brindar estrategias orientadas hacia la disminución de los factores de riesgo musculoesqueléticos en trabajadores del sector salud que se desempeñan en un área clínico asistencial

Promover actividades destinadas a la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo en enfermeros, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas

METODOLOGÍA

Las estrategias a utilizar en esta guía estarán direccionadas desde:

- Actividades educativas
- Ilustraciones dinámicas
- Ejercicios prácticos
- Cuadros de referencia
- Ejemplificaciones
- Metodologías
- Entre otros

¿QUÉ SON LOS FACTORES MUSCULOESQUELÉTICOS?

Conocidos como el conjunto de lesiones inflamatorias o degenerativas a nivel de músculos, tendones, articulaciones, ligamentos, nervios, entre otras áreas del aparato locomotor; se presentan con mayor incidencia a nivel de cuello, espalda, hombros, codos, muñecas y manos y los diagnósticos más relacionados son las tendinitis, tenosinovitis, síndrome del túnel carpiano, mialgias, cervicalgias, lumbalgias, etc. Por otro lado, la sintomatología predominante suele ser el dolor, el cual se encuentra asociado a inflamación, pérdida de fuerza y disminución o incapacidad funcional de la zona anatómica afectada.

De acuerdo con la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2007), los factores que contribuyen a la aparición de TME son los siguientes:

Factores físicos

- cargas/aplicación de fuerzas
- posturas: forzadas, estáticas
- movimientos repetidos • vibraciones
- Entornos de trabajo fríos

Factores psicosociales

- Demandas altas, bajo control
- Falta de autonomía
- Falta de apoyo social
- Repetitividad y monotonía
- Insatisfacción laboral

Individuales

- Historia médica
- Capacidad física
- Edad
- Obesidad
- Tabaquismo

Por otro lado, los trastornos músculo-esqueléticos (TME) se han incrementado de una manera significativa en las últimas décadas, afectando a trabajadores de todos los sectores y ocupaciones sin discriminación de la edad y el género; estos factores constituyen uno de los problemas de origen laboral más frecuente y una de las primeras causas de absentismo. Los TME pueden aparecer de una forma súbita e impredecible, generalmente por un movimiento brusco o por un levantamiento de carga mal realizado o excesivo, causando un dolor intenso e invalidante durante un periodo de tiempo más o menos largo.

Del mismo modo, es posible afirmar que, en una gran parte, estos trastornos son acumulativos, es decir resultantes de una exposición repetida a cargas más o menos pesadas durante un período de tiempo prolongado; sin embargo, los TME también pueden deberse a traumatismos agudos, como fracturas, con ocasión de un accidente. Por lo tanto, Para abordar estos factores, es necesario implementar estrategias de prevención que consideren no solo la prevención de nuevos trastornos, sino también el mantenimiento, la rehabilitación y la reincorporación de los trabajadores que ya sufren TME.

4

ASPECTOS QUE CONTRIBUYEN A LA APARICIÓN DE TME

FACTOR	POSIBLE RESULTADO O CONSECUENCIA	EJEMPLO	PRÁCTICA ADECUADA
Ejercer mucha fuerza	Enfermedades degenerativas, especialmente de la región lumbar	Levantar o manipular el posicionamiento del paciente	Evitar la manipulación o posicionamiento del paciente por si solo
Manipular objetos de manera repetida y frecuente	Fatiga y esfuerzo excesivo de las estructuras musculares	tecleo prolongado, manipulación de segmentos del cuerpo en pacientes sedados	Reducir la frecuencia de repetición
Trabajar en posturas prolongadas	Pérdida de capacidad funcional de músculos, tendones y huesos	Estar sentado largo tiempo sin mover mucho los músculos	Incorporarse periódicamente, hacer estiramientos o gimnasia laboral
Esfuerzo muscular estático	Actividad muscular duradera, y posible sobrecarga	Trabajar con los brazos en alto, o en un espacio reducido	Alternar la activación y la relajación de los músculos
Movimientos repetitivos	Dolencias inespecíficas en las extremidades superiores	Usar repetidamente los mismos músculos sin dejarlos descansar	Interrumpir con frecuencia la actividad y hacer pausas, alternar tareas

Factores
psicosociales

Aumento del esfuerzo
físico, aumento de
horas laborales

Trabajar horas extras, altas
cargas de trabajo

Turnarse en las tareas,
hacer el trabajo más
agradable, atenuar los
factores sociales
negativos



COMPONENTES PREDISPONENTES PARA LA APARICIÓN DE TME

- *El peso de la carga*

El peso de la carga es uno de los principales factores a la hora de evaluar el riesgo en la manipulación manual. A efectos prácticos podrían considerarse como cargas los objetos que pesen más de 3 kg. A modo de indicación general, el peso máximo que se recomienda no sobrepasar (en condiciones ideales de manipulación) es de 25 kg. No obstante, si la población expuesta son mujeres, trabajadores jóvenes o mayores, o si se quiere proteger a la mayoría de la población, no se deberían manejar cargas superiores a 15 kg.

- *La posición de la carga con respecto al cuerpo*

La combinación del peso con otros factores, como la postura, la posición de la carga, etc., va a determinar que estos pesos recomendados estén dentro de un rango admisible o, por el contrario, supongan todavía un riesgo importante para la salud del trabajador. Un factor fundamental en la aparición de riesgo por manipulación manual de cargas es el alejamiento de estas respecto al centro de gravedad del cuerpo en cuanto más alejada esté la carga del cuerpo, mayores serán las fuerzas compresivas que se generan en la columna vertebral y, por tanto, el riesgo de lesión será mayor.

- *Los giros del tronco*

Se puede estimar el giro del tronco determinando el ángulo que forman las líneas que unen los talones con la línea de los hombros. Siempre que sea posible, se diseñarán las tareas de forma que las cargas se manipulen sin efectuar giros. Los giros del tronco aumentan las fuerzas compresivas en la zona lumbar.

- *La inclinación del tronco*

Si el tronco está inclinado mientras se manipula una carga se generarán unas fuerzas compresivas en la zona lumbar mucho mayor que si el tronco se mantuviera derecho, lo cual aumenta el riesgo de lesión en esa zona. La inclinación puede deberse tanto a una mala técnica de levantamiento como a una falta de espacio.

- *La inestabilidad de la postura*

Si la tarea se realiza en una postura inestable, el riesgo de perder el equilibrio y la posibilidad de que se produzcan tensiones impredecibles en músculos y articulaciones podrá dar lugar a situaciones de riesgo importantes.

- *Higiene postural*

Las lesiones producidas al realizar esfuerzos son provocadas por ejecutarlos de manera incorrecta, por desconocimiento del método o por no seguir las normas. Los principios básicos para una correcta higiene postural son los siguientes:

- Mantener la espalda recta: Esta norma básica permite que las cargas que actúan sobre la espalda lo hagan de manera vertical para que entren en juego los mecanismos amortiguadores del disco intervertebral e impide que se produzcan contracturas musculares. Si se inclina la espalda, se pierde la verticalidad y los músculos se ponen a trabajar en unas condiciones de sobrecarga para mantener la cohesión vertebral.
- Flexionar las rodillas: Este gesto permite que trabajen, como principal motor del movimiento, los potentes músculos de las piernas (cuádriceps) y de los glúteos, proporciona una mayor base de sustentación y mejora el equilibrio.
- Adecuar la altura del plano de trabajo según la tarea que vayamos a realizar (ajustar la altura de la cama).
- Aproximarse a la zona de trabajo y al paciente a movilizar.

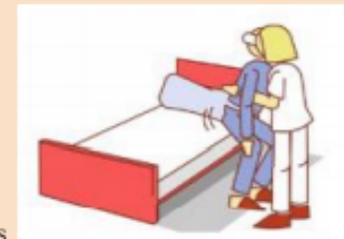
- Sujetar al paciente próximo al cuerpo: A mayor distancia, el momento de fuerza resultante es mayor y, por tanto, mayor fuerza tendremos que aplicar para superar la resistencia. Así, manteniendo al paciente cerca, la fuerza a la que se somete la columna es mucho menor (porque al reducir la distancia, se reduce el momento de la fuerza realizada para manejar la carga).
- Agarrar bien al paciente: Es importante conocer, para cada técnica de movilización, el mejor agarre posible.
- Proporcionar una amplia base de apoyo: Para mantener una postura estable y mover sin problemas al paciente, se deben colocar los pies separados y uno ligeramente delante del otro. Con una buena base de apoyo se evitarán lesiones porque se aprovechará el impulso mecánico producido en la movilización. Es necesario que los pies estén orientados en el sentido del desplazamiento de la carga.
- Girar todo el cuerpo mediante pequeños movimientos de los pies para así evitar realizar torsiones del tronco.
- Siempre que sea posible, utilizar puntos de apoyo (camillas, mesas, sillas, cabezal de la cama).

PRACTICAS PREVENTIVAS PARA EVITAR TRASTORNOS MUSCULO ESQUELÉTICOS EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Técnicas de movilización manual

La movilización manual de pacientes es el movimiento y cambio de lugar del paciente. Se basa fundamentalmente en tres tareas: cargar, transportar y descargar.

Se llevará a cabo en las situaciones en las que no sea posible o no se requiera el uso de ayudas mecánicas. En las situaciones en las cuales el paciente no colabora o es muy voluminoso, se recomienda utilizar una ayuda mecánica y/o solicitar ayuda a otros profesionales o compañeros.



Tendremos en cuenta que el paciente es una “carga especial”, las manos de los profesionales deben ser utilizadas como si fueran palas, nunca debemos apretar o tirar haciendo presión excesiva con los dedos. No sólo porque al paciente le vamos a ahorrar molestias si no porque haremos mejor el trabajo y con menos esfuerzo, además de evitar que pequeñas regiones musculares sufran daños, como Microtraumatismos.

Si realizamos adecuadamente los movimientos conseguiremos reducir el esfuerzo que debemos realizar, ahorrando energía y evitando la fatiga física.

Principios fundamentales

Son los mismos que se tienen en cuenta en el movimiento de cargas:

- Mantener la espalda recta y no torcer el tronco.
- Aprovechar la fuerza de las piernas para descargar trabajo a la espalda.
- Mantener la carga pegada al cuerpo.
- Sujeción consistente de la carga.
- Mantener los pies separados, con un pie en dirección del movimiento.
- Uso del peso del cuerpo como contrapeso durante la movilización.
- Separar los pies y colocarlos lo más cerca del paciente
- Bloquear la columna vertebral (bloqueo de pelvis)
- Flexionar las piernas



- Buscar apoyos en objetos seguros (cabeceras, pies de la cama, arcos.).
- No levantar cuando se pueda evitar, es preferible deslizar, empujar, girar, bascular.
- No utilizar la punta de los dedos para hacer fuerza; las manos se utilizarán como palas.

SECUENCIA DE MOVIMIENTOS

De la cama a la silla, pacientes semidependientes

- Usar dos puntos de contacto para ayudar a mover al paciente: una mano en la espalda y otra bajo las rodillas.
- Mantener los pies separados; uno más adelantado en el sentido del movimiento. - Ayudar al enfermo a que gire y se sienta en el borde de la cama.
- Flexionar las piernas y bloquear la pierna del paciente con nuestra pierna utilizando la rodilla y el pie.
- Rodear su tórax con nuestros brazos.
- El paciente se apoyará en el borde de la cama y luego en el brazo del sillón.
- Hacerlo pivotar sobre el pie que tenemos trabado, para que quede colocado delante de la silla. - Al sentarlo, usar el contrapeso de nuestro cuerpo.



12

**IBEROAMERICANA**
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

Por otro lado, si el plano de trabajo es más elevado, los cuidadores apoyarán los dos pies en el suelo, con uno de ellos, ligeramente más adelantado en la dirección de la movilización.



Incorporación en la silla

- Puntos de agarre: Pies del paciente cerca de la silla. Nuestras manos presionando el cuerpo inclinado hacia delante abdomen del paciente u horizontalmente la pelvis
- Posición: Piernas flexionadas, separadas y pegadas al respaldo de la silla.
- Acción: Estirar las piernas, para realizar la fuerza necesaria, inclinando el cuerpo hacia delante, al tiempo que con las manos empujamos al paciente hacia atrás.





Traslado hacia el cabecero con el paciente dependiente en decúbito supino

- Puntos de agarre: Colocar nuestro antebrazo por debajo de la espalda del paciente pasándolo por debajo de su axila, ejercer un agarre palmar completo.
- Posición de los cuidadores: Una rodilla apoyada encima de la cama, y el otro pie apoyado en el suelo y ligeramente adelantado en dirección al movimiento, la mano libre cogida al cabecero de la cama como punto de apoyo, los hombros de los cuidadores bien cerca. Mantener la espalda recta
- Acción: Sincronizando la movilización, trasladar el peso de la pierna apoyada a la otra adelantando el cuerpo hacia el cabecero, deslizando el brazo por encima del colchón.



Es necesario tener en cuenta que, si la incorporación del paciente es desde delante, flexionaremos las piernas, mantendremos la espalda recta, fijaremos la rodilla del paciente con la nuestra y realizaremos el contrapeso del cuerpo.



¿SON ESTAS MEDIDAS APLICABLES EN EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS?

Generalmente estos profesionales de la salud deben rendir informes de sus actividades ya sea a través de notas de enfermería o evoluciones de las terapias, con el objetivo de realizar seguimiento a las intervenciones realizadas y detallando los procedimientos implementados con el paciente, sin embargo, es común observar que estas tareas no cuentan con entornos adecuadas para su ejecución.

Por lo tanto, es posible que la ejecución de estas actividades también se encuentre afectando la mecánica corporal; aspecto que se ve reflejado en: mobiliarios, ubicación del ordenador u objetos asociados a la tarea, video terminales, e incluso, es posible observar que en ocasiones no se cuenta con un lugar determinado para esta acción y debe realizarse en diferentes lugares, lo que afecta considerablemente la calidad del ajuste corporal.

¿QUÉ ES LA POSTURA ERGONÓMICA?

Desde las teorías podemos considerar que la postura corporal es la forma cómo el cuerpo logra mantenerse a través de los movimientos que efectúa (caminar, inclinarse y levantar peso) así como cuando se encuentra en modo estático (sentado o de pie)

Por otro lado, podemos decir que la postura ergonómica adecuada es la que se obtiene cuando se sostiene el cuerpo para que la columna vertebral permanezca totalmente alineada, sin embargo, esta posición no debe ser incómoda o exagerada, solamente, debe respetar las curvaturas naturales de la columna, las cuales dan forma a la espalda, sin aumentarlas o deformarlas mediante movimientos inadecuados.

La clave en este aspecto es lograr que la cabeza se encuentre alineada en relación con sobre los hombros y a su vez, estos logren estar en línea recta con las caderas. Esta es la postura ideal para mantener mientras se realizan las actividades diarias en el quehacer profesional.

Asimismo, los efectos de una postura ergonómica incorrecta son los predisponentes para causar trastornos del sistema músculo esquelético y circulatorio, así como contracturas que se traducen en dolores de espalda, cuello, migrañas, dolores articulares especialmente en las muñecas y piernas, entre otros.

¿POR QUÉ ABORDAR EL FACTOR DE RIESGO ERGONÓMICO?

Luego de abordar la temática relacionada con los TME y evaluar a los diferentes profesionales a través de una metodología denominada “cuestionario Nórdico”, fue posible evidenciar la presencia de sintomatología musculoesquelética que aqueja

o compromete la salud de las personas que se desempeñan en las tres áreas de estudio, por lo tanto, es necesario que la empresa implemente acciones encaminadas a garantizar el incremento de este factor en la salud de su talento humano.

Acciones pertinentes del SGSST

Considerando la relevancia de este factor de riesgo y la implicación no solo en la salud sino en la productividad y eficiencia de los procedimientos que se llevan a cabo con los usuarios vinculados a la empresa, es deber del líder del área de SST diseñar acciones y actividades encaminadas a:

- La adherencia de las técnicas posturales en los profesionales
- Vigilar la frecuencia de la sintomatología reportada
- Capacitar al talento humano
- Contar con un profesional idóneo que evalúe los factores de riesgo asociados a los TME
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica que intervenga este factor de riesgo
- Proveer un ambiente de trabajo seguro (condiciones de la tarea y del entorno)
- Entregar equipos y elementos necesarios para la protección personal
- Realizar seguimientos a través de los exámenes médicos ocupacionales
- Implementar un programa de pausas activas que mida su efectividad mediante indicadores de gestión.

REFERENCIAS

- Castellanos, I., & R., G. J. M. (2018). *Estrategias de prevención para lesiones osteomusculares del personal de archivo clínico fundación médico preventiva. Universidad libre seccional Cúcuta, centro seccional de investigaciones formato institucional propuesta de investigación / presentación de temática en los programas de pregrado y posgrado.*
- Díez de Ulzurrun, Garasa, et al (2007). *Trastornos músculo-esqueléticos de origen laboral.* Gobierno de Navarra
- Fernández., S. M. (2009). *Prevención de riesgos laborales, movilización manual de pacientes.*
- Gómez, Y. D. A. M. (2011). *Protocolo de cambios posturales y técnicas de movilización y traslado del paciente.*
- Luttmann, Jáger, et al (2004). *Prevención de los trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo.* Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Ospino, (2018). *Abordajes ergonómicos e higiene postural en la profesión de la fisioterapia.* [Sitio de internet]
- Zapata, Elizalde & Ordoñez, (2020). *Riesgo Ergonómico en profesionales de Enfermería, por aplicación inadecuada de Mecánica Corporal. Una reflexión personal.* Octonos - Editorial Científico-Técnica

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Ange Aguirre

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

60 kg

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

1.60

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Harold Gutiérrez

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

60

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

1.71

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Karen Alejandra Samboni Hernández

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

95

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

163

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Devora carrillo

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERENA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

67. Kg

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

1.54 cm

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Lili Carolina Zambrano Torres

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERENA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

60

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

1.60

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Laura Rodriguez Carrillo

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERENA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

62kg

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

1.51cm

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Monica yurley contreras angarita

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERNA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

89kg

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

1.67cm

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

María Alexandra Urresty Cerón

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

70 kg

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

167

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Carmen elisa ceron ortega

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERNA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

55

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

160

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Jhennifer ortiz ascanio

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

59

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

154

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Sandra Paola Bravo Bravo

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

52.5 kg

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

52

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Tania julieth Álvarez Daza

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERNA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

82.3kg

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

1.59kg

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Mayeli Urbano Bravo

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERENA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

67 kg

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

1.70 cm

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Adriana Erazo

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERENA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

53

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

150

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta Perfil Sociodemográfico TME

Encuesta utilizada para fines académicos de las estudiantes Daniela Realpe, Viviana Primicero y Wendy Rodríguez, candidatas a especialistas en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo- universidad Iberoamericana de Colombia, en su proyecto de grado denominado "Trastornos musculoesqueléticos asociados a la manipulación de cargas en fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales de tres IPS, hospital la Victoria-Bogotá, Fundación cristiana Lazos de amor- Saravena Arauca y Empresa social del estado sur occidente- sede Florencia Cauca"

Sección sin título

Nombres y Apellidos *

Yenni carolina reyes

Edad *

- 23 - 25 años
- 26 - 30 años
- 30 - 35 años
- 35 - 40 años

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Empresa *

- FUNDALAM- SARAVERA
- HOSPITAL LA VICTORIA - BOGOTÁ
- ESE SUROCCIDENTE - FLORENCIA

Profesión *

- FISIOTERAPEUTA
- ENFERMERO JEFE
- ENFERMERO AUXILIAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

Antigüedad en el cargo *

- Menos de un año
- Un año
- Entre un año y dos
- Más de dos años

Tipo de Vinculación *

- OPS
- NÓMINA
- SINDICATO

Peso (ejemplo 50.5kg) *

56

Estatura (ejemplo 1.51cm) *

159

Lugar de trabajo *

- Intramural
- Extramural

¿Realiza ejercicio regularmente? *

Sí

No

¿Padece de alguna enfermedad? *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculoesquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Monica yurley contreras angarita

1.¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

SI

No

Cuellos

Hombro

Dorsales o Lumbares

Antebrazos

Muñeca

Mano

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculoesquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Devora carrillo

1.¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

SI

No

Cuellos

Hombro

Dorsales o Lumbares

Antebrazos

Muñeca

Mano

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculoesquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Mayeli Urbano Bravo

1.¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

SI

No

Cuellos

Hombro

Dorsales o Lumbares

Antebrazos

Muñeca

Mano

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculo esquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Yenni carolina reyes

1. ¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculoesquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Lili Carolina Zambrano Torres

1.¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

	SI	No
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculo esquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Laura María Rodríguez Carrillo

1.¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculo esquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Tania julieth Álvarez Daza

1.¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

	SI	No
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculoesquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Angie Aguirre

1. ¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

	SI	No
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculo esquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Harold Gutierrez

1. ¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

SI

No

Cuellos

Hombro

Dorsales o Lumbares

Antebrazos

Muñeca

Mano

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculoesquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Karen Alejandra Samboni Hernandez

1.¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculo esquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

María Alexandra urresty ceron

1.¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

SI

No

Cuellos

Hombro

Dorsales o Lumbares

Antebrazos

Muñeca

Mano

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculoesquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Carmen Elisa ceron ortega

1.¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

SI

No

Cuellos

Hombro

Dorsales o Lumbares

Antebrazos

Muñeca

Mano

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculo esquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Jhenifer Ortiz ascaino

1. ¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculo esquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Sandra Paola bravo bravo

1.¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Cuestionario Nórdico

El siguiente es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculo esquelético, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico.

Los objetivos que se buscan son dos:

- mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, al fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas, y
- mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

Le solicitamos responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas, marcando con una X según su sintomatología de las páginas siguientes.

Nombre y Apellido *

Adriana Erazo

1.¿Ha tenido molestias en? *

	Si	No	Izquierdo	Derecho
Cuello	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.¿Desde hace cuánto tiempo? *

	Hace una semana	Hace un mes	Hace 6 meses	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

3.¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?

- Si
- No

4.¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?

- Si
- No

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? *

	1- 7 Días	8- 30 Días	>30 Días, No Seguidos	Siempre	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

6. ¿Cuánto dura cada episodio? *

	<1 Hora	1 a 24 Horas	1 a 4 Semanas	> 1 mes	No aplica
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? *

	0 Día	1 a 7 Días	1 a 4 Semanas	> 1 mes
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? *

	SI	No
Cuellos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? *

	SI	No
Cuellos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

10. Póngale nota a sus molestias entre 1 (sin molestias), 2 (molestia leve), 3 (molestia moderada), 4(molestia fuerte) y 5 (molestias muy fuertes) *

	1	2	3	4	5
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.¿A qué atribuye estas molestias?

	Manejo de cargas	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Posición sentada o erguida
Cuellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsales o Lumbares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antebrazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliografía

I. Kuorinka,G.Andersson, K.Jorgensen. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Recuperado de file:///C:/Users/vibi2/Downloads/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios