

# CUESTIONARIO NÓRDICO ESTANDARIZADO DE PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA UTILIZACIÓN DEL  
MÉTODO EN LOS AMBIENTES LABORALES

**CUESTIONARIO NÓRDICO ESTANDARIZADO DE  
PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS**

**AUTOR:**

Jaime Ibacache Araya  
Profesional Sección de Ergonomía  
Departamento Salud Ocupacional  
Instituto de Salud Pública de Chile

---

# CUESTIONARIO NÓRDICO ESTANDARIZADO DE PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

---

## I.- INTRODUCCIÓN

Los trastornos músculo esqueléticos tienen una alta prevalencia e incidencia, tanto en población general, como en el mundo del trabajo - en diversas actividades y rubros económicos - afectando no solo la salud y el bienestar de los trabajadores, sino que además, impactando la sostenibilidad de las empresas e instituciones, debido a la disminución en los niveles de productividad y aumento del ausentismo.

Los trastornos musculoesqueléticos (en adelante TME) se definen como una lesión física originada por trauma acumulado, que se desarrolla gradualmente sobre un periodo de tiempo, como resultado de repetidos esfuerzos sobre una parte específica del sistema músculo esquelético. También pueden generarse por un esfuerzo puntual que sobrepasa la resistencia fisiológica de los tejidos que componen el sistema músculo esquelético<sup>1</sup>. Estos van desde molestias leves y pasajeras hasta lesiones irreversibles. Su expresión es el resultado de la combinación de varios factores de riesgo, sin embargo, es más probable encontrarlos en aquellas actividades en donde se requiere de esfuerzos físicos, tales como, aplicación de fuerzas, posturas forzadas y/o mantenidas durante periodos prolongados, o trabajos de alta repetitividad. También son de importancia, entre otros, los factores organizacionales, los psicosociales y los factores individuales, tales como la edad, el sexo o la constitución física.

Para explicar la relación entre la aparición de TME y los factores de riesgo a los que se exponen los trabajadores, se han generado diversos métodos para identificarlos y evaluar su impacto en la salud. Siendo la aplicación de cuestionarios el medio más utilizado, debido a lo rápido, sencillo y económico que resulta para recopilar y registrar los datos necesarios.

A partir de la dificultad para comparar los resultados obtenidos con los distintos métodos de análisis y recolección de síntomas, el año 1987, Kuorinka y colaboradores, en conjunto con el denominado “grupo Nórdico” crean un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas musculoesqueléticos, el que, a partir de su creación, adoptó el nombre de “Cuestionario Nórdico”<sup>2</sup>.

A nivel internacional, el Cuestionario Nórdico es ampliamente utilizado en el contexto de la vigilancia de TME, existiendo diversos estudios que han demostrado su utilidad, principalmente en tres sectores: “actividades relacionadas con el tratamiento de la salud humana y las cuestiones sociales”, “industrias manufactureras” y en la “agricultura, ganadería, pesca y silvicultura”<sup>3</sup>.

El Cuestionario Nórdico, con el tiempo ha ido presentando adaptaciones, traducciones y validaciones en diversos países<sup>4, 5, 6, 7, 8, 9</sup>, determinando las propiedades psicométricas adecuadas para su uso. También se ha sugerido la inclusión de escalas numéricas para ayudar a determinar la severidad de los síntomas<sup>8</sup>. Es así como recientemente se ha publicado una validación del apartado general del cuestionario, para población laboral chilena, la que adiciona una escala numérica de dolor<sup>9</sup>.

En el contexto laboral nacional, el Cuestionario Nórdico es utilizado en el “Protocolo de Vigilancia para Trabajadores Expuestos a Factores de Riesgo de Trastornos Musculoesqueléticos de Extremidades Superiores Relacionados con el Trabajo”<sup>1</sup>, como parte del proceso de evaluación a la salud. Este instrumento, junto con otros cuestionarios (de funcionalidad y de percepción de salud), son pasos previos para

la evaluación médica que permita confirmar o descartar una patología de origen laboral. Además, se utiliza cada vez que lo indique el programa de vigilancia, hasta que la sintomatología o patología de extremidad superior remita.

## II.- DESARROLLO

El Cuestionario Nórdico concentra sus preguntas en los síntomas que se encuentran con mayor frecuencia en los trabajadores que están sometidos a exigencias físicas, especialmente aquellas de origen biomecánico. Su utilización debe tener en cuenta los propósitos con los que fue diseñado, los cuáles son:

### a) **Detección de trastornos musculoesqueléticos en un contexto de intervención ergonómica:**

La detección temprana de sintomatología musculoesquelética puede servir como herramienta de diagnóstico para analizar los factores de riesgo a los que se exponen los trabajadores. La localización de los síntomas puede ser expresión directa de los desajustes o incompatibilidades del usuario en la ejecución de su tarea, el diseño del puesto de trabajo, o el uso de herramientas, entre otros.

### b) **Atención en servicios de salud ocupacional o de prevención de riesgos:**

Su uso puede proporcionar medios para evaluar el resultado de los estudios epidemiológicos sobre los TME. Los profesionales de estos servicios pueden usar el cuestionario para múltiples propósitos, por ejemplo, para el análisis de la carga laboral, para el seguimiento de los efectos de las mejoras implementadas en los puestos de trabajo, e incluso para ayudar a determinar la evolución de la salud de un trabajador con un TME.

### **Estructura del cuestionario**

Las preguntas son de elección múltiple y puede ser aplicado en alguna de las siguientes formas:

- De manera auto-administrada, es decir, contestado por la propia persona encuestada, sin la presencia de un encuestador.
- Aplicado por un encuestador, como parte de una entrevista.

La versión original, incluye un **cuestionario general** y tres **cuestionarios específicos**, que se centran en la parte baja de la espalda, el cuello y los hombros.

El propósito del **cuestionario general** es la detección simple, a partir de la percepción del encuestado, debido a la presencia de dolor, molestias o discomfort y el impacto funcional de éstos; mientras que los **cuestionarios específicos** permiten un análisis más profundo respecto al impacto laboral de dichas molestias.

#### **1) Cuestionario general**, constituido por dos secciones:

- a) La **primera sección**, debe ser completada con datos generales, acerca de la fecha en la cual se realiza el cuestionario, el sexo, el año de nacimiento, el peso, la talla, el tiempo que lleva realizando la actividad y el promedio de horas que trabaja en la semana.

En esta etapa, la pregunta principal es: **¿En algún momento durante los últimos 12 meses, ha tenido problemas (dolor, molestias, discomfort)?**; luego hay un grupo de preguntas de elección obligatoria que identifican las áreas del cuerpo donde se presentan los síntomas; esta sección cuenta con un mapa del cuerpo, que identifica nueve sitios anatómicos donde pueden ubicarse los síntomas: cuello, hombros, la parte superior de la espalda, codos, la parte inferior de la espalda, muñeca y manos, caderas, muslos, rodillas y por último, tobillos y pies (ver figura N°1).

**Figura N° 1:**

*Cuestionario general de la primera sección, con mapa del cuerpo humano visto por posterior, dividido en 9 regiones anatómicas, que permite orientar las zonas de molestia, dolor o discomfort*

CUESTIONARIO ACERCA DE PROBLEMAS EN LOS ORGANOS DE LA LOCOMOCIÓN	
Fecha consulta: _____	Sexo: F ___ M ___ Año nacimiento: _____ Peso: _____ Talla: _____
¿Cuánto tiempo lleva realizando el mismo tipo de trabajo? Años: _____ Meses: _____	
En promedio, ¿cuántas horas a la semana trabaja? Horas: _____	
PROBLEMAS EN EL APARATO LOCOMOTOR	
Para ser respondido por todos	
¿En algún momento durante los últimos 12 meses, ha tenido problemas (dolor, molestias, discomfort) en:	
Cuello	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Hombro	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/>
Codo	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/>
Muñeca	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/>
Espalda alta (región dorsal)	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Espalda baja (región lumbar)	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Una o ambas caderas / piernas	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Una o ambas rodillas	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Uno o ambos tobillos / pies	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>

- b) La **segunda sección** contiene preguntas relacionadas sobre el impacto funcional de los síntomas reportados anteriormente, al que se debe acceder, **solo si se ha respondido afirmativamente a la pregunta de la primera sección**, respecto a la presencia de dolor, molestia, discomfort en algún momento durante los últimos 12 meses (ver figura N° 2).

En caso de que se responda afirmativamente a la pregunta de la primera sección, ¿En algún momento durante los últimos 12 meses, ha tenido problemas (dolor, molestias, discomfort)?, entonces, se debe responder las siguientes preguntas:

- ¿En algún momento durante los últimos 12 meses ha tenido impedimento para hacer su trabajo normal (en casa o fuera de casa) debido a sus molestias?
- ¿Ha tenido problemas en cualquier momento de estos últimos 7 días?

**Figura N° 2:**

*Cuestionario general, segunda sección*

PROBLEMAS EN EL APARATO LOCOMOTOR	
Para ser respondido solo por aquellos que han presentado problemas durante los últimos 12 meses	
¿En algún momento durante los últimos 12 meses ha tenido impedimento para hacer su trabajo normal (en casa o fuera de casa) debido a sus molestias?	¿Ha tenido problemas en cualquier momento de estos últimos 7 días?
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>

**2) Cuestionarios específicos:**

Son tres cuestionarios y cada uno abarca un segmento distinto (espalda baja, cuello y hombros), en los que se profundiza respecto a los síntomas, su impacto funcional, si ha sido necesario cambiar de tarea y si ha requerido de la asistencia de un profesional de la salud debido a sus molestias. En la figura N° 3, a modo de ejemplo, se visualiza el apartado específico de columna lumbar (espalda baja).

**Figura N° 3:**

Cuestionario específico acerca de problemas en columna lumbar (espalda baja)

<b>PROBLEMAS EN LA COLUMNA LUMBAR (Espalda baja)</b>	
1. ¿Alguna vez ha tenido problemas en la parte baja de la espalda (molestias, dolor o discomfort)?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Si respondió <b>"NO"</b> a la pregunta 1, entonces <b>NO</b> responda las preguntas 2 a la 8	
2. ¿Ha sido hospitalizado por problemas en la parte baja de la espalda?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido que cambiar de trabajo o deberes debido a problemas en la espalda baja?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
4. ¿Cuál es el tiempo total que ha tenido problemas en la espalda baja durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> Más de 30 días <input type="checkbox"/> Todos los días
Si usted respondió <b>"0 días"</b> en la pregunta 4, entonces <b>NO</b> responda las preguntas 5 a la 8	
5. ¿Los problemas de la parte baja de la espalda le han hecho reducir su actividad durante los últimos 12 meses? a) ¿Actividad laboral (en casa o fuera de casa)? b) ¿Actividad de ocio?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
6. ¿Cuál es el tiempo total que los problemas de espalda baja le han impedido hacer su trabajo normal (en casa o fuera de casa) durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> Más de 30 días
7. ¿Ha sido atendido por un médico, fisioterapeuta u otra persona por problemas en la parte baja de la espalda durante los últimos 12 meses?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido problemas de espalda baja en algún momento durante los últimos 7 días?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>

NOTA: Para ver en detalle, en anexo se presenta el Cuestionario Nórdico, traducido por la Sección de Ergonomía del Departamento de Salud Ocupacional del Instituto de Salud Pública de Chile, directamente de la publicación original "Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms" de Kuorinka et col2.

## Ventajas y limitaciones del Cuestionario Nórdico

Como toda herramienta, el cuestionario presenta ventajas y limitaciones, sin embargo, se debe destacar la importancia que posee como instrumento de pesquisa precoz y por lo tanto posee un aspecto preventivo o anticipatorio de gran valor y utilidad.

También pueden existir ciertas características de algunas versiones del cuestionario, que no sean entendidas directamente como ventajas o limitantes. Es el caso de la incorporación de diversas escalas de severidad, entre las cuales está la recomendada por investigadores brasileños<sup>8</sup>, con valores que van de 0 a 4, en donde el valor más bajo "0", representa la ausencia total de síntomas y el valor más alto "4", representa la presencia de síntomas los últimos 12 meses, los últimos 7 días y la existencia de un impacto funcional que le impida realizar su trabajo; mientras que la planteada por investigadores chilenos<sup>9</sup>, sugiere la incorporación de una escala numérica de dolor, con valores que van de 0 a 10. Sin embargo, en el caso de usarse como herramienta preventiva de "screening", la escala de dolor puede llegar a estratificar, pero no puede asegurar que puntuaciones inferiores, sean a su vez, expresión de trabajadores expuestos a niveles de riesgo menores para generar o agravar un TME. Lo que podría dejar fuera de las potenciales intervenciones preventivas, a quienes declaren su percepción de dolor con valores bajos, pero que puedan estar sometidos a niveles de riesgo significantes para el aparato musculoesquelético.

### Ventajas:

- Permite estandarizar la pesquisa de sintomatología musculoesquelética.
- Es simple de aplicar.
- Genera una identificación rápida de los síntomas musculoesqueléticos.
- Es aplicable en grandes poblaciones.
- Utilizado y validado a nivel mundial.
- Posibilidad de autoevaluación.
- Su uso permanente, permite orientar la evolución en el tiempo de la salud musculoesquelética de poblaciones laborales específicas.
- Permite realizar un seguimiento y validar el impacto de las mejoras en el entorno laboral.
- Permite complementarlo con otros métodos de evaluación de riesgos para el aparato musculoesquelético, tales como RULA, REBA, OWAS, JSI, entre otros.

### Limitaciones:

- Al ser un cuestionario que se basa exclusivamente en la percepción del entrevistado, existe dificultad para determinar la veracidad de las respuestas.
- La experiencia de las personas que completan el cuestionario puede afectar los resultados. Por lo que siempre es necesario conocerlo en detalle, sea que se ejecute de forma auto administrada o por un encuestador.
- La modalidad auto administrada puede verse afectada por los niveles de instrucción y educación de la persona que responde.
- El entorno y la situación al momento de responder el cuestionario, también pueden afectar los resultados. Por ejemplo, la exposición a altitud, temperaturas extremas u otras, puede ser un factor confusor que altere la percepción del encuestado.



- Los trabajadores con patología concomitante pueden sobredimensionar la sintomatología músculo esquelética potencialmente relacionada al trabajo.
- Los trastornos musculoesqueléticos recientes y más graves son más propensos a ser recordados que los más antiguos y los menos graves.
- Desde el punto de vista epidemiológico, el cuestionario es aplicable para estudios de tipo transversal, con todas las limitantes propias de este tipo de estudios.
- El cuestionario no está diseñado para proporcionar una base para el diagnóstico clínico, debido a que presenta una cantidad importante de falsos positivos.
- Dificultad de aplicación en países no angloparlantes (por errores de traducción, interpretación y / o validación)
- Los cuestionarios específicos se limitan solo a tres áreas del cuerpo (zona lumbar, cuello y hombros).

## USO DEL CUESTIONARIO NÓRDICO EN AMBIENTES LABORALES:

1.- **Antes de utilizarlo** se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Conocer adecuadamente el instrumento, por lo que se requiere de un proceso de capacitación, tanto para el aplicador como para el trabajador, especialmente cuando es realizado de manera auto administrada.
- Procurar siempre mantener la privacidad de los trabajadores y garantizar la confidencialidad de los datos personales.
- Generar un consentimiento informado, que explicita lo que se va a hacer con los datos recolectados y quién tendrá acceso a ellos.
- Realizar una observación acuciosa de las actividades realizadas por el o los trabajadores que serán sujeto de evaluación, considerando el tiempo necesario para conocerlas y caracterizarlas adecuadamente. Esto es básico antes de utilizar el cuestionario, ya que permitirá entender de mejor manera la relación entre las condiciones de trabajo, los factores de riesgo y la percepción de síntomas reportados por los trabajadores.
- Luego de la observación, es necesario seleccionar y describir las tareas que demanden algún esfuerzo físico. La existencia de situaciones tales como: trabajo repetitivo de extremidades superiores; levantamiento/descenso y/o transporte manual de cargas o personas; posturas mantenidas/forzadas de cualquier segmento corporal; reportes de molestias y/o disconfort, deben ser especialmente consideradas.

2.- **Al momento de utilizarlo** se debe:

- Informar a él o los trabajadores cual es el objetivo de medir su percepción respecto a molestias del aparato músculo esquelético, explicando claramente el significado de cada uno de los ítems y destacando que no hay respuestas correctas o incorrectas.
- Si la evaluación está asociada a la calificación de enfermedades, implementación de normativa o aplicación de guías, se debe explicar al trabajador y cumplir todas las especificaciones contenidas en dichos instrumentos.

- Evitar que los trabajadores confundan sus síntomas musculoesqueléticos con cansancio o fatiga por la jornada laboral, pidiéndoles que se concentren en la sensación de dolor, molestia o discomfort durante la ejecución de sus tareas, sean estas recientes o de larga data.
- Mostrar a los trabajadores un ejemplar impreso en donde se muestre la imagen del cuerpo humano, con sus zonas corporales bien definidas, para así ayudar a determinar el segmento o área con molestias. (incluido en la figura N° 1)
- Registrar a lo menos, la información del puesto de trabajo, las tareas u operaciones que se realizan y la identificación general del o los trabajadores evaluados (sexo, edad, tiempo de exposición a la tarea evaluada).
- Responder todas las preguntas poniendo una cruz en la casilla correspondiente: una cruz para cada pregunta, incluso si nunca ha tenido molestias en alguna parte de su cuerpo.

### III.- CONCLUSIÓN

El cuestionario Nórdico es una herramienta que debiera ser más utilizada y difundida en el contexto de la Salud Ocupacional, especialmente para detectar sintomatología musculoesquelética de forma prematura, antes de que se expresen enfermedades profesionales, dado su carácter eminentemente preventivo.

Una de las limitaciones de los cuestionarios específicos es la inclusión de solo tres segmentos (columna lumbar, cuello y hombros), por lo que se requiere explorar la posibilidad de incluir otros, como por ejemplo los miembros inferiores o el segmento distal de los miembros superiores.

A pesar de que la versión original del Cuestionario Nórdico no incluye una valoración jerárquica de los síntomas, con el tiempo, algunas adaptaciones han incluido una escala de severidad, lo que puede ser recomendado para orientar la gravedad de los síntomas. Sin embargo, se debe tener especial cuidado al momento de sesgar los bajos puntajes, dado que podrían quedar sin la posibilidad de ser incorporados a la gestión preventiva.

A la hora de realizar intervenciones preventivas para ayudar a controlar los riesgos para TME, se debe tener en vista el indispensable complemento que puedan generar otros métodos de evaluación de riesgo, los exámenes clínicos y la compresión integral de la situación de trabajo.

Lo anteriormente mencionado, plantea desafíos, no solo para estimular su uso, sino que para realizar las modificaciones y adaptaciones validadas a la población chilena, que permitan ir mejorando de forma continua el Cuestionario Nórdico.

#### IV.- BIBLIOGRAFIA

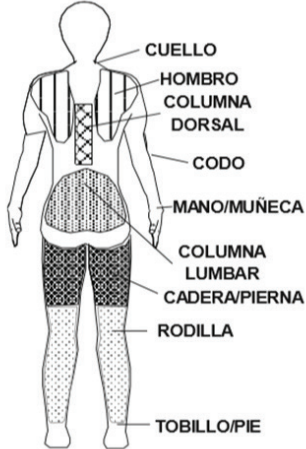
1. Protocolos de Vigilancia para Trabajadores Expuestos a Factores de Riesgo de Trastornos Muscu- loesqueléticos de Extremidades Superiores Relacionados con el Trabajo. División de Políticas Públi- cas Saludables y Promoción Departamento de Salud Ocupacional. Santiago-Chile 2012. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/dbd6275dd3c8a29de040010164011886.pdf>
2. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G, et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon.* 1987;18(3):233–7
3. López-Aragón L, Remedios López-Liria R, Callejón-Ferre AJ, Gómez-Galán M. Applications of the Standardized Nordic Questionnaire: A Review. *Sustainability* August 2017. DOI: 10.3390/su9091514
4. Kahraman, T.; Genc, A.; Goz, E. The Nordic Musculoskeletal Questionnaire: Cross-cultural adaptation into Turkish assessing its psychometric properties. *Disabil. Rehabil.* 2016, 38, 2153–2160.
5. De Barros, E.N.; Alexandre, N.M.C. Cross-cultural adaptation of the Nordic Musculoskeletal question- naire. *Int. Nurs. Rev.* 2003, 50, 101–108.
6. Antonopoulou, M.; Ekdahl, C.; Sgantzos, M.; Antonakis, N.; Lionis, C. Translation and standardisation into Greek of the standardised general Nordic questionnaire for the musculoskeletal symptoms. *Eur. J.Gen. Pract.* 2004, 10, 33–34.
7. Gobba, F.; Ghersi, R.; Martinelli, S.; Richeldi, A.; Clerici, P.; Grazioli, P. Italian translation and validation of the Nordic IRSST standardized questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Med. Lav.* 2008, 99, 424–443.
8. Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV de. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomus- culares como medida de morbidade. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.36, n.3, pp.307-312. ISSN 0034-8910. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000300008>.
9. Martinez M., Alvarado R. Validation of the Nordic Standardized Questionnaire of Musculoskeletal Symptoms for the Chilean Working Population, Including a Pain Scale. *Revista de Salud Pública,* (XXI) 2:41-51. 2017. Chile

## ANEXO: CUESTIONARIO NÓRDICO

Traducido directamente de la publicación original "Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms" de Kuorinka et col, por Jaime Ibacache Araya, Profesional Ergónomo del Instituto de Salud Pública de Chile.

### CUESTIONARIO GENERAL

CUESTIONARIO ACERCA DE PROBLEMAS EN LOS ORGANOS DE LA LOCOMOCIÓN				
Fecha consulta: _____	Sexo: F___ M___	Año nacimiento: _____	Peso: _____	Talla: _____
¿Cuánto tiempo lleva realizando el mismo tipo de trabajo? Años: _____ Meses: _____				
En promedio, ¿cuántas horas a la semana trabaja? Horas: _____				
PROBLEMAS EN EL APARATO LOCOMOTOR				
Para ser respondido por todos				
¿En algún momento durante los últimos 12 meses, ha tenido problemas (dolor, molestias, disconfort) en:				
Cuello	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		
Hombro	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Izq. <input type="checkbox"/>	Der. <input type="checkbox"/>
Codo	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Izq. <input type="checkbox"/>	Der. <input type="checkbox"/>
Muñeca	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Izq. <input type="checkbox"/>	Der. <input type="checkbox"/>
Espalda alta (región dorsal)	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		
Espalda baja (región lumbar)	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		
Una o ambas caderas / piernas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		
Una o ambas rodillas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		
Uno o ambos tobillos / pies	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		



PROBLEMAS EN EL APARATO LOCOMOTOR			
Para ser respondido solo por aquellos que han presentado problemas durante los últimos 12 meses			
¿En algún momento durante los últimos 12 meses ha tenido impedimento para hacer su trabajo normal (en casa o fuera de casa) debido a sus molestias?		¿Ha tenido problemas en cualquier momento de estos últimos 7 días?	
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

## CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS

CUESTIONARIO ACERCA DE PROBLEMAS EN COLUMNA LUMBAR (espalda baja)				
Fecha consulta: _____	Sexo: F___ M___	Año nacimiento: _____	Peso: _____	Talla: _____
¿Cuánto tiempo lleva realizando el mismo tipo de trabajo? Años: _____ Meses: _____				
En promedio, ¿cuántas horas a la semana trabaja? Horas: _____				

COLUMNA LUMBAR (Espalda baja)	
1. ¿Alguna vez ha tenido problemas en la parte baja de la espalda (molestias, dolor o discomfort)?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Si respondió <b>“NO”</b> a la pregunta 1, entonces <b>NO</b> responda las preguntas 2 a la 8	
2. ¿Ha sido hospitalizado por problemas en la parte baja de la espalda?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido que cambiar de trabajo o deberes debido a problemas en la espalda baja?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
4. ¿Cuál es el tiempo total que ha tenido problemas en la espalda baja durante los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> Más de 30 días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>
Si usted respondió <b>“0 días”</b> en la pregunta 4, entonces <b>NO</b> responda las preguntas 5 a la 8	
5. ¿Los problemas de la parte baja de la espalda le han hecho reducir su actividad durante los últimos 12 meses?  a) ¿Actividad laboral (en casa o fuera de casa)? b) ¿Actividad de ocio?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
6. ¿Cuál es el tiempo total que los problemas de espalda baja le han impedido hacer su trabajo normal (en casa o fuera de casa) durante los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> Más de 30 días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha sido atendido por un médico, fisioterapeuta, u otra persona por problemas en la parte baja de la espalda durante los últimos 12 meses?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido problemas de espalda baja en algún momento durante los últimos 7 días?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO ACERCA DE PROBLEMAS EN CUELLO Y HOMBROS				
Fecha consulta: _____	Sexo: F ___ M ___	Año nacimiento: _____	Peso: _____	Talla: _____
¿Cuánto tiempo lleva realizando el mismo tipo de trabajo? Años: _____ Meses: _____				
En promedio, ¿cuántas horas a la semana trabaja? Horas: _____				

CUELLO	
1. ¿Alguna vez ha tenido problemas en la parte baja de la espalda (molestias, dolor o discomfort)?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Si respondió <b>"NO"</b> a la pregunta 1, entonces <b>NO</b> responda las preguntas 2 a la 8	
2. ¿Ha sido hospitalizado por problemas en la parte baja de la espalda?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido que cambiar de trabajo o deberes debido a problemas en la espalda baja?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
4. ¿Cuál es el tiempo total que ha tenido problemas en la espalda baja durante los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> Más de 30 días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>
Si usted respondió <b>"0 días"</b> en la pregunta 4, entonces <b>NO</b> responda las preguntas 5 a la 8	
5. ¿Los problemas de la parte baja de la espalda le han hecho reducir su actividad durante los últimos 12 meses? a) ¿Actividad laboral (en casa o fuera de casa)? b) ¿Actividad de ocio?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
6. ¿Cuál es el tiempo total que los problemas de espalda baja le han impedido hacer su trabajo normal (en casa o fuera de casa) durante los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> Más de 30 días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha sido atendido por un médico, fisioterapeuta, u otra persona por problemas en la parte baja de la espalda durante los últimos 12 meses?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido problemas de espalda baja en algún momento durante los últimos 7 días?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>

<b>HOMBROS</b>	
1. ¿Alguna vez ha tenido problemas en la parte baja de la espalda (molestias, dolor o discomfort)?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Si respondió <b>"NO"</b> a la pregunta 1, entonces <b>NO</b> responda las preguntas 2 a la 8	
2. ¿Ha sido hospitalizado por problemas en la parte baja de la espalda?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido que cambiar de trabajo o deberes debido a problemas en la espalda baja?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
4. ¿Cuál es el tiempo total que ha tenido problemas en la espalda baja durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> Más de 30 días <input type="checkbox"/> Todos los días
Si usted respondió <b>"0 días"</b> en la pregunta 4, entonces <b>NO</b> responda las preguntas 5 a la 8	
5. ¿Los problemas de la parte baja de la espalda le han hecho reducir su actividad durante los últimos 12 meses? a) ¿Actividad laboral (en casa o fuera de casa)? b) ¿Actividad de ocio?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
6. ¿Cuál es el tiempo total que los problemas de espalda baja le han impedido hacer su trabajo normal (en casa o fuera de casa) durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> Más de 30 días <input type="checkbox"/> Todos los días
7. ¿Ha sido atendido por un médico, fisioterapeuta, u otra persona por problemas en la parte baja de la espalda durante los últimos 12 meses?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido problemas de espalda baja en algún momento durante los últimos 7 días?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>