

Anexo 1

Cuestionario

ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO DEL SECTOR INFORMAL DE LOS RECICLADORES																						
1. FECHA D ____ M ____ A ____	14. ¿Cual fue su ultimo nivel de escolaridad?																					
2. Hora de Inicio: _____	1. ____ Ninguna																					
3. Grupo organizado de trabajadores informales: _____	2. ____ Primaria																					
DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR	3. ____ Secundaria																					
4. Departamento de residencia: _____	4. ____ Técnico																					
5. Municipio de residencia: _____	15. ¿Es usted cabeza de familia?																					
6. Numero de Identificación (Cedula de ciudadanía, Tarjeta de identidad, Registro civil) _____	1. ____ Si																					
7. Nombres y apellidos: _____	2. ____ No																					
8. Dirección de residencia: _____	16. ¿A que tipo de población pertenece?																					
9. Teléfono (Fijo, celular, vecino): _____	1. ____ Indígena																					
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	2. ____ Afro Colombiano																					
10. Sexo:	3. ____ Raizal																					
1. ____ Masculino	4. ____ Mestiza																					
2. ____ Femenino	17. ¿En que condición se encuentra usted actualmente?																					
11. ¿Cual es su edad en años cumplidos? _____	1. ____ Desplazado																					
12. ¿Cual es su estado civil actualmente?	2. ____ Desmovilizado																					
1. ____ Casado	3. ____ Ninguno																					
2. ____ Soltero	DATOS SOCIOECONOMICOS																					
3. ____ Viudo	18. ¿Cuál es su oficio? _____																					
4. ____ Unión libre	19. ¿Cuánto tiempo lleva en su oficio? _____																					
5. ____ Separado	Años _____																					
13. ¿Cual es su zona de residencia?	____ Meses																					
1. ____ Urbana	20. ¿Cuál es su jornada laboral?																					
2. ____ Rural	1. ____ Diurna																					
	2. ____ Nocturna																					
	3. ____ Ambas																					
	21. ¿Cuántas horas trabaja al día? _____																					
	22. ¿Cuántos días trabaja a la semana? _____																					
	23. La vivienda donde habita es:																					
	1. ____ Propia																					
	2. ____ Arrendada																					
	3. ____ Otro																					
	24. ¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta su vivienda? Se pueden marcar varias opciones																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Servicios públicos</th> <th>1. Si</th> <th>2. No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24.1. Energía</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24.2. Acueducto</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24.3. Alcantarillado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24.4. Teléfono fijo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24.5. Teléfono móvil</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24.6. Gas</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Servicios públicos	1. Si	2. No	24.1. Energía			24.2. Acueducto			24.3. Alcantarillado			24.4. Teléfono fijo			24.5. Teléfono móvil			24.6. Gas		
Servicios públicos	1. Si	2. No																				
24.1. Energía																						
24.2. Acueducto																						
24.3. Alcantarillado																						
24.4. Teléfono fijo																						
24.5. Teléfono móvil																						
24.6. Gas																						

SEGURIDAD SOCIAL

25. Nivel de SISBEN:

1. ☐ 1
2. ☐ 2
3. ☐ 3
4. ☐ No sabe

26. ¿A cuáles de los siguientes sistemas de seguridad social está usted afiliado?

26.1 Afiliación a salud:

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ No sabe

26.1.1. ¿Cuál es el nombre de la EPS?

26.2 Afiliación fondo de pensiones

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ No sabe

26.2.1 ¿A cuál fondo de pensiones se encuentra afiliado?

26.3 Afiliación a riesgos laborales.

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ No sabe

26.3.1 ¿Cuál es su ARL?

CONDICIONES DE SALUD

27. ¿Cuál es su peso en kilogramos? _____

28. ¿Cuál es su estatura en centímetros?: _____

29. ¿Cuáles de los siguientes hábitos tiene usted?

1. ☐ Consumo de Cigarrillo
2. ☐ Consumo de licor.

29.1 ¿Con qué frecuencia?

1. ☐ Diario
2. ☐ Semanal
3. ☐ Quincenal
4. ☐ Ocasional

30. Diría usted que en general su salud es:

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

31. ¿Si se ha enfermado donde ocurrió la causa de su problema que le impidió realizar sus actividades normales? 1.

1. ☐ Trabajo
2. ☐ Hogar
3. ☐ Otro

31.1. ¿La causa fue accidente común? 1. ☐ Si
2. ☐ No

31.2. ¿La causa fue accidente relacionado con su lugar de trabajo?

1. ☐ Si
2. ☐ No

31.3. ¿La causa fue enfermedad común?

1. ☐ Si
2. ☐ No

31.4. ¿La causa fue enfermedad relacionada con el trabajo?

1. ☐ Si
2. ☐ No

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS APLICAN PARA EL ACCIDENTE MÁS GRAVE QUE HAYA SUFRIDO

32. ¿El accidente relacionado con el trabajo más grave que tuvo en los últimos 12 meses, que lesiones le ocasionó?

Lesiones	1. SI	2. NO
32.1. Heridas	☐	☐
32.2. Lesiones músculo-articulares	☐	☐
32.3. Golpes	☐	☐
32.4. Quemaduras	☐	☐
32.5. Fracturas	☐	☐
32.6. Intoxicación	☐	☐
32.7. Amputación	☐	☐
32.8. Enfermedad como secuela de Picaduras de animales o insectos	☐	☐
32.9. Otro	☐	☐

32.9.1 ¿Cuál?

33. ¿Que partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con el trabajo?			
Partes del cuerpo	1.SI	2.No	
33.1. Cabeza y cuello			
33.2. Ojos			
33.3. Tronco o columna			
33.4. Manos			
33.5. Miembros superiores			
33.6. Pies			
33.7. Miembros inferiores			
33.8. Zona genital			
33.9. Otro			
33.9.1 ¿Cuál?			
34. ¿Cuál fue la causa del accidente relacionado con el trabajo?			
Causas	1.Si	2. No	
34.1. Caída desde alturas			
34.2 Caída desde el mismo nivel			
34.3. cortadura			
34.4. Lanzamiento o caída de objetos			
34.5. Vehículo de transporte			
34.6. Fuego o sustancia quemante			
34.7. Envenenamiento			
34.8. Mordeduras			
34.9. Cuerpo extraño			
34.10. Sobre esfuerzo			
34.11. Atropello			
34.12.Picadura			
34.13. Otro			
34.13.1. ¿Cuál?			
35. ¿Usted informó su accidente relacionado con el trabajo?			
1. __ Si			
2. __ No			
36. ¿A cuál de las siguientes entidades le informó que era un accidente ocurrido durante su jornada de trabajo?			
1. __ Hospital			
2. __ Grupo organizado de trabajadores informales			
3. __ ARL			
4. __ Otra			
5. __ Ninguna			
36.1 ¿Sitio donde fue atendido por el accidente relacionado con el trabajo?			
1. __ Hospital			
2. __ Puesto de salud			
3. __ Farmacia			
4. __ Curandero			
5. __ Usted mismo o la familia			
6. __ Ninguno			
37. ¿Cuántos días faltó al trabajo por el accidente relacionado con el trabajo? _____			
38. ¿Quién asumió los costos de la atención del accidente relacionado con el trabajo? Marque una sola opción.			
1. __ Grupo organizado de trabajadores informales			
2. __ El trabajador o la familia			
3. __ EPS			
4. __ ARL			
5. __ Otro			
39. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o esta en trámite de reconocimiento alguna enfermedad laboral?			
1. __ Si			
2. __ No			
39.1 ¿Cuál fue esa enfermedad?			
40. De manera general, considera usted que su puesto de trabajo actualmente es:			
1. __ Un lugar muy seguro para trabajar			
2. __ Un lugar seguro para trabajar			
3. __ Un lugar poco seguro para trabajar			
4. __ Un lugar muy inseguro para trabajar			
41. ¿Presenta alguna condición de discapacidad?			
1. __ Si			
2. __ No			
Sensorial, Motriz, Mental			
Cual _____			

RIESGOS DE SEGURIDAD

54. ¿En su puesto de trabajo usa alguna sustancia de fácil combustión, incendio o explosión?

1. ☐ Si
2. ☐ No

54.1 ¿Cuál? _____

55. ¿En la asociación se encuentran los pisos, paredes, zonas, escaleras deterioradas?

1. ☐ Si
2. ☐ No

RIESGO FISICO

56. ¿En el área de trabajo se encuentra expuesto a la lluvia?

1. ☐ Si
2. ☐ No

57. ¿En su área de trabajo siente calor o frío exagerados?

1. ☐ Si
2. ☐ No

58. ¿En su área de trabajo usted se protege de la radiación solar?

1. ☐ Si
2. ☐ No

58.1 ¿Cómo? _____

59. ¿El ambiente de su puesto de trabajo es?

1. ☐ Muy húmedo
2. ☐ Poco húmedo
3. ☐ No es húmedo

60. ¿La iluminación de su puesto de trabajo es suficiente para trabajar?

1. ☐ Si
2. ☐ No

RIESGO PSICO SOCIAL

61. ¿El trabajo que realiza le impide parar cuando quiera?

1. ☐ Si
2. ☐ No

62. ¿Se siente bien con el trabajo que realiza?

1. ☐ Si
2. ☐ No

63. ¿Si tuviera otra opción de trabajo continuaría con el actual?

1. ☐ Si
2. ☐ No

64. ¿En su área de trabajo conversa y resuelve problemas fácilmente con sus compañeros?

1. ☐ Si
2. ☐ No

65. ¿Considera que su trabajo es monótono o aburrido?

1. ☐ Si
2. ☐ No

HABITOS EN EL TRABAJO

66. ¿Utiliza elementos de protección personal en su labor?

1. ☐ Si
2. ☐ No

67. ¿Especifique que tipo de protección utiliza mas frecuentemente?

EPP	1. Si	2. No
67.1 Sombrero-gorra, pañoleta	☐	☐
67.2 Guantes	☐	☐
67.3 Botas hasta la rodilla	☐	☐
67.4 Pantalón hasta el tobillo	☐	☐
67.5 Protector respiratorio	☐	☐
67.6 Camisa manga larga	☐	☐
67.7 Gafas	☐	☐
67.8 mascarilla	☐	☐
67.9 Otro	☐	☐

67.9.1 ¿Cuál? _____

Anexo 2

Consentimiento Informado

INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr.(a), reciba nuestro más cordial saludo, somos estudiantes de la Universidad El Bosque que con fines de obtención del título de Maestría y lo (a) estamos invitando a participar en la investigación titulada “APROXIMACIÓN A LAS CONDICIONES SOCIALES Y DE SALUD DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN LAS BODEGAS DE ALMACENAMIENTO DE RECICLAJE, CIUDAD BOLÍVAR, BOGOTÁ”, con el objeto de Identificar las condiciones sociales y laborales, que causan impacto en la salud y calidad de vida de los trabajadores en las bodegas de almacenamiento de material reciclable, Ciudad Bolívar, Bogotá.

Si usted acepta participar en este estudio, se le solicitará que responda, un cuestionario, que contiene preguntas relacionadas con aspectos Sociodemográficos, condiciones laborales, condiciones de salud y factores de riesgo dentro de su trabajo, el cuestionario en sí le tomará aproximadamente 20 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria y no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental. Usted puede negarse a participar en cualquier momento sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato, la identidad suya estará disponible sólo para el personal del proyecto y se mantendrá

completamente confidencial. Los datos estarán a cargo del equipo del proyecto y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Una vez procesada la información recolectada, los cuestionarios se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante el estudio. Igualmente, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificada(do) con
C.C..... manifiesto que he recibido información suficiente sobre la
investigación APROXIMACIÓN A LAS CONDICIONES SOCIALES Y DE SALUD DE
LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN LAS BODEGAS DE ALMACENAMIENTO DE
RECICLAJE, CIUDAD BOLÍVAR, BOGOTÁ; para lo cual se ha solicitado mi
participación. Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por
VIVIANA ALEXANDRA CEPEDA BUENAHORA e HILDA VILLAMARÍN ABRIL.

Declaro haber sido informado (a) de los objetivos y procedimientos del estudio y del
tipo de participación, que me han indicado que tendré que responder un cuestionario, lo
cual tomará aproximadamente 20 minutos y que la información que yo provea en el curso

VIVIANA ALEXANDRA CEPEDA BUENAHORA
HILDA VILLAMARÍN ABRIL

de esta investigación es confidencial y anónima y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Reconozco haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a VIVIANA ALEXANDRA CEPEDA BUENAHORA e HILDA VILLAMARÍN ABRIL a los teléfonos 3108577832 o 3123775714.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

_____	_____	_____
Nombre Participante	Nombre Investigador	Nombre Investigador
_____	_____	_____
Firma	Firma	Firma
Fecha: _____	Fecha: _____	

Anexo 3

Operacionalización de variables

Nombre	Definición Conceptual	Nivel Operacional	Unidad de Medición
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Sexo	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Cuantitativo	Razón	Años cumplidos
Estado civil	Cualitativo	Nominal	Casado Soltero Viudo Unión Libre Separado
Zona de Residencia	Cualitativo	Nominal	Urbana Rural
Nivel de escolaridad	Cualitativo	Nominal	Ninguna Primaria Secundaria Técnico Tecnológico Universitario
Cabeza de hogar	Cualitativo	Nominal	Si No
Población a la que pertenece	Cualitativo	Nominal	Indígena Afrocolombiano Raizal Mestiza
Condición actual	Cualitativo	Nominal	Desplazado Desmovilizado Ninguno
DATOS SOCIOECONOMICOS			
Oficio	Cualitativo	Nominal	Reciclador No reciclador
Tiempo en el Oficio	Cuantitativo	Razón	Años
Jornada Laboral	Cualitativo	Nominal	Diurna Nocturna

APROXIMACIÓN A LAS CONDICIONES SOCIALES Y DE SALUD DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN LAS BODEGAS DE ALMACENAMIENTO DE RECICLAJE, CIUDAD BOLÍVAR, BOGOTÁ

**VIVIANA ALEXANDRA CEPEDA BUENAHORA
HILDA VILLAMARÍN ABRIL**

Nombre	Definición Conceptual	Nivel Operacional	Unidad de Medición
			Ambas
Horas de trabajo	Cuantitativo	Razón	Horas
Días de trabajo	Cuantitativo	Razón	Días
Tipo de vivienda	Cualitativo	Nominal	Propia Arrendada Otro
Servicios públicos	Cualitativo	Nominal	Si No
SEGURIDAD SOCIAL			
Nivel Sisben	Cualitativo	Nominal	1 2 3 No sabe
Afiliación a salud	Cualitativo	Nominal	Si No No sabe
EPS	Cualitativo	Nominal	Cual
Afiliación Pensiones	Cualitativo	Nominal	Si No No sabe
Pensiones	Cualitativo	Nominal	Cual
Afiliación riesgos laborales	Cualitativo	Nominal	Si No No sabe
ARL	Cualitativo	Nominal	Cual
CONDICIONES DE SALUD			
Peso	Cualitativo	Nominal	Kg
Estatura	Cualitativo	Nominal	Cms
Hábitos	Cuantitativo	Razón	Consumo de cigarrillo Consumo de licor
Frecuencia	Cualitativo	Nominal	Diario Semanal Quincenal Ocasional
Estado de Salud	Cualitativo	Nominal	Excelente Muy buena

APROXIMACIÓN A LAS CONDICIONES SOCIALES Y DE SALUD DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN LAS BODEGAS DE ALMACENAMIENTO DE RECICLAJE, CIUDAD BOLÍVAR, BOGOTÁ

**VIVIANA ALEXANDRA CEPEDA BUENAHORA
HILDA VILLAMARÍN ABRIL**

Nombre	Definición Conceptual	Nivel Operacional	Unidad de Medición
			Buena Regular Mala
Se ha enfermado	Cualitativo	Nominal	Trabajo Hogar Otro
Por accidente común	Cualitativo	Nominal	Si No
Por accidente relacionado con el trabajo	Cualitativo	Nominal	Si No
Por enfermedad común	Cualitativo	Nominal	Si No
Por enfermedad relacionada con el trabajo	Cualitativo	Nominal	Si No
Lesiones ocasionadas	Cualitativo	Nominal	Heridas Musculo articular Golpes Quemaduras Fracturas Intoxicación Amputación Picaduras Otro
Parte del cuerpo afectada	Cualitativo	Nominal	Cabeza y cuello Ojos Tronco o columna Manos Miembros superiores Pies Miembros inferiores Zona genital Otro
Causa	Cualitativo	Nominal	Caída desde alturas Caída desde el mismo nivel Cortadura

Nombre	Definición Conceptual	Nivel Operacional	Unidad de Medición
			Vehículos Fuegos Envenenamiento Mordeduras Cuerpo extraño Sobreesfuerzo Atropello Picadura
Informe del accidente	Cualitativo	Nominal	Si No
Informe el accidente a	Cualitativo	Nominal	Hospital Grupo trabajo ARL Otra Ninguna
Lugar de atención	Cualitativo	Nominal	Hospital Puesto de salud Farmacia Curandero Usted mismo o familia Ninguno
Cuantos días faltó	Cuantitativo	Razón	Días
Quien asumió los costos	Cualitativo	Nominal	Grupo de trabajo Trabajador o familia EPS ARL Otro
Diagnosticado enfermedad	Cualitativo	Nominal	Si No
Cual	Cualitativo	Nominal	Cual
Su trabajo es	Cualitativo	Nominal	Un lugar muy seguro para trabajar Un lugar seguro para trabajar Un lugar poco seguro para trabajar

APROXIMACIÓN A LAS CONDICIONES SOCIALES Y DE SALUD DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN LAS BODEGAS DE ALMACENAMIENTO DE RECICLAJE, CIUDAD BOLÍVAR, BOGOTÁ

**VIVIANA ALEXANDRA CEPEDA BUENAHORA
HILDA VILLAMARÍN ABRIL**

Nombre	Definición Conceptual	Nivel Operacional	Unidad de Medición
			Un lugar muy inseguro para trabajar
Condición de discapacidad	Cualitativo	Nominal	Si No
CONDICION DE TRABAJO			
Riesgo químico	Cualitativo	Nominal	Si No
Riesgo biológico	Cualitativo	Nominal	Si No
Carga física	Cualitativo	Nominal	Si No
Seguridad	Cualitativo	Nominal	Si No
Riesgo Físico	Cualitativo	Nominal	Si No
Psicosocial	Cualitativo	Nominal	Si No
Elementos de Protección personal	Cualitativo	Nominal	Si No