

**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**TEMA:** Enfermedades profesionales y su relación con la ocupación laboral de los trabajadores de la fábrica textil Tejidos Marko's de la Parroquia Atuntaqui del Cantón Antonio Ante en el período 2010-2011.

Sr. /Sra. reciba un cordial saludo, al mismo tiempo le pedimos de la manera más comedida brindarnos su ayuda dando contestación a la presente encuesta, la misma que tiene fin investigativo. La información es confidencial, gracias por su colaboración.

Encuesta N°.....

**1. CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS:**

**1.1. SEXO:**

Masculino	
Femenino	

**1.2. EDAD, (edad en años cumplidos)**

15 – 20 años	
21 – 30 años	
31 – 40 años	
>40 años	

**1.3. NACIONALIDAD:**

Ecuatoriana	
Otra	

**1.4. INSTRUCCIÓN:**

Ninguna	
Primaria Incompleta	
Primaria Completa	
Secundaria Incompleta	
Secundaria Completa	
Superior Incompleta	
Superior Completa	

**1.5. ETNIA:**

Mestiza	
Afro-Ecuatoriana	
Nacionalidades y Pueblos Indígenas	

**1.6. ESTADO CIVIL:**

Soltero	
Casado	
Viudo	
Divorciado	
Unión Libre	

**1.7. RESIDENCIA:**

Urbana	
Rural	

**1.8. INGRESO MENSUAL**

Menor al Salario Mínimo Vital	
Salario Mínimo Vital	
Mayor al Salario Mínimo Vital	

**2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES Y FAMILIARES:**

**2.1. HÁBITOS DE CONSUMO DE CIGARRILLO**

¿Con qué frecuencia consume cigarrillo?

Nunca	
Menos de 2 veces a la semana	
De 2 a 3 veces a la semana	
4 o más veces a la semana	
Todos los días	

Especifique: ¿Cuántas veces? .....

**2.2. HÁBITOS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS**

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

Nunca	
Menos de 2 veces a la semana	
De 2 a 3 veces a la semana	

4 o más veces a la semana	
Todos los días	

Especifique: ¿Cuántas veces? .....

**2.3. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:**

¿Sufre usted alguna enfermedad?

SI	
NO	

Especifique: ¿Cuál enfermedad? .....

**2.4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES:**

¿Alguien de su familia sufre o sufrió alguna enfermedad?

SI	
NO	

Especifique: ¿Cuál enfermedad? ..... ¿Quién de su familia? .....

**2.5. MANEJO DE LA ENFERMEDAD**

¿Cuando usted se enferma ¿Qué hace?

Acude a un Centro de Salud u Hospital	
Acude al Hospital del Seguro	
Acude a una Institución privada	
Se auto medica	

**3. CARACTERISTICAS DEL ENTORNO LABORAL:**

**3.1.** ¿En qué área de fábrica trabaja?

Administración	
Diseño	
Corte	
Producción	
Estampado	
Bordado	
Planchado	
Empaque	
Bodega	
Almacén	
Guardianía	
Otra	

Especifique: ¿Cuál otra? .....

**3.2.** En el área que usted trabaja. ¿Cuántas horas trabaja al día?

Menos de 3 horas	
De 3 a 6 horas	
De 6 a 12 horas	

Más de 12 horas	
-----------------	--

Especifique: ¿Cuántas horas? .....

3.3. ¿Cuánto tiempo trabaja en la fábrica?

1 mes a 11 meses	
1 año a 5 años	
6 años a 10 años	
De 11 años en adelante	

3.4. ¿Con qué se protege en el trabajo?

Mascarilla	
Guantes	
Casco	
Protector de Oídos	
Gafas	
Botas	
Protector para planchar	
No utilizan	

Especifique: ¿Cuál otra protección? .....

3.5. En el área que usted trabaja. ¿Utiliza algún tipo de maquinaria?

SI	
NO	

Especifique: ¿Cuál o Cuáles? .....

3.6. En el área en que usted trabaja. ¿Con qué tipo de material trabaja?

Telas Sintéticas	
Lanas Sintéticas	
Prendas Acabadas	
Materiales de Oficina	
Otros materiales	

Especifique: ¿Cuál otro material? .....

3.7. En el área que usted trabaja. ¿Utiliza algún tipo de químico?

SI	
NO	

Especifique: ¿Cuál o Cuáles químicos utiliza? .....

3.8. De los siguientes aspectos. ¿Cuáles considera usted que son necesarios para mejorar su trabajo?

Iluminación	
Sonido	
Ventilación	
Espacio físico	
Comodidad	
Otro aspecto	

Especifique: Otro aspecto que sea necesario mejorar:.....

**4. MORBILIDAD Y ACCIDENTABILIDAD MAS FRECUENTE EN LOS TRABAJADORES:**

4.1. ¿Usted sabe qué es una enfermedad profesional?

SI	
NO	

4.2. ¿Ha recibido capacitación sobre prevención de enfermedades profesionales o riesgos laborales?

SI	
NO	

4.3. Durante el tiempo de trabajo usted ha sufrido alguno de los siguientes accidentes:

Caídas	
Fracturas	
Quemaduras	
Cortes	
Intoxicaciones	
Otro accidente	
Ningún accidente	

Especifique: ¿Cuál otro accidente? .....

4.4. Durante el tiempo de trabajo usted ha presentado alguna de las siguientes molestias respiratorias:

Picazón en la nariz	
Estornudos	
Salida de moco por la nariz en abundante cantidad	
Sensación de tener tapada la nariz	
Salida de moco con sangre por la nariz en abundante cantidad	
Dolor en la nariz	
Ronquera en ocasiones	
Ronquera con mucha frecuencia	
Tos seca	
Dificultad para respirar	
Dolor en el pecho	
Otra	

Especifique: ¿Cuál otra molestia? .....

4.5. Durante el tiempo de trabajo usted ha presentado alguna de las siguientes molestias digestivas:

Dolor en las encías	
Encías sangrantes	
Caídas de dientes	
Falta de apetito	
Nauseas	
Color amarillenta de la piel	
Dolor en el abdomen	
Sensación de hinchazón en el abdomen	
Otra	

Especifique: ¿Cuál otra molestia? .....

4.6. Durante el tiempo de trabajo usted ha presentado alguna de las siguientes molestias:

Alteraciones de sueño	
Irritabilidad	
Estados de tensión	
Se siente cansado todo el tiempo	
Cambia de humor con facilidad	
Se siente deprimido la mayor parte del tiempo	
Se siente nervioso la mayor parte del tiempo	
Presente movimientos involuntarios de las manos, pies o lengua	
Otra	

Especifique: ¿Cuál otra molestia? .....

**4.7.** Durante el tiempo de trabajo usted ha presentado alguna de las siguientes molestias en el piel:

Enrojecimiento de la piel	
Aparición de pequeñas ampollas o costras dolorosas	
Le pican las manos o las plantas de los pies	
Presenta piel seca	
Manchas en la piel	
Otra	

Especifique: ¿Cuál otra molestia? .....

**4.8.** Durante el tiempo de trabajo usted ha presentado alguna de las siguientes molestias en el oído:

Disminución de la audición	
Dolor en los oídos	
Sensación de zumbido en los oídos	
Sensibilidad en los oídos	
Otra	

Especifique: ¿Cuál otra molestia? .....

**4.9.** Durante el tiempo de trabajo usted ha presentado alguna de las siguientes molestias en los ojos:

Irritación, ardor o picazón en los ojos	
Secreción de los ojos	
Sensibilidad a luz	
Otra	

Especifique: ¿Cuál otra molestia? .....

**4.10.** Durante el tiempo de trabajo usted ha presentado alguna de las siguientes molestias en su musculatura o en su huesos:

Dolor en:

Cuello parte anterior	
Cuello parte posterior	
Espalda superior	
Espalda inferior	
Hombros	
Brazos	
Piernas	
Tobillos	
Pies	
Otro lugar	

Especifique: Otro lugar donde presente dolor:.....