



FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL DE LARGA DURACIÓN. PROPUESTA DE SCREENING Y DE INTERVENCIÓN.

RESPONSABLE: MERCEDES VAQUERO ABELLÁN

Manuel Sanabria Borrego
M^a Carmen Lorente Millán
Soledad Burgos Ruiz de Castroviejo
M^a Luisa Bernárdez Jiménez
Salvador Bermudo Parra
Ángela Limón Fernández
Ana López Pérez

Investigación financiada por el FIPROS

ANEXOS

CUESTIONARIO INICIAL DEL ESTUDIO Y RESULTADOS

nº de Referencia: _____

CP _____

Centro de Salud _____

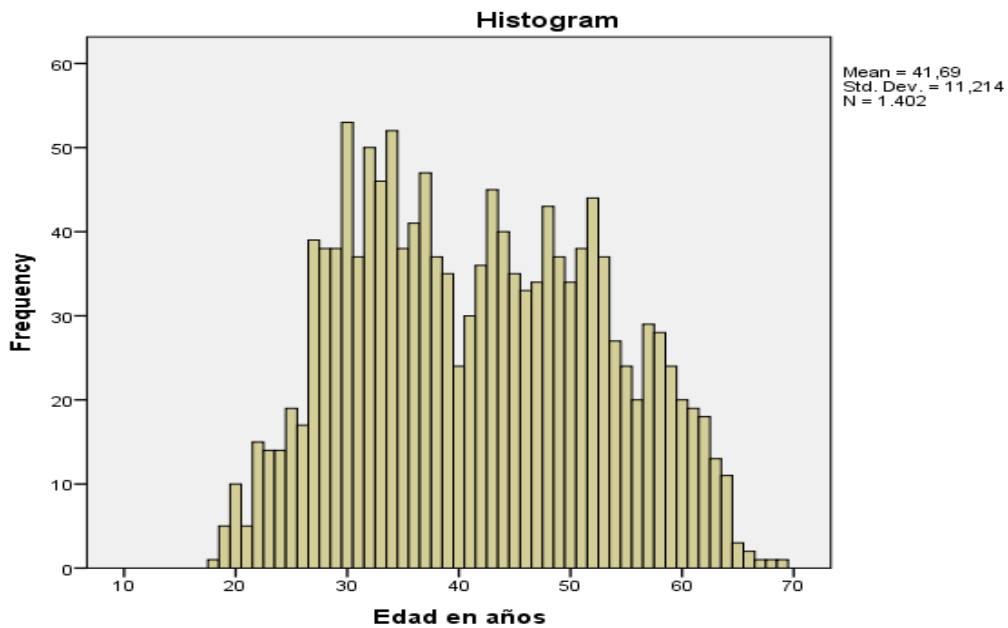
Fecha inicial de baja ____/____/____

Fecha en que se pasa el cuestionario ____/____/____

1.- Edad ____ años

EDAD	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Frec.	1	5	10	5	15	14	14	19	17	39	38	38
EDAD	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
Frec.	53	37	50	46	52	38	41	47	37	35	24	30
EDAD	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
Frec.	36	45	40	35	33	34	43	37	34	38	44	37
EDAD	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
Frec.	27	24	20	29	28	24	20	19	18	13	11	3
EDAD	66	67	68	69								
Frec.	1	1	1	1								

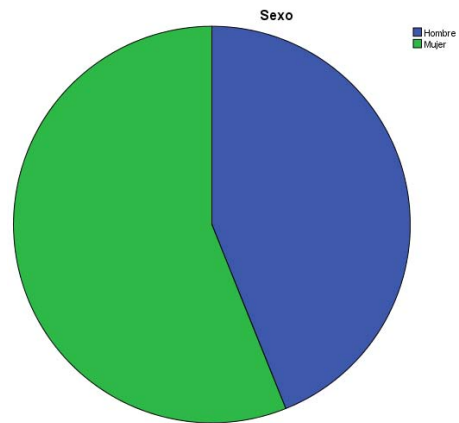
NÚMERO	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV.TÍPICA
1402	18	69	41,69	11,21



2. - Sexo

Hombre Mujer

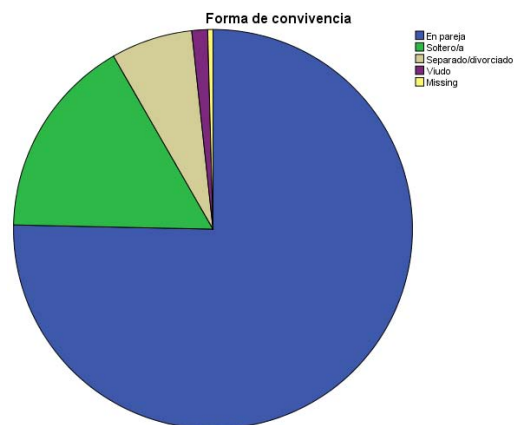
	FREC.	PORC.
HOMBRE	618	43,9
MUJER	789	56,1



3.- Vive

En pareja Soltero/a Separado Viudo

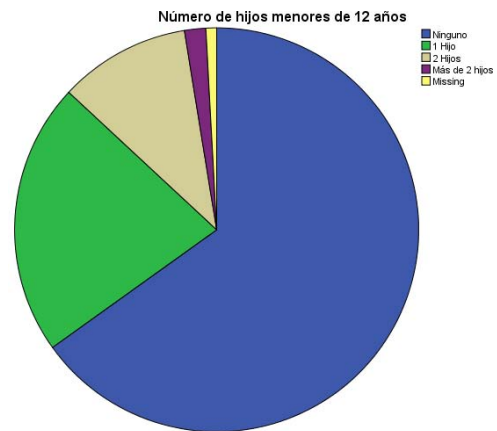
	FREC.	PORC.
PAREJA	1.060	75,3
SOLTER	230	16,3
SEP/DIV	93	6,6
VIUDO/A	18	1,3



4. - Nº1 de hijos menores de 12 años

- 0 1 2 > 2

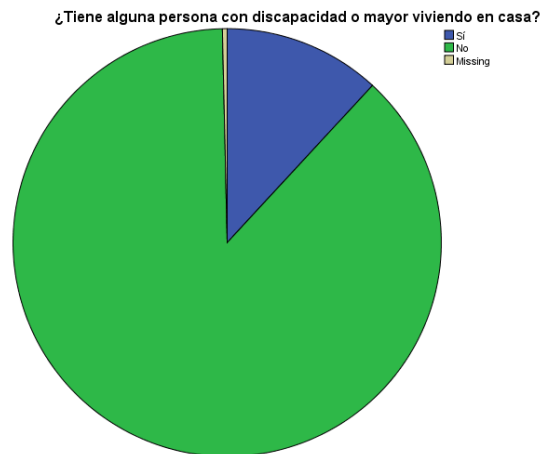
	FREC.	PORC.
NINGUNO	916	65,1
1 HIJO	307	21,8
2 HIJOS	148	10,5
MÁS DE 2	24	1,7



5.- Tiene alguna persona con discapacidad ó persona mayor viviendo en casa:

- Sí No

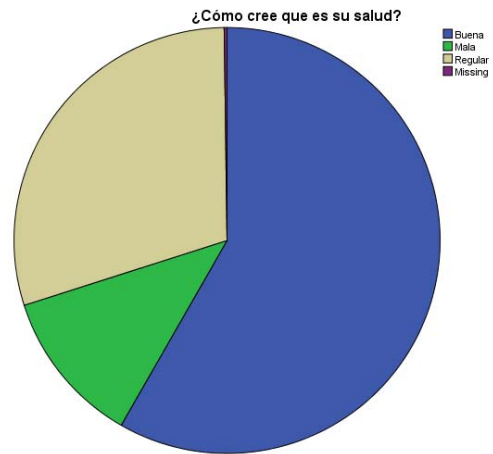
	FREC.	PORC.
SI	167	11,9
NO	1.235	87,8



6.- Cómo cree que es su salud:

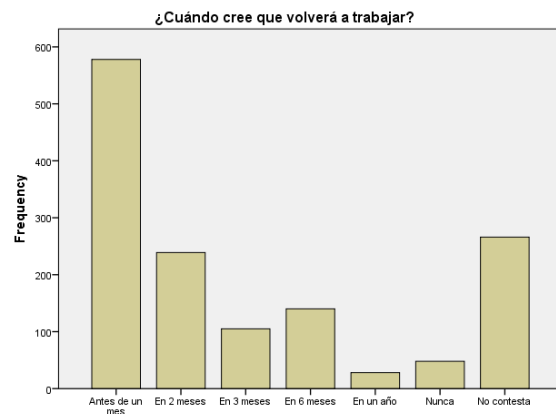
- Buena Mala Regular

	FREC.	PORC.
BUENA	820	58,3
MALA	166	11,8
REGULAR	418	29,7



7.- Cuándo cree que volverá a trabajar:

	FREC.	PORC.
ANT. MES	578	41,1
2 MESES	239	17,0
3 MESES	105	7,5
6 MESES	140	10,0
1 AÑO	28	2,0
NUNCA	48	3,4



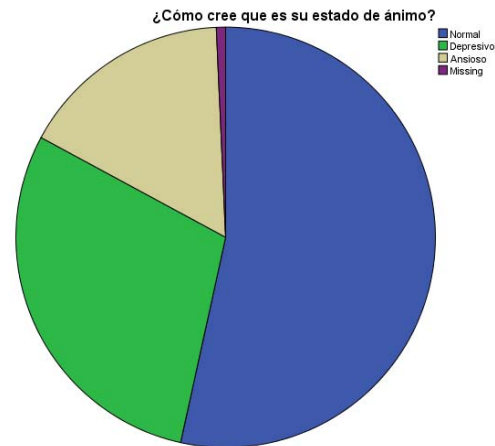
8.- Cómo es su estado de ánimo:

Normal

Depresivo

Ansioso

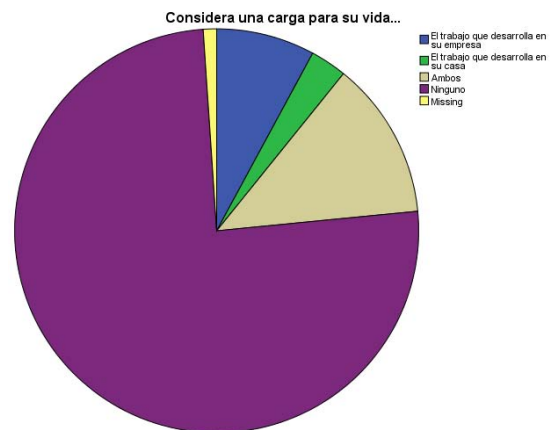
	FREC.	PORC.
NORMAL	752	53,4
DEPRESIVO	414	29,4
ANSIOSO	231	16,4



9.- Considera una carga para su vida:

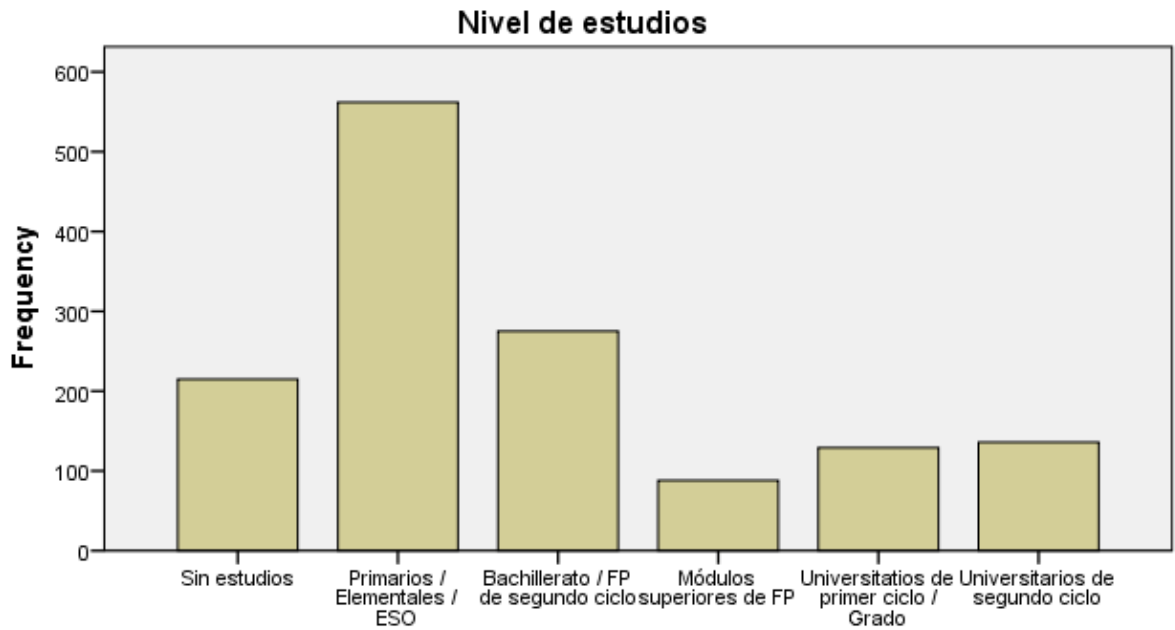
El trabajo que desarrolla en su empresa El trabajo que desarrolla en casa Ambos Ninguno

	FREC.	PORC.
EMPRESA	111	7,9
EN CASA	41	2,9
AMBOS	178	12,7
NINGUNO	1.062	75,5

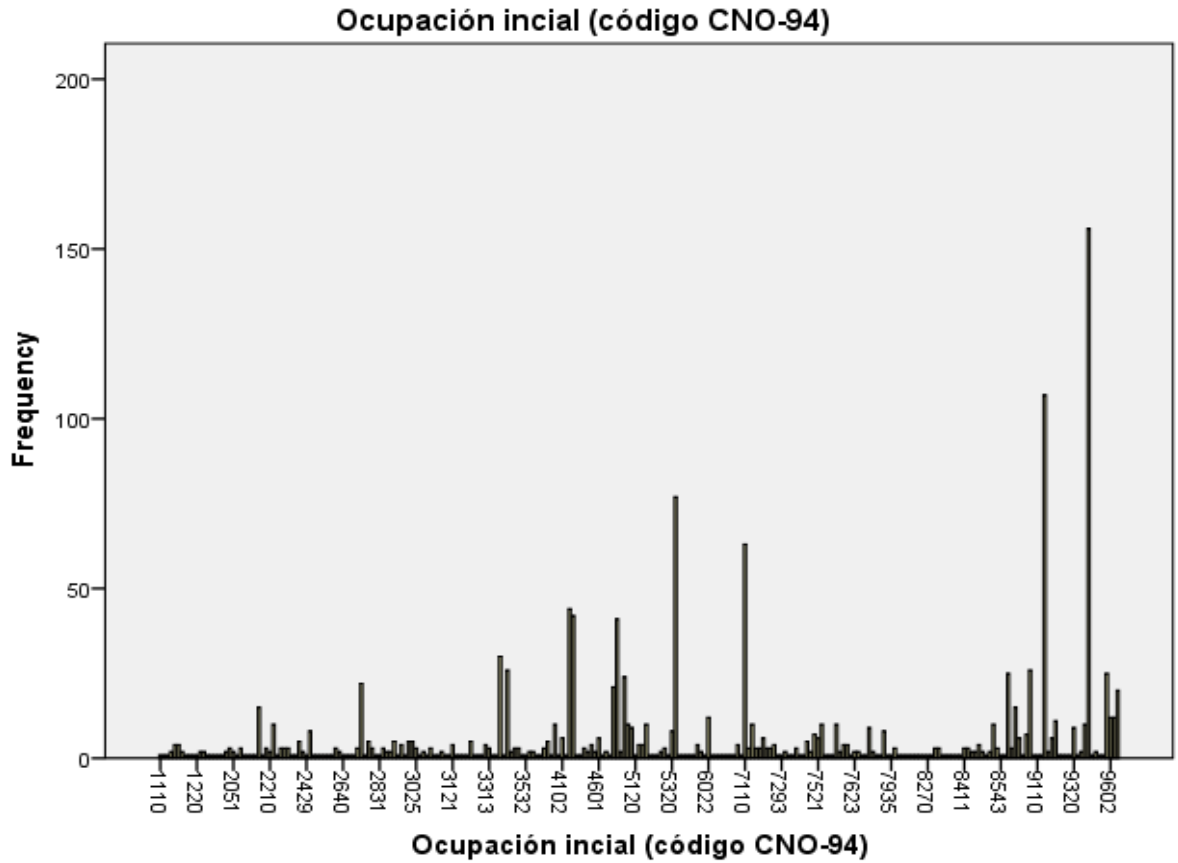


10. Estudios:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin Estudios	215	15,3
Primarios/Elementales/ESO	562	39,9
Bachillerato/FP segundo ciclo	275	19,5
Módulos superiores de FP	88	6,3
Universitarios de primer ciclo	129	9,2
Universitarios de segundo ciclo	136	9,7



11.- Ocupación Principal. (codificada mediante CNO-94):

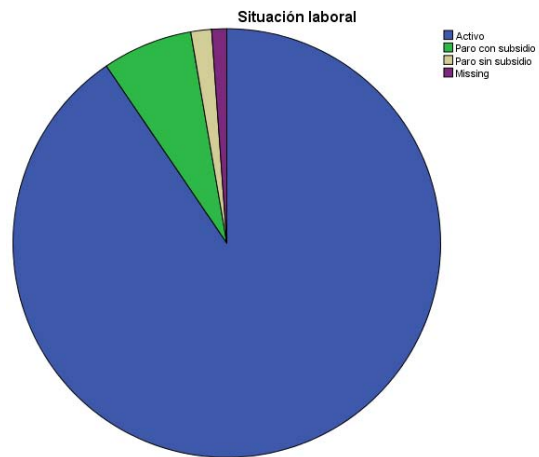


12.- Situación:

Activo

Paro: con subsidio / sin subsidio

	FREC.	PORC.
ACTIVO	1.273	90,5
S. PARO	96	6,8
NO SUB.	22	1,6



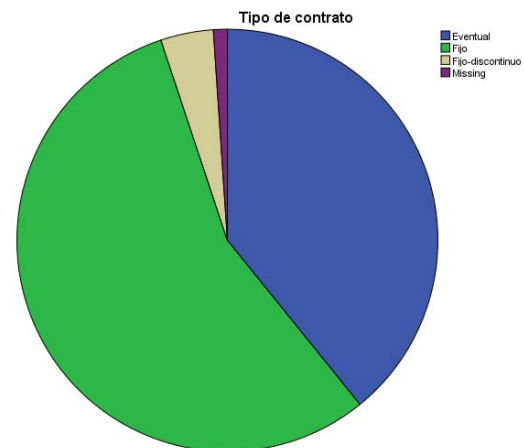
13.- Tipo de contrato:

Eventual

Fijo

Fijo-discontinuo

	FREC.	PORC.
EVENTUAL	551	39,2
FIJO	784	55,7
FIJO-DISC.	57	4,1



14.- Tipo de empresa:

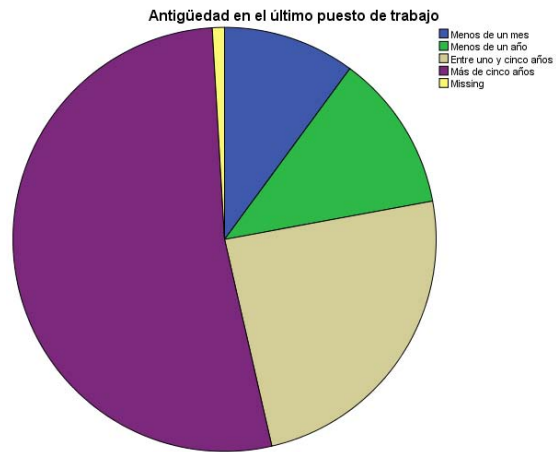
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pública estatal/autonómica	229	16,3
Administración local	164	11,7
Privada	859	61,1
Autónomo	124	8,8
Otros	14	1,0



15.- Antigüedad en el último puesto de trabajo:

- Menos de un mes Menos de 1 año
 Entre 1 y 5 años Más de 5 años

	FREC.	PORC.
MENOS 1 MES	142	10,1
MENOS 1 AÑO	169	12,0
ENTRE 1-5 AÑOS	342	24,3
MÁS DE 5 AÑOS	741	52,7



16.- Nº de horas/semana que trabaja:

- < 25 25-35
 35-40 > 40

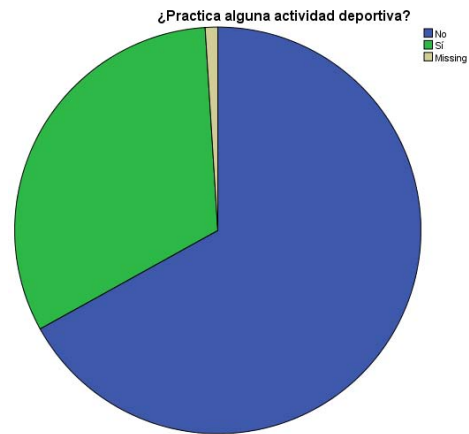
	FREC.	PORC.
MENOS 25 HOR.	83	5,9
25-35	169	12,0
35-40	788	56,0
MÁS 40 HORAS	354	25,2



17.- Practica alguna actividad deportiva:

No Sí nº dias/semana ____

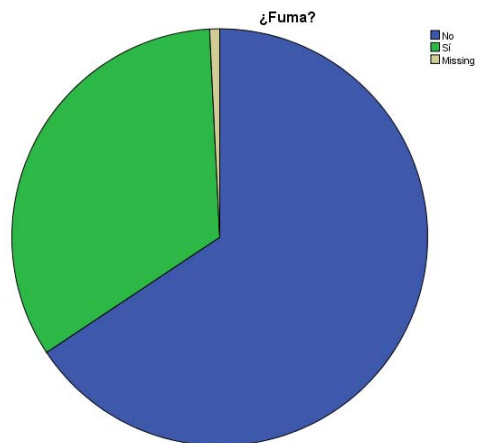
	FREC.	PORC.
NO	451	32,1
SI	942	67,0



18.- Fuma

No Sí

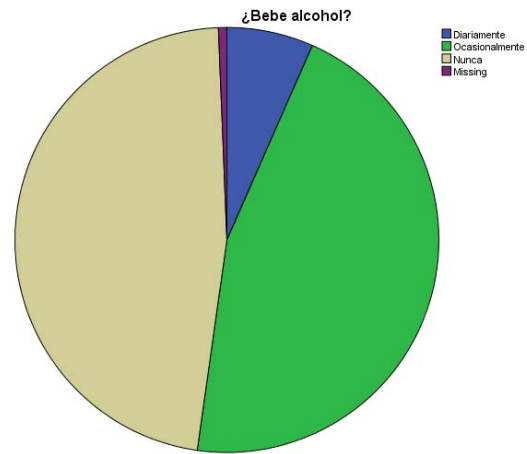
	FREC.	PORC.
NO	924	65,7
SI	472	33,5



19.- Bebe alcohol

- Diariamente Ocasionalmente Nunca

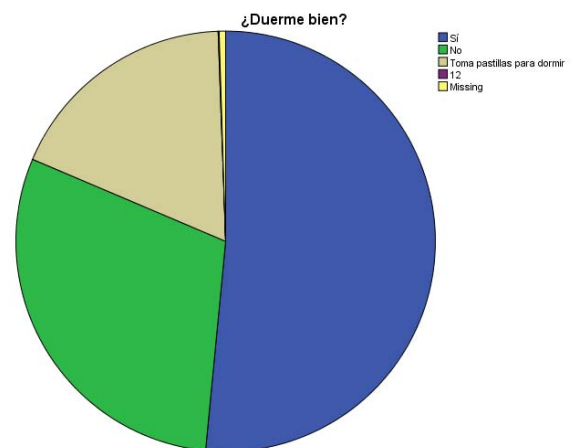
	FREC.	PORC.
DIARIAMENTE	93	6,6
OCASIONAL	642	45,6
NUNCA	663	47,1



20.- Duerme bien

- Sí No Necesita tomar pastillas para dormir

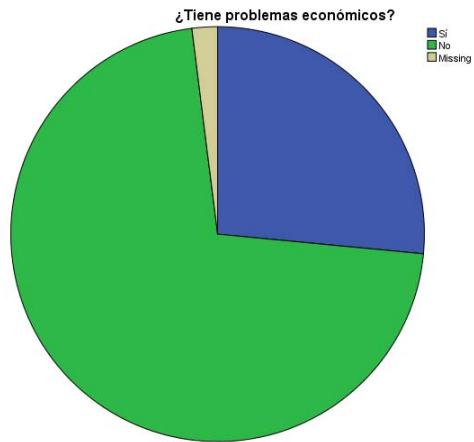
	FREC.	PORC.
SI	725	51,5
NO	642	29,9
PASTILLAS	663	18,1



21.- ¿Tiene problemas económicos?

Sí No

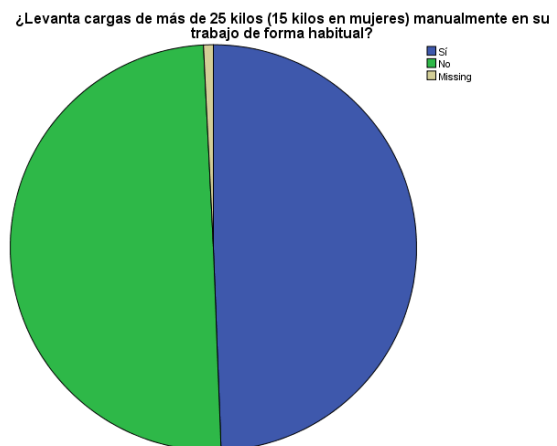
	FREC.	PORC.
SI	373	26,5
NO	1.006	71,5



22.- ¿Levanta cargas de más de 25 kilos de peso (15 kilos en mujeres) manualmente en su trabajo de forma habitual?

Sí No

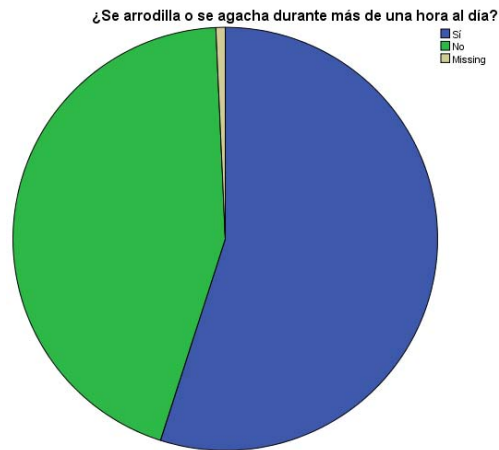
	FREC.	PORC.
SI	695	49,4
NO	701	49,8



23.- ¿Se arrodilla o agacha durante más de una hora al día?.

- Sí No

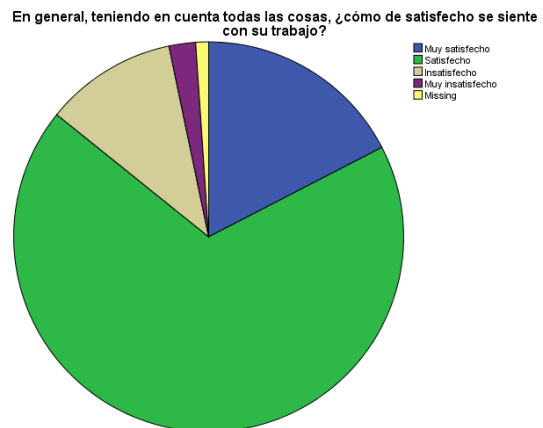
	FREC.	PORC.
SI	773	54,9
NO	624	44,3



24.- En general, teniendo en cuenta todas las cosas ¿Cómo de satisfecho se siente con su trabajo?

- Muy satisfecho. Satisfecho.
- Insatisfecho. Muy insatisfecho

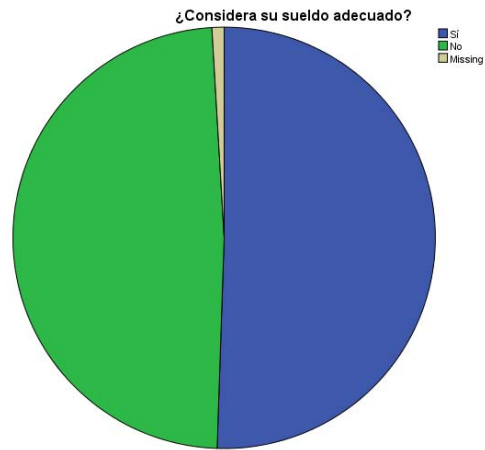
	FREC.	PORC.
MUY SATISFECHO	245	17,4
SATISFECHO	962	68,4
INSATISFECHO	154	10,9
MUY INSATISFECHO	31	2,2



25.- ¿Considera su sueldo adecuado ?.

Sí No

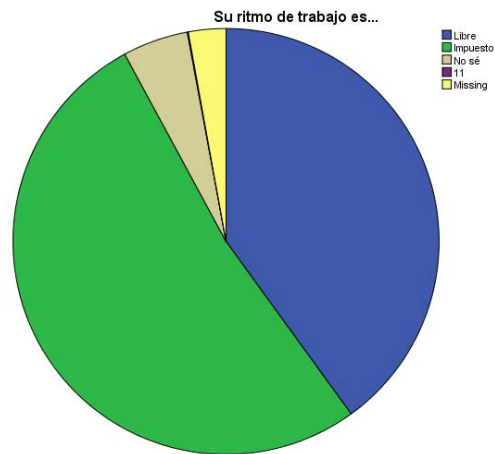
	FREC.	PORC.
SI	711	50,5
NO	683	48,5



26.- Ritmo de trabajo:

Libre Impuesto No sé

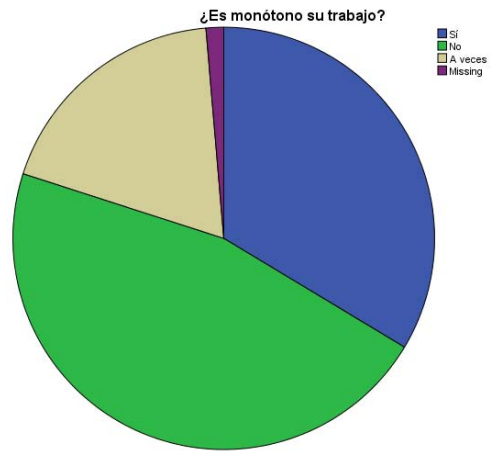
	FREC.	PORC.
LIBRE	563	40,0
IMPUESTO	733	52,1
NO SÉ	70	5,0



27.- ¿Es monótono su trabajo?

- Sí No A veces

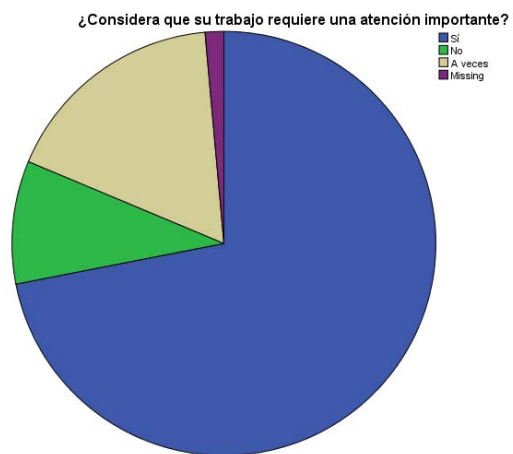
	FREC.	PORC.
SI	473	33,6
NO	652	46,3
A VECES	263	18,7



28.- Considera que su trabajo requiere una atención importante:

- Sí No A veces

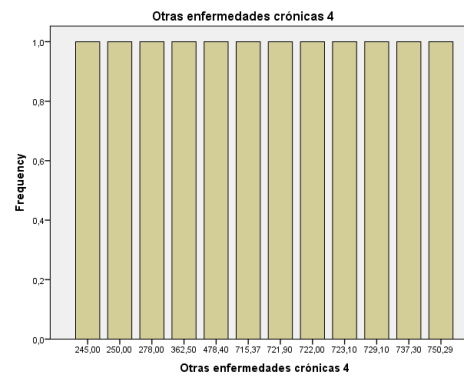
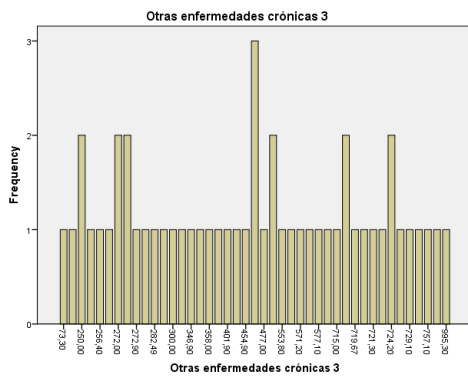
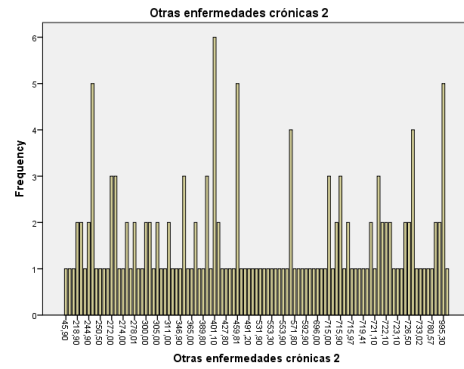
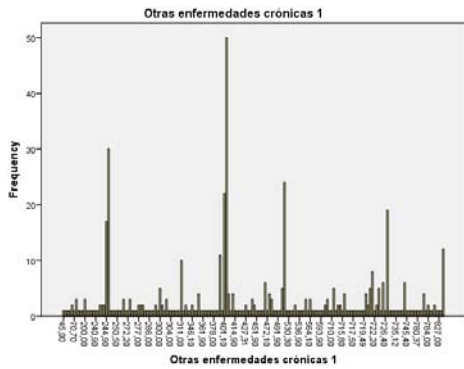
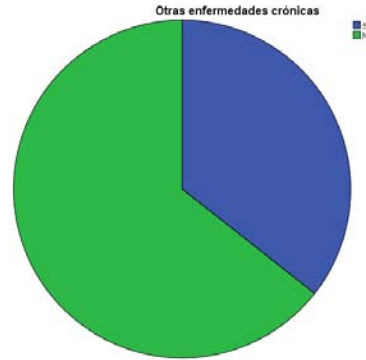
	FREC.	PORC.
SI	1.012	71,9
NO	132	9,4
A VECES	243	17,3



29.- Otras enfermedades crónicas:

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

	FREC.	PORC.
SI	501	35,5
NO	906	64,4

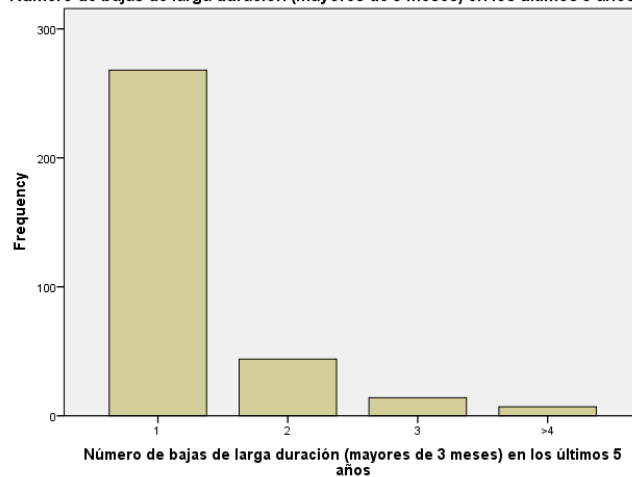


30.- N° de bajas de larga duración (mayor de 3 meses) en los últimos 5 años:

- 0 1 2 3 >4

	FREC.	PORC.
0	1074	76,3
1	268	19,0
2	44	3,1
3	14	1,0
>=4	7	0,5

Número de bajas de larga duración (mayores de 3 meses) en los últimos 5 años

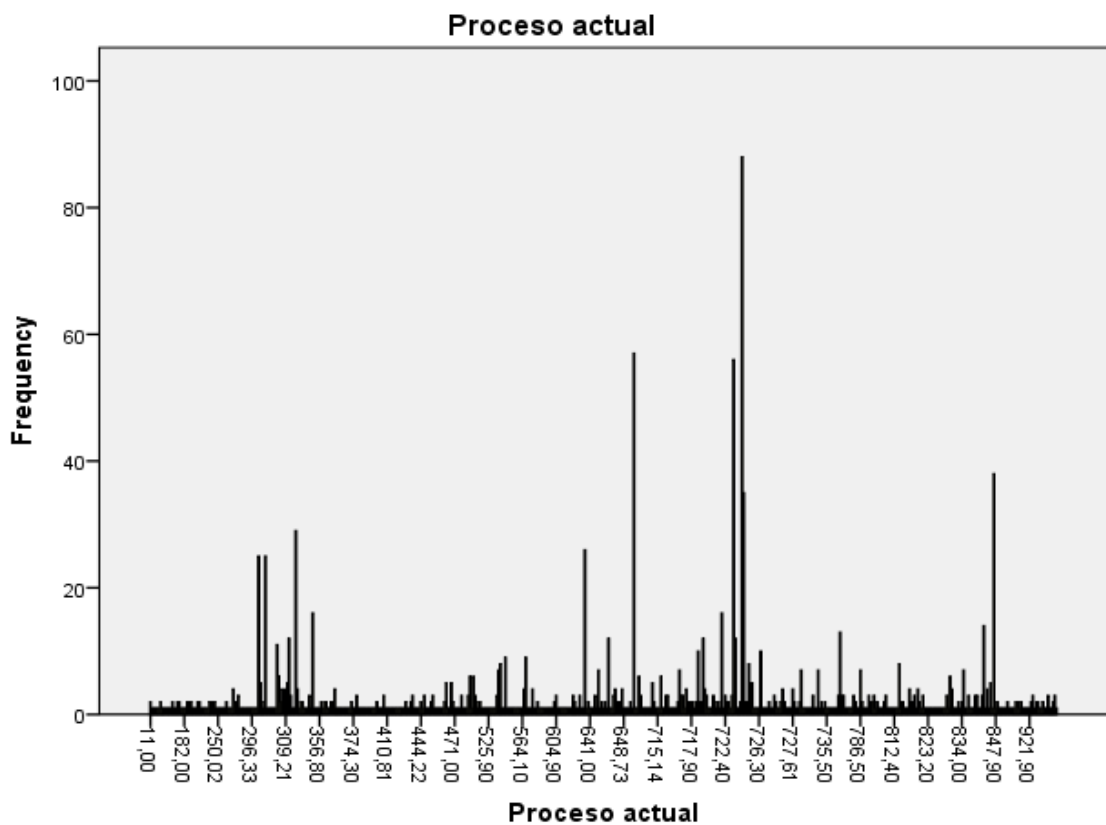


31.- Diagnóstico que origina el proceso actual:

ENFERMEDAD: _____.

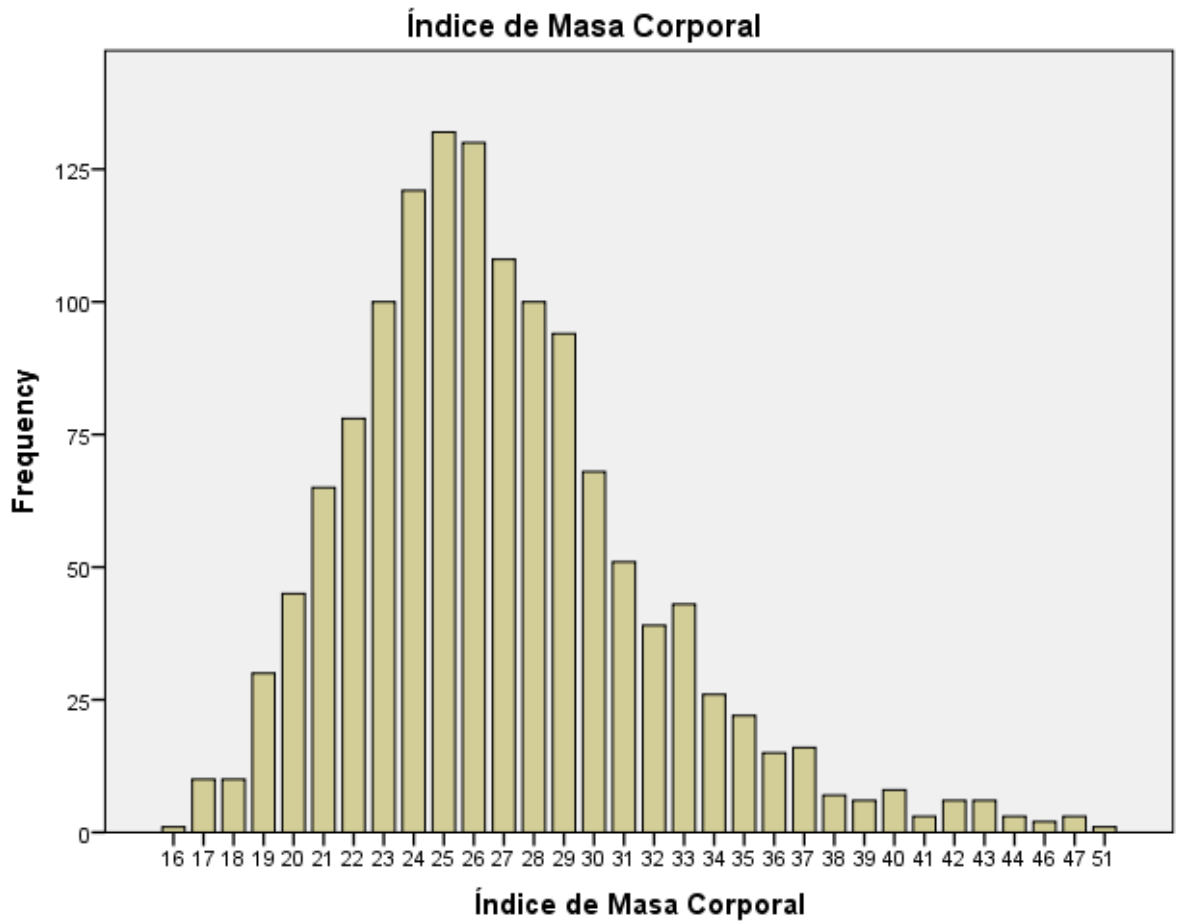
PROCEDIMIENTO (*): _____.

(*): se añadirá al de Enfermedad, sólo si la causa inicial de la IT es por la cirugía.



32.- Datos antropométricos

Peso _____ kg Altura __, __ m IMC _____



33.- En caso de enfermedades osteomioarticulares cómo es el dolor:

- Muy intenso* *Intenso* *Moderado* *Leve*

	FREC.	PORC.
MUY INTENSO	118	8,4
INTENSO	270	19,2
MODERADO	224	15,9
LEVE	58	4,1



34.- Por su profesión, ¿manipula frutas ó verduras?.

- Nunca* *A veces* *Habitualmente*

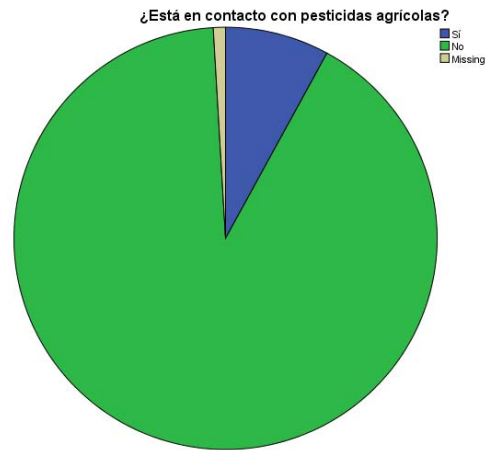
	FREC.	PORC.
NUNCA	1.148	81,6
A VECES	74	5,3
HABITUAL	180	12,8



35.- ¿ Está en contacto con pesticidas agrícolas?

- Sí No

	FREC.	PORC.
SI	112	8,0
NO	1.282	91,1



36.- Cerca de su domicilio existen cultivos de regadío

- Sí No

CUESTIONARIO TRAS SUPERACIÓN DE TIEMPO ESTÁNDAR

Nº de Referencia: _____

CP _____

Centro de Salud _____

Fecha inicial de baja ____/____/____

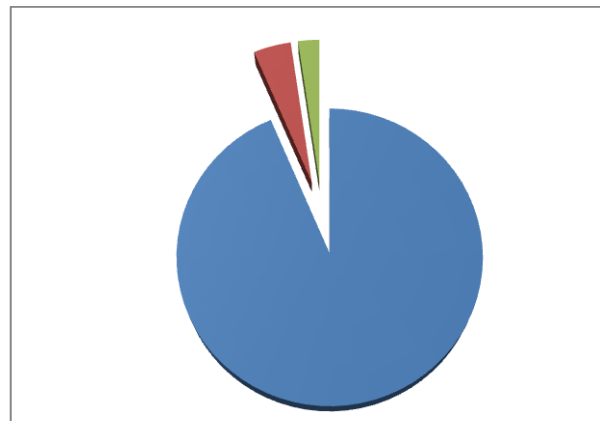
Fecha en que se pasa el cuestionario ____/____/____

1.- Diagnóstico:

El mismo. Cambio de diagnóstico. Enfermedad intercurrente.

Si existe cambio de diagnóstico, codificar ____ . ____

	FREC.	PORC.
EL MISMO	1092	93,3
CAMBIO DIAGNÓSTICO	48	4,1
ENFERMEDAD INTERCURREN	27	2,3

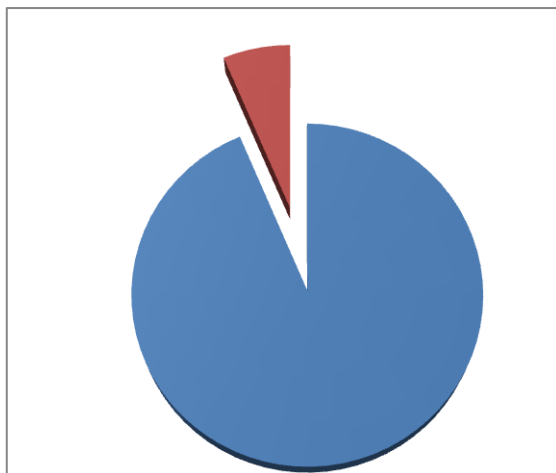


2. – El seguimiento actual del proceso lo realiza:

Su Médico de Atención Primaria

Un sustituto

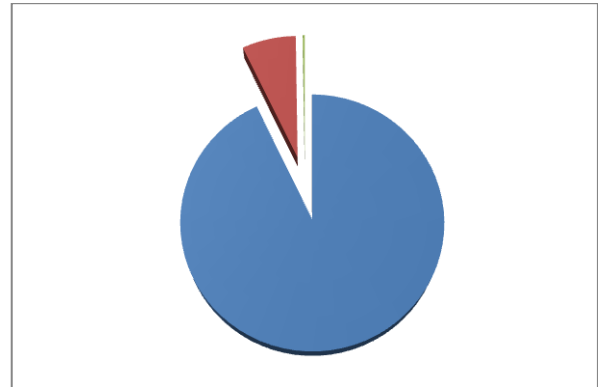
	FREC.	PORC.
SU MAP	1095	93,5
SUSTITUTO	75	6,4



3.- ¿Cada cuanto tiempo recoge los partes de baja?

- Cada semana Cada 2 semanas Cada 3 semanas Cada mes
- Más de un mes

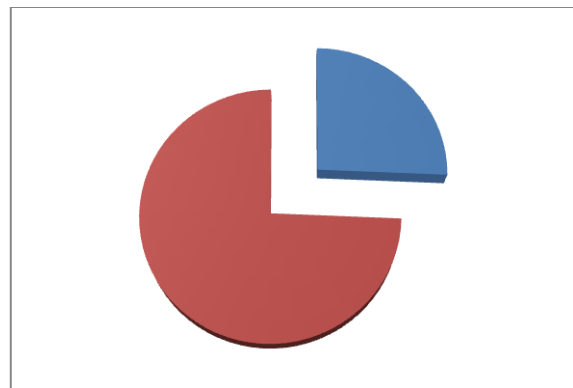
	FREC.	PORC.
CADA SEMANA	1088	92,9
CADA 2 SEMANAS	80	6,8
CADA 3 SEMANAS	3	0,3



4. - ¿Ha finalizado contrato actualmente?

- Si No

	FREC.	PORC.
SI	295	25,2
NO	855	73,0

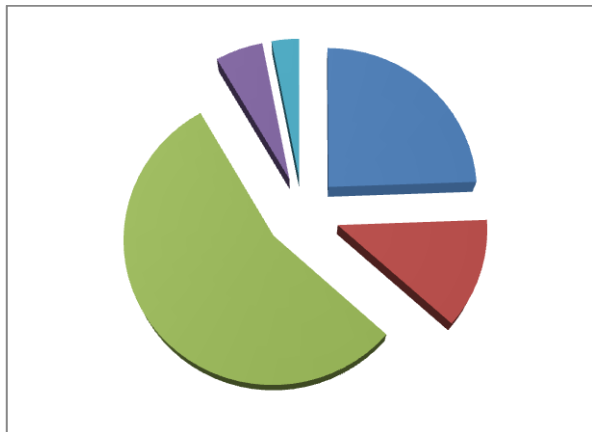


5.- Está pendiente de:

Prueba complementaria solicitada por:

MAP Inspección Asistencia especializada MATEPSS Médico de ámbito privado (incluye Cias. sanitarias y de seguros).

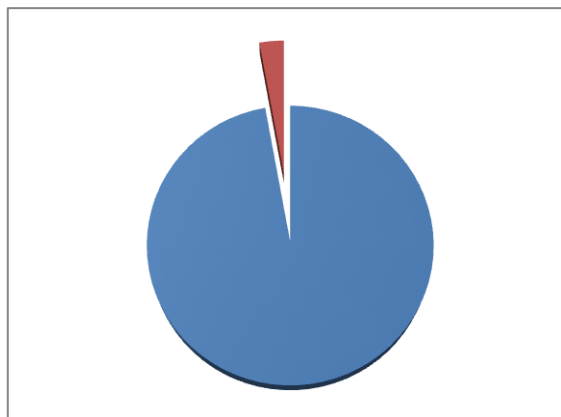
	FREC.	PORC.
MAP	32	2,7
INSPECCIÓN	16	1,4
ASISTENCIA ESPECIALIZADA	72	6,1
MATEPSS	7	0,6
MÉDICO PRIVADO	4	0,3



Lista de espera quirúrgica:

MATEPSS SAS Médico de ámbito privado (incluye Cias. sanitarias y de seguros).

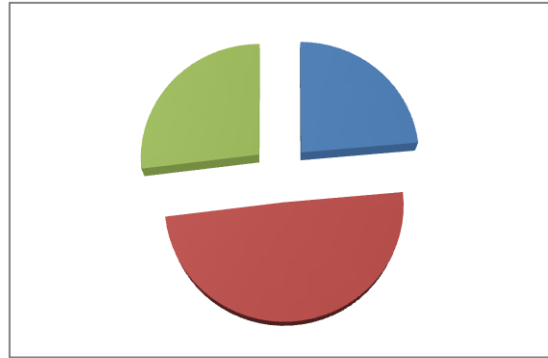
	FREC.	PORC.
SAS	34	2,9
MÉDICO PRIVADO	1	0,1



Rehabilitación:

□ MATEPSS □ SAS □ Médico de ámbito privado (incluye Cias. sanitarias y de seguros).

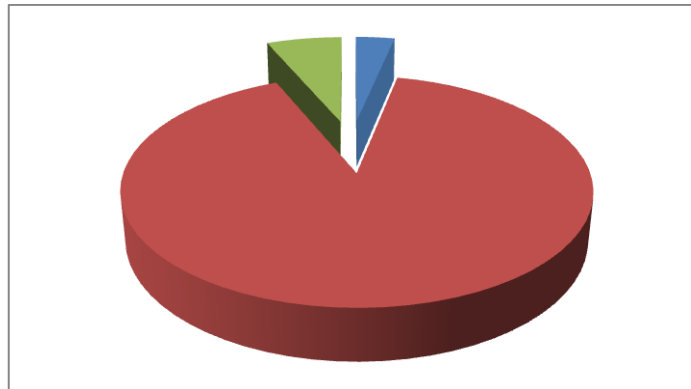
	FREC.	PORC.
MATEPSS	21	1,8
SAS	44	3,8
MÉDICO PRIVADO	24	2,0



Asistencia Especializada:

□ MATEPSS □ SAS □ Médico de ámbito privado (incluye Cias. sanitarias y de seguros).

	FREC.	PORC.
MATEPSS	17	1,5
SAS	466	39,8
MÉDICO PRIVADO	33	2,8



6.- Cuándo cree que volverá a trabajar:

Antes de un mes 2 meses 3 meses 6 meses 1 año
Nunca

	FREC.	PORC.
ANT. MES	456	38,9
2 MESES	170	14,5
3 MESES	66	5,6
6 MESES	130	11,1
1 AÑO	23	2,0
NUNCA	44	3,8



CUESTIONARIOS PARA EL SCREENING

CUESTIONARIO PARA SCREENING DE IT DE LARGA DURACIÓN EN MUJERES

1.- Edad _____ años

2.- Convivencia con personas dependientes:

- Si* *No*

3.- Tipo de enfermedad:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Infecciosas y parasitarias</i> | <input type="checkbox"/> <i>Neoplasias</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Enfermedades Endocrinas y de Nutrición</i> | <input type="checkbox"/> <i>Trastornos Mentales</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Enfermedades sistema nervioso</i> | <input type="checkbox"/> <i>Enfermedades del sistema circulatoro</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Enfermedades sistema respiratorio</i> | <input type="checkbox"/> <i>Enfermedades del sistema digestivo</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Enfermedades Genitourinarias</i> | <input type="checkbox"/> <i>Complicaciones de Embarazo, Parto...</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Enfermedades de la Piel</i> | <input type="checkbox"/> <i>Enfermedades Osteomioarticulares</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Signos y síntomas mal definidos</i> | <input type="checkbox"/> <i>Lesiones, Traumatismos...</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Otros</i> | |

4.- Cuándo cree que volverá a trabajar:

- Antes de un mes ó nunca* *Dos meses ó más*

'valoración del dolor

- Leve ó No contesta* *Moderado* *Intenso*

6.- Bajas anteriores de larga duración:

- Si* *No*

7.- Ocupación Principal:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Dirección y Administración de empresas</i> | <input type="checkbox"/> <i>Profesionales universitarios</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Técnicos Profesionales de Apoyo</i> | <input type="checkbox"/> <i>Administrativos</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Empleados de restauración, vendedores</i> | <input type="checkbox"/> <i>Trabajadores cualif. Agricultura y Pesca</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Trabajadores de la construcción, indust., artes</i> | <input type="checkbox"/> <i>Operadores de maquinaria</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Trabajadores no cualificados</i> | |

8.- Tiempo estándar del proceso que origina la IT

----- días

9.- Tipo de empresa:

- Privada Pública Otros

10.- Situación laboral

- Fijo Eventual

11.- Nº de horas/semana que trabaja:

- Más de 35 horas Menos de 35 horas

12.- Cómo duerme

- Bien Mal

TRAS SUPERACIÓN DE TE

13.- Está pendiente de pruebas complementarias, de rehabilitación ó de asistencia especializada

- Si No

14.- Cuándo cree que volverá a trabajar 2:

- Antes de un mes Más de dos meses

CUESTIONARIO PARA SCREENING DE IT DE LARGA DURACIÓN EN HOMBRES

1.- Edad ____ años

2.- **Convive en pareja**

- Sí No

3.- **Convivencia con personas dependientes:**

- Sí No

4.- **Tipo de enfermedad: (Según capítulo CIE)**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciosas y parasitarias | <input type="checkbox"/> Neoplasias |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Endocrinas y de Nutrición | <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades sistema nervioso | <input type="checkbox"/> Enfermedades del sist circulatorio |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades sistema respiratorio | <input type="checkbox"/> Enfermedades del sist digestivo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Osteomioarticulares | <input type="checkbox"/> Signos y síntomas mal definidos |
| <input type="checkbox"/> Lesiones, Traumatismos... | <input type="checkbox"/> Otros |

5.- **Cuándo cree que volverá a trabajar:**

- Antes de un mes Dos meses ó más

6.- **Tareas en casa percibidas como carga**

- Sí No

7.- **Trabajo percibido como carga**

- Sí No

8.- **Otras enfermedades crónicas:**

- Sí No

9.- **Ocupación Principal. (codificada mediante CNO-94):**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dirección y Administración de empresas | <input type="checkbox"/> Profesionales universitarios |
| <input type="checkbox"/> Técnicos Profesionales de Apoyo | <input type="checkbox"/> Administrativos |
| <input type="checkbox"/> Empleados de restauración, vendedores | <input type="checkbox"/> Trabajadores cualif. Agricu y Pesca |
| <input type="checkbox"/> Trabajadores de la construcción, indust., artes | <input type="checkbox"/> Operadores de maquinaria |
| <input type="checkbox"/> Trabajadores no cualificados | |

10.- Antigüedad en el puesto de trabajo

- Menor de un año* *Mayor de un año*

11.- Tiempo estándar del proceso que origina la IT

----- días

TRAS SUPERACIÓN DE TE

12.- Está pendiente de pruebas complementarias, de rehabilitación ó de asistencia especializada

- Sí* *No*

13.- Cuándo cree que volverá a trabajar 2:

- Antes de un mes* *En dos meses* *En tres meses*
 En 6 meses *En un año* *Nunca*