

Instrucciones de cumplimiento

Este cuestionario es absolutamente confidencial y anónimo, no debe de firmarlo ni poner su nombre en ninguna parte del mismo. Le llevará unos minutos realizarlo y constituye una herramienta fundamental para la realización del estudio. Le queremos expresar nuestro agradecimiento por el tiempo dedicado al mismo.

Sólo puede rellenarse un cuestionario por persona.

Para facilitar su cumplimentación, observe que únicamente debe poner una “x” en la casilla que usted considere.

Existen varios tipos de preguntas

- aquellas en las cuales puede contestar “sí” o “no”,
- aquellas en las cuales se le pregunta que señale algunas de las respuestas
- y por último existen preguntas donde le pedimos que nos diga una cifra o frecuencia (ejemplo: años de servicio...

De igual forma le informamos que los datos contenidos en el mismo serán tratados en soporte informático

A continuación reproducimos unos ejemplos de como poder contestar a cada tipo de pregunta:

Conteste a las siguientes preguntas marcando con una “x” en la casilla correspondiente	
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino

--

- Oficial
- Suboficial
- Sargento
- Policia

9.- Estas consultas relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo, ¿qué enfermedad/es o molestia/s las motivaron? (Puede contestar varias casillas).	
Dolor de cuello	
Dolor de espalda	X
Hernia de disco	
Dolor en miembro superior: hombro, brazo, codo, antebrazo (exc. Muñeca o mano)	
Dolor en muñeca o mano	X
Dolor en miembro inferior: cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo, pie	
Esguince, luxación, fractura o desgarro muscular	
Quemaduras	X
Heridas por cortes, pinchazos, golpes y proyecciones	

Nota

Tareas administrativas: quien desarrolla toda la jornada en oficina.

Trabajo en calle: la mayoría de su jornada en calle, aunque realice sus propios informes.

Tareas mixtas: trabajo 50 /50 en calle y oficina (Atestados, etc.)

CSL – CONFEDERACIÓN DE SEGURIDAD LOCAL Cuestionario Fase II

1.-Conteste a las siguientes preguntas				
Edad (años)		Peso (KG)		Altura (cm)
Comunidad Autónoma		Ayuntamiento		
Años trabajando como policía				
Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino				
Conteste a las siguientes preguntas marcando con una “x” en la casilla correspondiente				
			SI	NO
¿Pertenece a un servicio de una capital de provincia?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su servicio en un núcleo urbano?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Trabaja en: la calle?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En tareas administrativas?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De forma mixta: tareas administrativas/en la calle			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existe teléfono 112 en su ciudad o pueblo?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ y 092?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Fuma?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta anterior es afirmativa indique cuantos años lleva fumando				
Si es exfumador, ¿Cuánto años lleva sin fumar?				
			SI	NO
Hace ejercicio fuera de su trabajo?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocasional			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regular (3 ó más veces en semana)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Viaja como policía al extranjero, ej.: en actos humanitarios...?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuál es su jornada habitual de trabajo?				
Mañana <input type="checkbox"/>	Tarde <input type="checkbox"/>	Noche <input type="checkbox"/>	Mañana-Tarde <input type="checkbox"/>	
Tarde-noche <input type="checkbox"/>	A turnos <input type="checkbox"/>	Guardia de 24h <input type="checkbox"/>		

2.-Díganos cual es su categoría actual: (indique con una “x” en la casilla correspondiente)

- Oficial
- Suboficial
- Sargento
- Cabo
- Policía

3.-¿ Cuanto tiempo lleva trabajando en su destino actual?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 3 meses | <input type="checkbox"/> 3-5 años |
| <input type="checkbox"/> Entre 3 y 6 meses | <input type="checkbox"/> 5-10 años |
| <input type="checkbox"/> Entre 6 y 12 meses | <input type="checkbox"/> Más de 10 años |
| <input type="checkbox"/> 1-2 años | |

4.- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el servicio de policía en total?

4.A.- En la calle

4. B.-Tareas administrativas

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 3 meses | <input type="checkbox"/> Menos de 3 meses |
| <input type="checkbox"/> Entre 3 y 6 meses | <input type="checkbox"/> Entre 3 y 6 meses |
| <input type="checkbox"/> Entre 6 y 12 meses | <input type="checkbox"/> Entre 6 y 12 meses |
| <input type="checkbox"/> 1-2 años | <input type="checkbox"/> 1-2 años |
| <input type="checkbox"/> 3-5 años | <input type="checkbox"/> 3-5 años |
| <input type="checkbox"/> 5-10 años | <input type="checkbox"/> 5-10 años |
| <input type="checkbox"/> 10-20 años | <input type="checkbox"/> 10-20 años |
| <input type="checkbox"/> Más de 20 años | <input type="checkbox"/> Más de 20 años |

5.-Indique las tres principales zonas de su cuerpo donde sienta molestias que Ud. achaque a posturas y esfuerzos derivados de su trabajo. Señálelo con una “x”

Nuca/Cuello	<input type="checkbox"/>	Nalgas/Caderas	<input type="checkbox"/>
Hombro/s	<input type="checkbox"/>	Muslos	<input type="checkbox"/>
Brazo/s-Antebrazo/s	<input type="checkbox"/>	Rodillas	<input type="checkbox"/>
Codo/s	<input type="checkbox"/>	Piernas	<input type="checkbox"/>
Mano/s, Muñeca/s	<input type="checkbox"/>	Pies/Tobillos	<input type="checkbox"/>
Alto de la espalda	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Bajo de la espalda	<input type="checkbox"/>	No tengo molestias	<input type="checkbox"/>

**6.-Últimamente, ¿sufre con frecuencia alguno de los siguientes síntomas?
Señalar con una “x” (Puede contestar varias casillas)**

¿Le cuesta dormir o duerme mal ¿	<input type="checkbox"/>
¿Tiene sensación continua de cansancio?	<input type="checkbox"/>
¿Sufre dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/>

CSL – CONFEDERACIÓN DE SEGURIDAD LOCAL Cuestionario Fase II

¿Sufre mareos?	<input type="checkbox"/>
¿Le cuesta concentrarse, mantener la atención?	<input type="checkbox"/>
¿Le cuesta acordarse de las cosas u olvida las cosas con facilidad?	<input type="checkbox"/>
¿Se nota tenso, irritable?	<input type="checkbox"/>
¿Sufre alteraciones del apetito o digestivas (náuseas, acidez, digestiones pesadas)?	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas en los ojos (lagrimeo, visión borrosa...)?	<input type="checkbox"/>
¿Bajo estado de ánimo?	<input type="checkbox"/>
¿Necesidad de orinar con frecuencia?	<input type="checkbox"/>
¿Tos persistente?	<input type="checkbox"/>
¿Dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/>
¿Sensación de taquicardia, de latir deprisa el corazón?	<input type="checkbox"/>
¿Se ha levantado por la noche con sensación de falta de aire?	<input type="checkbox"/>
¿Dolor en alguna articulación?	<input type="checkbox"/>
¿Dificultad para oír?	<input type="checkbox"/>
¿Ronquera, garganta irritada?	<input type="checkbox"/>
¿Sensación de acorchamiento u hormigueo en manos o pies?	<input type="checkbox"/>
¿Problemas en la piel?	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

7.-Durante el último año, ¿cuántas veces tuvo que consultar a un médico por un problema, molestias o enfermedad?

8.-¿Cuántas de estas consultas médicas considera Ud. que están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo?

- Una
- Dos
- Tres
- Más de tres

- Una
- Dos
- Tres
- Más de tres

9.- Estas consultas relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo, ¿qué enfermedad/es o molestia/s las motivaron? (Puede contestar varias casillas).	
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>
Hernia de disco	<input type="checkbox"/>
Dolor en miembro superior: hombro, brazo, codo, antebrazo (exc. Muñeca o mano)	<input type="checkbox"/>
Dolor en muñeca o mano	<input type="checkbox"/>
Dolor en miembro inferior: cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo, pie	<input type="checkbox"/>
Esguince, luxación, fractura o desgarro muscular	<input type="checkbox"/>
Quemaduras	<input type="checkbox"/>
Heridas por cortes, pinchazos, golpes y proyecciones	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de las venas (varices, trombosis)	<input type="checkbox"/>
Alteraciones gastrointestinales (gastritis, úlcera, malas digestiones, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal)	<input type="checkbox"/>
Infecciones del aparato respiratorio (gripe, resfriado, neumonía)	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>
Intoxicación aguda	<input type="checkbox"/>
Disminución de la audición	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza (cefalea)	<input type="checkbox"/>
Vértigos o mareos	<input type="checkbox"/>
Alteraciones de la visión o fatiga visual (cansancio de ojos)	<input type="checkbox"/>
Estrés	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>
Alteraciones del sueño	<input type="checkbox"/>
Problemas de la voz	<input type="checkbox"/>
Cansancio crónico	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del hígado y sus vías biliares	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del riñón y vías urinarias (cálculos, infecciones, etc.)	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>

CSL – CONFEDERACIÓN DE SEGURIDAD LOCAL Cuestionario Fase II

10.- Frecuentemente, ¿toma Ud. algún tipo de medicamento de los que se relacionan a continuación: (Puede contestar varias casillas).	
Para el dolor o la inflamación (analgésicos, antiinflamatorios, Reconstituyentes, vitaminas, tónicos	<input type="checkbox"/>
Para molestias del estómago (digestiones pesadas, acidez, gases)	<input type="checkbox"/>
Antidepresivos o estimulantes	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>

11.-¿Tiene antecedentes de haber tenido?	SI
Rinitis	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/>
Alergia al látex	<input type="checkbox"/>
Alergia a alimentos	<input type="checkbox"/>
Urticaria	<input type="checkbox"/>
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>
Cuantos catarros tiene al año?	<input type="checkbox"/>
¿ Ha tenido neumonías?	<input type="checkbox"/>
¿ Hepatitis?	<input type="checkbox"/>
¿Sensación de quemazón en el pecho por la noche?	<input type="checkbox"/>
¿Ardor de estómago?	<input type="checkbox"/>
¿Acidez?	<input type="checkbox"/>
¿Tiene tos de más de un mes de evolución?	<input type="checkbox"/>
Si ha dicho si a lo anterior, la tos ¿se ha prolongado por un período de más de 3 meses?	<input type="checkbox"/>
¿Después de una gran esfuerzo físico en el trabajo, nota que tarde más tiempo en recuperar que hace unos años?	<input type="checkbox"/>

CSL – CONFEDERACIÓN DE SEGURIDAD LOCAL Cuestionario Fase II

12.- Indíquenos, señalando con una “x” con qué frecuencia le ocurre a Vd. en su trabajo cada uno de los aspectos que le menciono:					
	Siem pre	Frecuente mente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Considera que su trabajo es penoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considera que su trabajo es estresante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considera que su trabajo es peligroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.- Relacionado con su profesión de policía, es posible que sienta molestias o dolor. Si es así, indique por favor las tres principales zonas de su cuerpo donde las sienta, achacadas solo a posturas, esfuerzos, movimientos... relacionados con su trabajo:
Anotar con una “X” en la casilla correspondiente, (puede contestar varias casillas).

1.- Cabeza	<input type="checkbox"/>
2.- Nuca / Cuello	<input type="checkbox"/>
3) Hombro/s	<input type="checkbox"/>
4) Brazo/s - Antebrazo/s	<input type="checkbox"/>
5) Codo/s.	<input type="checkbox"/>
6) Mano/s, Muñeca/s	<input type="checkbox"/>
7) Alto de la espalda	<input type="checkbox"/>
8) Bajo de la espalda	<input type="checkbox"/>
9) Nalgas / Caderas	<input type="checkbox"/>
10) Muslos	<input type="checkbox"/>
11) Rodillas	<input type="checkbox"/>
12) Piernas	<input type="checkbox"/>
13) Muñeca o antebrazo	<input type="checkbox"/>
14) Pies / Tobillos	<input type="checkbox"/>
15) Otras	<input type="checkbox"/>
16) Ninguna	<input type="checkbox"/>

CSL – CONFEDERACIÓN DE SEGURIDAD LOCAL Cuestionario Fase II

14.- En relación con los accidentes de trabajo, ¿podría contestar a cada una de las siguientes cuestiones?:		
	SI	NO
¿Siente que su trabajo está afectando o podría afectar negativamente en su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna lesión o enfermedad causada o agravada por su trabajo (musculares, oseas, visuales, en la piel...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En el caso de que viaje a países con riesgo de enfermedades infecciosas, ¿se le hace vigilancia o control de la salud antes y después de haber viajado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún problema con el estrés en el desarrollo de su actividad laboral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los dos últimos años, ¿ha tenido algún accidente de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo:

Con baja	<input type="checkbox"/>
Sin baja	<input type="checkbox"/>



15.- ¿Se ha realizado algún examen médico en los últimos 12 meses? En caso afirmativo, por favor, indique con una “x” cuales son las pruebas que le realizaron. (Puede contestar varias casillas).	
Exploración física	<input type="checkbox"/>
Electrocardiograma de reposo	<input type="checkbox"/>
Electrocardiograma de esfuerzo	<input type="checkbox"/>
Control de la visión	<input type="checkbox"/>
Audiometría (medición de la audición)	<input type="checkbox"/>
Espirometría (capacidad pulmonar)	<input type="checkbox"/>
Otras pruebas	<input type="checkbox"/>

16.- ¿ Con qué frecuencia está somnoliento o se queda dormido? (ponga una “x” en la casilla correspondiente)				
	NUNC A	OCASIO NAL	DE VEZ EN CUANDO	MUCHAS VECES
Sentado y leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viendo televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado en un lugar público (ej. Cine o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

reunión)				
Viajando como pasajero en un auto durante 1h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descansando en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado y conversando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado en un ambiente tranquilo después del almuerzo (sin alcohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un auto, mientras se encuentra detenido algunos minutos en el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.- En los últimos 5 años ha sufrido agresiones por parte de terceras personas (detenidos...):

- Nunca Ocasional
 Con cierta frecuencia Muy frecuentemente

18.- Indíquenos si se encuentra vacunado frente al:

- Tétanos Hepatitis B Hepatitis A

19.- Díganos si presenta alguno de estos síntomas		
	SI	NO
Jadeo, tos, expectoración, dificultad al respirar u opresión torácica observados regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos frecuente (principalmente en personas no fumadoras).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pitidos en el pecho al respirar aire frío o durante la mayoría de los días o noches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de dificultad respiratoria al caminar deprisa en terreno llano o subir una pequeña cuesta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le suceden este tipo de síntomas (dificultad al respirar, pitidos en el pecho, tos... cuando hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.-Díganos si presenta alguno de estos síntomas		
	SI	NO
¿Tiene dolor de forma habitual en el codo o codos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se irradia el dolor a la muñeca o al antebrazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le aumenta el dolor ante hechos como el dar la mano, manejar determinadas herramientas, levantar un peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Nota que se le ponga los dedos de la mano de color de la cera ante exposiciones al frio o en contacto con materiales fríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Nota con cierta frecuencia dolor en rodillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ y dolor en los hombros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Inflamación de alguna articulación sin traumatismo previo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21.-Conteste por favor a las siguiente preguntas:		
	SI	NO
¿Debe seguir dieta sin sal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma alguna medicación para la tensión alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Se le hinchan las piernas por la tarde o la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Nota dolor en el pecho cuando hace esfuerzos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Nota en ocasiones sensación de “galope” en el corazón, de taquicardia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22.-Díganos si presenta alguno de estos síntomas		
	SI	NO
¿Presenta de forma repetida?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Congestión nasal o secreción mucosa por la nariz ante estímulos como cambios en la temperatura del aire, humedad, o exposición a perfumes, luces brillantes, el ejercicio físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Problemas de la voz como afonía, de forma intermitente...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha notado que haya disminuido su capacidad para distinguir ciertos olores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Nota que ha disminuido su capacidad de audición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23.- Por favor, conteste a las siguientes preguntas		
	SI	NO
¿Puede correr 100 m lisos en 14 segundos si es varón o 15'5" si es mujer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede saltar longitudinalmente sobre el suelo con los pies juntos una distancia mínima de 2,30 metros los hombres y 1,90 si es Vd. mujer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede correr 2000 m. lisos en menos de 14 min. si es varón o 15 min. si es mujer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede trepar por una cuerda de 6 m. (5 m en el caso de que Vd. sea mujer) en menos de 12 segundos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede nadar 100 metros en piscina en menos de 2 min. 14" (2' 21" si es mujer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.- ¿Ha notado que ¿ su capacidad de recuperación haya disminuido después de algún esfuerzo en su trabajo (carrera, subir escalones de forma rápida...)?

- No
 Si

25.-En el caso de haber contestado “Si” a la pregunta anterior, indíquenos lo siguiente:

- Si, mi capacidad de recuperación ha disminuido un poco
 Si, ha disminuido bastante
 Si, ha disminuido mucho

26.-Esta disminución en la recuperación le dificulta la capacidad física para realizar un nuevo cometido

- En la media hora siguiente
 Entre 1 y 2h
 Más de 2h

