## 11.2 Encuesta

**Encuesta para empleados de la mina**

**Trabajo de grado sobre efectos en la salud ambiental por minería del oro en la Vereda Minas del vapor del Municipio de Puerto Berrio- Antioquia 2020.**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad del empleado: \_\_\_\_\_\_\_ años

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Marque con una X**

**Aspectos personales**

* + - 1. ¿Con quienes convive?

\_\_\_\_Esposa\_\_\_\_Hijos\_\_\_\_Padres\_\_\_\_Hermanos\_\_\_\_\_Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuántas personas viven en la misma casa?

\_\_\_\_ 1 y 2 \_\_\_\_ 3 y 4 \_\_\_\_ 5 y 6 \_\_\_ 7 y 8 \_\_\_\_ 9 y 10

1. ¿Cuántas comidas ingieres al día?

\_\_\_\_ 1 a 2 \_\_\_\_ 3 a 4 \_\_\_\_ 5 a 6 \_\_\_\_ Ninguna

1. ¿Qué tan seguido consume bebidas alcohólicas?

\_\_\_ Diario \_\_\_1 vez a la semana \_\_\_\_ De 2 a 4 veces por semana \_\_\_ Nunca

1. ¿Cómo ha estado de salud en el último mes?

\_\_\_ Muy bien \_\_\_ Bien \_\_\_ Regular \_\_\_\_ Mal

1. ¿Con qué frecuencia visita al médico?

\_\_\_ Entre 1 y 2 veces al mes \_\_\_ Cuando lo requiere (enfermo) \_\_\_ Por controles médicos \_\_\_ Casi nunca \_\_\_ Nunca

1. ¿Qué síntomas ha presentado en los últimos meses?

\_\_\_ Dolor de cabeza \_\_\_ Mareos \_\_\_ Fatiga \_\_\_ Náuseas \_\_\_ Malestar general

**Aspectos laborales**

1. ¿Cuántas horas trabaja al día?

\_\_\_ Entre 4 y 6 horas \_\_\_ Entre 6 y 8 horas \_\_\_ Entre 8 y 10 horas

1. ¿Qué elementos utiliza en el desarrollo de su trabajo?

\_\_\_ Gafas \_\_\_ Guantes \_\_\_ Tapabocas \_\_\_ Uniforme \_\_\_ Casco \_\_\_ Botas

\_\_\_ Protectores auditivos \_\_\_ Todos

1. ¿Con qué frecuencia utiliza los elementos de protección personal?

\_\_\_ Siempre \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Casi nunca \_\_\_ Nunca

1. ¿Qué productos químicos utiliza en su labor?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. ¿Ha recibido ayuda (Talleres, Asesorías, Brigadas) por parte de alguna institución en cuanto al manejo de maquinaria, productos químicos o EPP, utilizados para desempeñar su actividad laboral?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

13. ¿Se encuentra afiliado a algún programa o institución que se ocupe de brindar asesorías?

\_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Aspectos socioeconómicos**

14. ¿Nivel de escolaridad?

\_\_\_ Básica primaria \_\_\_ Básica Secundaria \_\_\_ Técnica \_\_\_ Tecnológica \_\_\_ Profesional

15. Estrato socioeconómico

 \_\_\_1\_\_\_ 2 \_\_\_ 3

16. Los ingresos familiares en su hogar son:

\_\_\_ Menores a un SMLV \_\_\_1 SMMLV \_\_\_ De 2 a 3 SMMLV \_\_\_ De 3 a 4 SMMLV \_\_\_ Ninguno

17. ¿Ha sido víctima de desplazamiento?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

**Aspectos ambientales**

18 ¿Hacen vertimientos líquidos?

 \_\_\_ Si \_\_\_ No

19 ¿Se realiza tratamiento a las aguas antes de ser vertidas?

 \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

20 ¿Los vertimientos son sobre las fuentes hídricas?

\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

21 ¿Se realiza separación de residuos sólidos en las minas?

\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

22 ¿Se realiza algún tipo de desintoxicación a los residuos antes de su disposición final?

\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

23 ¿Cuentan con recolección especial de residuos sólidos?

\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

**Aspectos morbilidad sentida**

24. Tiempo de antigüedad en el cargo que desempeña

De 6 meses a 1 año \_\_\_\_ De 1 a 5 años \_\_\_\_ De 5 a 10 años \_\_\_\_ Más de 10 años \_\_\_\_

25. ¿Ha presentado síntomas de enrojecimiento, irritación o reacciones alérgicas en la piel?

Sí\_\_\_\_      No\_\_\_\_

26. ¿Ha presentado síntomas de enrojecimiento, irritación o reacciones alérgicas en los ojos?

Sí\_\_\_\_      No\_\_\_\_

27. ¿Realiza con frecuencia manipulación de cargas dentro de sus funciones laborales?

Siempre \_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_ Casi nunca \_\_\_\_

28. ¿Ha tenido algún dolor osteomuscular en los últimos seis meses que le impidan realizar su trabajo?

Sí\_\_\_\_     No\_\_\_\_

29 Si su respuesta es sí, especificar en donde:

Cuello\_\_\_\_                  Hombro\_\_\_\_ Espalda \_\_\_\_ Cadera-muslos \_\_\_\_

Codo-antebrazo \_\_\_\_ Mano-muñeca \_\_\_\_   Rodillas \_\_\_\_ Tobillos \_\_\_\_

30. ¿Ha tenido accidentes de trabajo?

Sí \_\_\_\_     No \_\_\_\_

31. ¿Ha presentado ausencia visual, olfativa y auditiva en su trabajo?

Sí \_\_\_\_      No \_\_\_\_

32. ¿Frecuencia de exposición a tóxicos en el aire?

Siempre\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Nunca\_\_\_

33. Exposición al ruido

No expuesto\_\_\_ Menos de 8 horas\_\_\_ 8 horas o más de 8 horas\_\_\_\_

34 ¿Ha presentado dolores abdominales y diarreas?

Sí \_\_\_\_      No \_\_\_\_

35. ¿Con qué frecuencia presenta dolores abdominales y diarreas?

Una vez a la semana \_\_\_ Dos veces a la semana \_\_\_Casi nunca \_\_\_\_Nunca \_\_\_\_