

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN  
CAMPUS LOS ÁNGELES  
ESCUELA DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍA VEGETAL



**INCIDENCIA DEL APOYO SOCIAL Y AUTOESTIMA EN  
EL AUTOCUIDADO, CONSUMO DE ALCOHOL, SALUD Y  
ACCIDENTABILIDAD EN UN ASERRADERO DE LA  
PROVINCIA DEL BIOBÍO**

**Profesor Guía:** Gabriela Bahamondes Valenzuela

Psicóloga Organizacional

**SEMINARIO DE TITULACIÓN PARA  
OPTAR A TÍTULO DE INGENIERO EN  
PREVENCIÓN DE RIESGOS.**

**HÉCTOR ALBERTO AGUILERA CARRASCO**

Los Ángeles – Chile 2018

**INCIDENCIA DEL APOYO SOCIAL Y AUTOESTIMA EN  
EL AUTOCUIDADO, CONSUMO DE ALCOHOL, SALUD Y  
ACCIDENTABILIDAD EN UN ASERRADERO DE LA  
PROVINCIA DEL BIOBÍO**

**Profesor Guía**

---

**Gabriela Bahamondes Valenzuela**

**Psicóloga Organizacional**

**Magíster en Desarrollo Organizacional**

**Jefe de carrera**

---

**Juan Patricio Sandoval Urrea**

**Profesor Asistente**

**Ingeniero en Ejecución Forestal**

**Magíster en Ergonomía**

**Director de Departamento**

---

**Pablo Novoa Barra**

**Profesor Asistente**

**Ingeniero de Ejecución Forestal**

**Magíster en Ciencias Forestales**

**Magíster en Ergonomía**

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar deseo agradecer a Dios, por todo lo bueno que me ha pasado en la vida, y por darme fuerzas para afrontar los momentos difíciles, tanto en la vida como en estos cinco años de universidad.

También quiero agradecer a mis padres Nivaldo y Sandra, por sus valores, confianza, apoyo y amor que me han brindado siempre. Me han dado todo en esta vida, y sin ellos no sería la persona que hoy soy. Agradezco además a mi hermana Camila, por estar siempre a mi lado y por dar felicidad a mis días con su carismática forma de ser. Agradezco a mis abuelos Benjamín, Nancy, Nivaldo y Elodina, a mis tíos/as, primos/as que me han acompañado y apoyado siempre durante mi niñez y vida universitaria. Todos han aportado su granito de arena para que esta investigación fuera posible, y por su amor incondicional, gracias.

De igual forma agradezco a mis compañeros de universidad con los que alguna vez compartí o trabajé, especialmente a mis amigos Francisco, Omar, Sergio, Teresa, Fernanda y Lorena. Gracias por hacer de la universidad una experiencia inolvidable, les deseo la mejor suerte en sus vidas.

También debo agradecer a mi profesora guía Gabriela Bahamondes, por aceptarme como su alumno y siempre dar lo mejor de ella para que este proyecto fuera posible. Gracias por creer en mí, por ayudarme a crecer como profesional, y por su dedicación y amabilidad.

Por último y no menos importante, agradezco a los señores Edinson, Rodrigo, y Julio y a todos los trabajadores de Andres Pirazzoli y Cia. Ltda. de la planta CMPC Mulchén que participaron en esta investigación. Gracias por su tiempo y disposición para responder las encuestas. Sin su ayuda, este proyecto no se hubiera llevado a cabo.

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
<b>I. RESUMEN</b> .....	8
<b>II. INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>III. MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	14
3.1 Muestra .....	14
3.2 Variables de estudio e instrumentos de medición.....	14
3.3 Análisis estadístico.....	17
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	18
4.1 Caracterización socio-demográfica, laboral y de salud de los participantes.....	18
4.2 Evaluación del apoyo social.....	21
4.3 Escala de autoestima de Rosenberg.....	22
4.4 Evaluación de autocuidado .....	23
4.5 Test de identificación de trastornos debido al consumo de alcohol (AUDIT).....	24
4.6 Cuestionario de salud SF-12.....	25
4.7 Accidentabilidad.....	26
4.8 Relación entre variables sociodemográficas, laborales y de salud con autoestima y apoyo social .....	27
4.9 Relación entre variables sociodemográficas, laborales y de salud con autocuidado, consumo de alcohol y salud general.....	28
4.10 Relación entre apoyo social con el autocuidado, consumo de alcohol, salud general y accidentabilidad .....	29

4.11 Relación entre autoestima con el autocuidado, consumo de alcohol, salud general y accidentabilidad.....	30
4.12 Medidas de acción y prevención para las variables apoyo social en el trabajo, autocuidado a la salud, consumo de alcohol, incidentes y accidentes laborales. ....	31
4.12.1 Medidas para mejorar el apoyo social en el trabajo .....	31
4.12.2 Medidas para promover el autocuidado a la salud. ....	32
4.12.3 Medidas de acción y prevención sobre consumo de alcohol en trabajadores.....	33
4.12.4 Medidas de prevención de incidentes y accidentes.....	34
<b>V. CONCLUSIONES</b> .....	36
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	37
<b>VII. ANEXOS</b> .....	44



## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Distribución según rango de edad, estado civil y nivel educacional.	18
Tabla 2. Distribución según número de hijos, con quién habita, antigüedad en la empresa y nivel de endeudamiento.....	19
Tabla 3. Caracterización de salud general de la muestra.....	20
Tabla 4. Distribución según consumo de tabaco y drogas .....	21
Tabla 5. Incidentes y accidentabilidad de la muestra .....	26
Tabla 6. Relación entre variables sociodemográficas, laborales y de salud con autoestima y apoyo social.....	27
Tabla 7. Relación entre variables sociodemográficas, laborales y de salud con autocuidado, consumo de alcohol y salud general .....	29
Tabla 8. Relación entre apoyo social y autocuidado a la salud, autocuidado en el trabajo, consumo de alcohol, salud general, accidentes e incidentes .....	30
Tabla 9. Relación entre Autoestima y autocuidado a la salud, autocuidado en el trabajo, consumo de alcohol, salud general, accidentes e incidentes .....	31

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Niveles de apoyo social.....	21
Figura 2. Subdimensiones del instrumento de apoyo social.....	22
Figura 3. Niveles de Autoestima .....	23
Figura 4. Nivel de autocuidado de la muestra .....	24
Figura 5. Resultados del test AUDIT .....	25
Figura 6. Resultados del cuestionario de salud SF-12.....	26

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Consentimiento Informado .....	44
Anexo 2. Encuesta salud percibida.....	45
Anexo 3. Encuesta de variables sociodemográficas .....	49
Anexo 4. Escala multidimensional de Apoyo Social .....	51
Anexo 5. Encuesta de autocuidado.....	52
Anexo 6. Escala de autoestima de Rosenberg .....	53

## I. RESUMEN

La industria del aserrío ha sido por mucho tiempo el sector económico más importante de la zona Centro-Sur del país, no solo por las exportaciones, sino también por las condiciones de trabajo, que pueden producir problemas tanto físicos como psicológicos en los trabajadores. En los últimos años, la investigación de los factores psicosociales se ha desarrollado con fuerza debido a la gran significancia que tienen sobre la salud y vida de las personas, pudiendo generar conductas positivas o negativas, como lo es el consumo de alcohol. El objetivo general de este estudio fue determinar si el apoyo social y autoestima inciden en el autocuidado, niveles de consumo de alcohol, salud general y accidentabilidad en trabajadores de un aserradero de la Región del Biobío. La muestra estuvo compuesta por 30 trabajadores de género masculino, a los cuales se le aplicaron cuestionarios para medir cada variable. En cuanto a los resultados, el 53% se encontraba con un alto nivel de apoyo social, el 77% poseía alta autoestima y se presentó un mayor autocuidado en el trabajo que al de salud. Referido al consumo de alcohol, un 17% se encontró en un consumo riesgoso y el 100% de la muestra señaló tener un buen o muy buen estado de salud. Además, un 20% reportó haber tenido un incidente laboral en el último año y un 3% un accidente laboral en los últimos 2 años. El análisis estadístico determinó que existe relación significativa solo entre Apoyo social y autocuidado en el trabajo ( $p=0,02$ ).

## II. INTRODUCCIÓN

Los factores psicosociales son las condiciones presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del puesto, la realización de la tarea e incluso con el entorno, que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y la salud de las personas (Gil-Monte, 2009). Dentro de estos factores se encuentran aquellos que generan un riesgo para la calidad de vida de los individuos, los cuales son una de las principales causas de enfermedades y de accidentes laborales (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [INSHT], 2007). Por otro lado, se encuentran los factores psicosociales protectores o de protección, definidos como todas aquellas características personales, elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos sobre la salud y el bienestar (Hernández y García, 2007). Uno de los factores de protección más investigados y con resultados más favorables para incrementar la resistencia de las personas ante los cambios vitales, situaciones estresantes, crisis personales y afrontamiento de enfermedades, sobre todo las crónicas, es el apoyo social (Feldman, Goncalves, Chacón-Puignau, Zaragoza, Bagés & de Pablo, 2008). El apoyo social es definido como el soporte brindado por miembros de una misma red social, quienes son emocionalmente significativos y relevantes entre sí, y que aportan al bienestar físico y mental de cada uno de los individuos (Orcasita & Uribe, 2010). En el trabajo, la mayor fuente de apoyo social proviene de los supervisores y de los mismos trabajadores, el que puede ser percibido y recibido mediante la colaboración en las tareas realizadas en el trabajo, o mediante el apoyo emocional que se identifica con la empatía y consejería (Pérez & Alcover, 2011). El apoyo social entregado, principalmente por la familia, a aquellas personas que enfrentan una enfermedad, tiene gran importancia en el proceso de recuperación del afectado y se ha demostrado que es un factor que incide positivamente en el curso de la enfermedad (Pérez, 2006). En el caso de enfermedades crónicas como la diabetes, por ejemplo, se

discute la importancia del apoyo social y emocional, como factor influyente en las prácticas de autocuidado (Azzollini, Vera & Vidal, 2012).

Otro factor protector es el autocuidado, definido como la protección constante y personal del cuerpo, realizada con la finalidad de evitar la ocurrencia de enfermedades o complicaciones (Cardona, Díaz & López, 2009). Según Tobón (2004), las conductas de autocuidado hacen referencia a "las prácticas cotidianas y las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud", las cuales además se desarrollan a lo largo de la vida en busca de favorecer los estados saludables y prevenir enfermedades (Tobón, 2004). La Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional (2016) sostiene que "el cuidado personal dentro del ambiente laboral se entiende como la capacidad de gestión en la toma de decisiones para trabajar de forma segura, teniendo conocimientos sobre los factores de riesgo que potencialmente pueden producir un daño, por lo que el autocuidado es considerado la principal herramienta para la prevención de accidentes". Al igual que las demás conductas humanas, el autocuidado está arraigado en las creencias y las tradiciones culturales; por esto, en su promoción es necesario entender los valores, motivaciones y creencias, así como la historia de vida de los sujetos involucrados, potenciar la autoestima de los individuos y propiciar la participación comunitaria (Uribe, 1999). Existe una relación directa entre autocuidado y autoestima, ya que una sociedad con autoestima alta evidencia tener menos accidentes y enfermedades, y además, un alto nivel de autocuidado (Caballero, 2014).

La autoestima se define como una actitud básica hacia uno mismo, es la forma habitual de pensar, amar y comportarse consigo (Alcántara, 2013). La autoestima es considerada un factor protector que aleja al sujeto de las influencias no saludables. La autoestima baja, por lo contrario, implica auto-rechazo, auto insatisfacción, auto-desprecio y en este sentido, el individuo carece de estima hacia él mismo, lo que puede colocar al sujeto en vulnerabilidad de conductas riesgosas, como es el caso del inicio de consumo

de alcohol (Armendáriz, Rodríguez & Guzmán, 2008). Es así como en São Paulo, Brasil, se observó en una muestra representada por 100 trabajadores dedicados a la recolección de basura, que factores como la motivación psicosocial y baja autoestima tenían incidencia directa en el consumo habitual de alcohol (Mabuchi, Oliveira, Lima, Conceição & Fernandes, 2007). El consumo de alcohol como hábito social ha estado presente a lo largo de la historia de la sociedad y en distintos ámbitos de la vida del hombre; esta conducta socialmente aceptada, con el paso del tiempo se ha convertido en un problema de salud pública con graves consecuencias para la salud individual, para la integración familiar y la vida social; esto se manifiesta en las pérdidas productivas, económicas e incapacidades laborales que se generan por el consumo excesivo de alcohol (Tapia, 2000). Este es uno de los principales factores de riesgo para la salud pública, al ser responsable de 3,3 millones de muertes en la población mundial anualmente, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. Es a su vez, factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, siendo responsable del 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). En el continente americano se consume más alcohol que en el resto del mundo. Además, en los últimos cinco años han aumentado los episodios de consumo excesivo, pasando de una tasa del 4,6% al 13,0% en el caso de las mujeres, y del 17,9% al 29,4% en el de los varones (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015). En comparación a los países de la región, Chile se sitúa en el primer lugar en cantidad de consumo de alcohol per cápita al año, con un total de 9,6 litros de alcohol puro por adulto (OMS, 2014). Si bien ha habido un descenso en el consumo mensual de alcohol en el país (pasando de 48,9% en el 2014, a un 46% en el 2016), sigue siendo el principal problema de salud, con 4 millones 600 mil personas que consumen alcohol en Chile (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], 2017). Además, es el factor causal del 41% de los accidentes de tránsito y del 30% de los accidentes laborales (Solimano, 2006). La Organización

Internacional del Trabajo [OIT] (1998), refiere que el alcohol y otras drogas serían responsables de hasta un tercio de los accidentes laborales mortales. Por esta razón, en los últimos 10 años han orientado sus políticas a prevenir el uso nocivo de alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo, definiendo esta situación como cualquier otro problema de índole sanitario.

Los accidentes laborales están definidos como todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el empleado una lesión orgánica, perturbación funcional, invalidez o la muerte (Ley N°16.744, 1968). A nivel mundial se calcula que, aproximadamente, dos millones de personas mueren anualmente por causa de accidentes laborales, en tanto que las enfermedades profesionales siguen siendo una de las principales causas de muertes relacionadas con el trabajo (OIT, 2002). Estudios internacionales han observado la ocurrencia de accidentes de trabajo y su exposición a daños psíquicos, como ansiedad, depresión, estrés y autoestima baja (Marques, Martins, da Silva, Rodrigues, Alves & de Souza, 2017). En Chile, las actividades económicas donde se registraron las tasas de mortalidad por accidentes del trabajo más altas fueron: Transporte (17,1%), Minería (9,0%), Construcción (7,7%), Agricultura y Pesca (6,1%) e Industria (5,9%) (Superintendencia de Seguridad Social [SUSESO], 2018). En cuanto a los diagnósticos asociados a las denuncias por enfermedad profesional, durante el año 2017, la mayor parte de los diagnósticos se asociaron a enfermedades músculo esqueléticas (45%) y enfermedades mentales (33%) (SUSESO, 2018). De acuerdo al VI estudio de prevalencia de consumo de tabaco y drogas en la población laboral de Chile, el sector industrial presenta un 73,6% de trabajadores consumidores de alcohol. Además, es una de las actividades económicas que presenta mayor consumo de medicamentos psicotrópicos (sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central, ya sea excitándolo o deprimiéndolo), con un 12,4% (Asociación Chilena de Seguridad [ACHS], 2012). Uno de los sectores industriales que mayor crecimiento y desarrollo ha tenido en los últimos años es la industria del aserrío, la cual se concentra

mayormente en la región del Biobío, contando con el 22% de los aserraderos del país, siendo la principal productora de madera aserrada con un 51,1% (Instituto forestal [INFOR], 2016).

Por esta razón, debido a la cantidad de accidentes y enfermedades producto de factores psicosociales y al alto porcentaje de consumidores de alcohol en el sector industrial en Chile, se plantea como hipótesis que el apoyo social y autoestima inciden en el autocuidado, consumo de alcohol, salud general y accidentabilidad en trabajadores de un aserradero de la Región del Biobío.

El objetivo general del presente estudio es determinar si el apoyo social y autoestima inciden en el autocuidado, niveles de consumo de alcohol, salud general y accidentabilidad en trabajadores de un aserradero de la Región del Biobío. Como objetivos específicos se proponen: i) Evaluar la autoestima y nivel de apoyo social que tienen trabajadores de un aserradero de la Región del Biobío, ii) Identificar el nivel de autocuidado, prevalencia de consumo de alcohol, estado de salud percibida y accidentabilidad que poseen los trabajadores de un aserradero de la Región del Biobío, iii) Comprobar si el apoyo social y autoestima inciden en el autocuidado, niveles de consumo de alcohol, salud general y accidentabilidad en trabajadores de un aserradero de la Región del Biobío, iv) Proponer medidas de acción y prevención en las variables donde se presenten resultados negativos que afecten la salud de los trabajadores.

### III. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio bajo un diseño no experimental, de tipo descriptivo, transversal y correlacional. La población bajo estudio correspondió a trabajadores de un aserradero de la Región del Biobío, Chile.

#### 3.1 Muestra

La muestra estuvo constituida por trabajadores de un aserradero en la región del Biobío, donde se cumplió con los siguientes criterios de inclusión:

- Contar con contrato de trabajo.
- Antigüedad mínima en la empresa de 6 meses.
- Ser voluntario y firmar el consentimiento informado.

#### 3.2 Variables de estudio e instrumentos de medición

Se aplicaron instrumentos de medición específicos para las variables apoyo social, autoestima, autocuidado, consumo de alcohol, salud general, accidentabilidad y caracterización sociodemográfica.

##### a) Caracterización sociodemográfica, laboral y de salud

Se realizó una encuesta de elaboración propia, donde se incluyó información sociodemográfica como grupo etario, género y estado civil. En los aspectos laborales se preguntó sobre incidentes y accidentes; y en cuanto a aspectos de la salud, sobre enfermedades profesionales y comunes.

##### b) Apoyo social

Para la evaluación de esta variable se utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet, G., Dahlem, Zimet, S. & Farley (1988). Este instrumento está compuesto por 12 ítems y recoge información del apoyo social percibido por los individuos en dos áreas: familia u otros significativos y amigos. Además, se integraron 4 preguntas de elaboración propia sobre el apoyo social en el trabajo, que mantuvieron el mismo formato del instrumento. Las opciones de respuestas están determinadas en una escala tipo Likert, desde

1 (casi nunca) hasta 4 (siempre o casi siempre). Se consideró un bajo apoyo social en donde los resultados sean menor o igual a 32 puntos, un apoyo social medio para resultados entre 33 y 49 puntos, y un alto apoyo social para puntajes mayores o iguales a 50. Las 4 preguntas agregadas fueron evaluadas por un panel de expertos (4 psicólogos laborales), para luego ser aplicadas a una muestra piloto.

c) Autoestima

Para la medición de esta variable se utilizó la escala de Autoestima de Rosenberg. Este instrumento (validado en Chile el año 2009) consta de 10 ítems relacionados con los sentimientos que tiene la persona hacia ella. Los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 están direccionados positivamente, mientras que los ítems 6, 7, 8, 9 y 10 direccionados negativamente. Las opciones de respuesta están graduadas con una escala tipo Likert que va desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 4 (muy de acuerdo). Es una escala autoaplicada, donde los participantes marcan con una “X” las alternativas que más lo identifican (Rojas, Zegers & Förster, 2009). Se consideró una baja autoestima para puntajes menores o iguales a 20, una autoestima normal para puntajes entre 21 y 30, y un alta autoestima para resultados mayores o iguales a 31 puntos.

d) Autocuidado

Para esta variable se utilizó una encuesta de elaboración propia, en donde las preguntas fueron respondidas de acuerdo a la percepción de autocuidado que poseían sobre los compañeros de trabajo en ciertas situaciones, en relación a la percepción de autocuidado que tenía el encuestado sobre sí mismo frente a las mismas situaciones. Se consideró un bajo autocuidado en el trabajo con puntajes menores o iguales a 13, un autocuidado medio con puntajes de 14 a 26 y un alto autocuidado con 27 o más puntos. Se incluyeron preguntas sobre el autocuidado a la salud, considerando puntajes menores o iguales a 8 como bajo autocuidado de la salud, de 9 a 16 puntos un autocuidado medio y puntajes mayores o iguales a 17 un autocuidado alto. Las preguntas estuvieron

determinadas en una escala tipo Likert, con puntajes de 0 (Nunca) a 4 (Siempre).

#### e) Consumo de Alcohol

Para medir esta variable se utilizó el Test de identificación de trastornos debido al consumo de alcohol (AUDIT), el cual se incluyó en el cuestionario de salud general, para garantizar la obtención de respuestas confiables y verídicas. Las preguntas se ordenaron de manera aleatoria. El test AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (2001) y validado en Chile en el 2009 (Alvarado, Garmendia, Acuña, Santis & Arteaga, 2009). Este cuestionario consta de 10 ítems, separados en 3 dimensiones: sobre el consumo de riesgo de alcohol (ítems 1, 2 y 3), sobre síntomas de dependencia al alcohol (ítems 4, 5 y 6), sobre consumo perjudicial de alcohol (ítems 7, 8, 9 y 10). En los ítems 1 al 8 existen 5 categorías de respuesta con un valor asignado que va desde 0 a 4 puntos. Los 2 últimos ítems (9 y 10) poseen 3 alternativas de respuesta cada uno, con un puntaje de 0, 2 y 4 puntos respectivamente. Puntajes de 6 a 8 se consideran consumo de riesgo y 9 puntos o más, dependencia al alcohol.

#### f) Salud General

Para medir esta variable se utilizó el Cuestionario de salud SF-12, el cual está compuesto por doce ítems, cuya finalidad es otorgar un instrumento de fácil aplicación para evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años, definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional). Las opciones de respuesta están determinadas en escalas de tipo Likert (donde el número de opciones varía de tres a seis, dependiendo del ítem), que evalúan el estado de salud de las personas (Vera, Silva, Celis & Pavez, 2014). El puntaje va entre 12 y 47, considerando una mala salud de 12 a 20 puntos, una salud regular entre 21 y 29 puntos, una buena salud de 30 a 38 puntos y una salud muy buena a aquellos puntajes mayores o iguales a 39.

### g) Accidentabilidad

Esta variable fue medida mediante el cuestionario de caracterización sociodemográfica, donde se incluyeron preguntas sobre número de incidentes ocurridos en el último año y accidentes laborales en los últimos dos años.

### 3.3 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la población de estudio, además se comprobó la dependencia o independencia de todas las variables mediante tablas de contingencia, utilizando el Test Estadístico  $X^2$  de Pearson (Taucher, 1997). El análisis de los datos se realizó con el Software Statistica 10.0, utilizando un nivel de significancia de 0,05.



## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Caracterización socio-demográfica, laboral y de salud de los participantes.

La muestra estuvo compuesta por un total de 30 trabajadores del género masculino, pertenecientes a una empresa de servicios forestales ubicada en Mulchén, provincia del Biobío. El rango de edad que se presentó con mayor frecuencia fue entre 46-55 años, representado por un 47%. Con respecto al estado civil, el 83% de la muestra indicó ser casado o conviviente. Referente al nivel educacional de los participantes, el 80% señaló haber completado la enseñanza media (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según rango de edad, estado civil y nivel educacional

Distribución según rango de edad		
	N	%
Entre 18 - 25 años	3	10
Entre 26 - 35 años	2	7
Entre 36 - 45 años	7	23
Entre 46 - 55 años	14	47
56 o más años	4	13
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Distribución según estado civil		
	N	%
Soltero	5	17
Casado o conviviente	25	83
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Distribución según nivel educacional		
	N	%
Media incompleta	2	7
Media completa	24	80
Educación superior	4	13
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

En cuanto al número de hijos, la mayor frecuencia correspondió a 2 hijos, con un 40%. Por otra parte, el 77% de la muestra señaló habitar con su pareja e

hijos. En relación a la antigüedad en la empresa, el mayor porcentaje de los encuestados indicó llevar más de 11 años trabajando, equivalente al 67% de la muestra. El nivel de endeudamiento actual más representativo fue hasta \$1.000.000, con un 70% (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución según número de hijos, con quién habita, antigüedad en la empresa y nivel de endeudamiento

Distribución según número de hijos		
	N	%
Cero	2	7
Uno	6	20
Dos	12	40
Tres	7	23
Cuatro o más	3	10
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Distribución según con quién habita		
	N	%
Padres	4	15
Pareja	3	10
Pareja e hijos	23	77
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Distribución según antigüedad en la empresa		
	N	%
≤ 2 años	1	3
> 2 años ≤ 5 años	3	10
> 5 años ≤ 8 años	1	3
> 8 años ≤ 11 años	5	17
> 11 años	20	67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Distribución según nivel de endeudamiento (en pesos)		
	N	%
Hasta 1.000.000	21	70
1.000.001 - 3.000.000	3	10
3.000.001 - 6.000.000	2	7
6.000.001 - 9.000.000	3	10
9.000.001 o más	1	3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

En lo que respecta al padecimiento de enfermedades crónicas o problemas a la salud, existió un 40% de la muestra con al menos una enfermedad. Los problemas a la salud más comunes fueron jaquecas (13%), hipertensión arterial (10%) y colesterol elevado (10%) (Tabla 3). Dentro del auto reporte de enfermedades producidas o empeoradas por el trabajo se encontraron la pérdida de audición, estrés, discopatía y problemas a la vista, padecidas por un 17% de los participantes.

Tabla 3. Caracterización de salud general de la muestra

Distribución según enfermedades crónicas o problemas a la salud		
	N	%
Hipertensión arterial	3	10,0
Colesterol elevado	3	10,0
Diabetes	2	6,7
Úlcera de estómago	2	6,7
Alergia	1	3,3
Depresión	1	3,3
Jaquecas	4	13,3
Hernias	1	3,3
Artrosis y problemas reumáticos	1	3,3
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>59,9</b>
Distribución según enfermedades producidas o empeoradas por el trabajo		
	N	%
Pérdida de audición	1	3,4
Estrés	1	3,4
Discopatía	1	3,4
Problema a la vista	1	3,4
Tendinitis	1	3,4
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>17</b>

En cuanto al consumo de tabaco, un 73% de los encuestados indicó no hacer consumo de este. Referente al porcentaje de participantes que consumen tabaco (27%), la mayoría se clasificó como consumidor moderado, con un 17%. En relación al consumo de drogas, un 97% señaló no consumir (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución según consumo de tabaco y drogas

Distribución según consumo de tabaco		
	N	%
No consume	22	73
Bajo consumo	1	3
Consumo moderado	5	17
Consumo excesivo	2	7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Distribución según consumo de drogas		
	N	%
No consume	29	97
Consumió, pero la dejó	1	3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

#### 4.2 Evaluación del apoyo social.

En la figura 1 se observan los niveles de apoyo social que presentaban los trabajadores, concentrando el mayor porcentaje en el nivel de alto apoyo social, con un 53%.

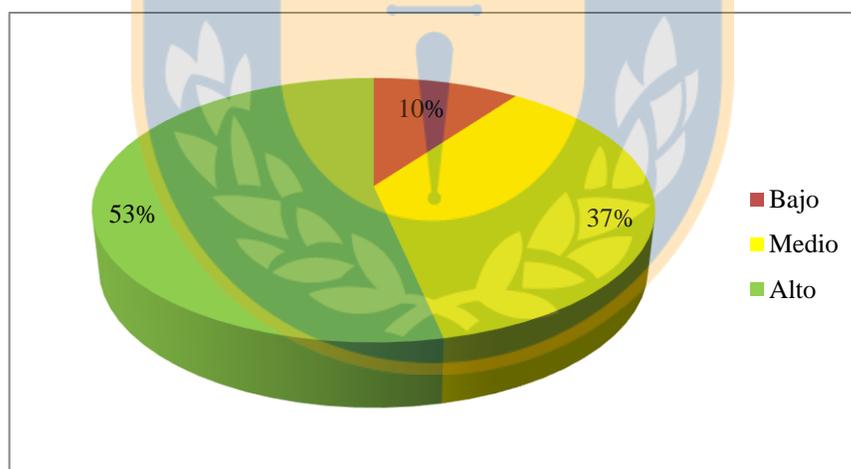


Figura 1. Niveles de apoyo social.

En cuanto a las subdimensiones que considera el instrumento (Figura 2), se observó un mayor porcentaje de apoyo social proveniente de la familia u otras personas significativas, alcanzando un 87%, mientras que el nivel más bajo de apoyo social alcanzaba su mayor porcentaje en los colegas de trabajo, con un

20%. Esto concuerda con lo señalado por Lemos y Fernández (1990), donde definen la red social como “una serie de círculos internos y externos concéntricos, en donde la familia nuclear constituye el círculo más pequeño, los familiares y los amigos dos más, y, tal vez los compañeros de trabajo y otras personas el círculo exterior”. De la misma manera, Guerrero (2003), señala que “El núcleo familiar es considerado el entorno más cercano e importante en la vida de una persona”.

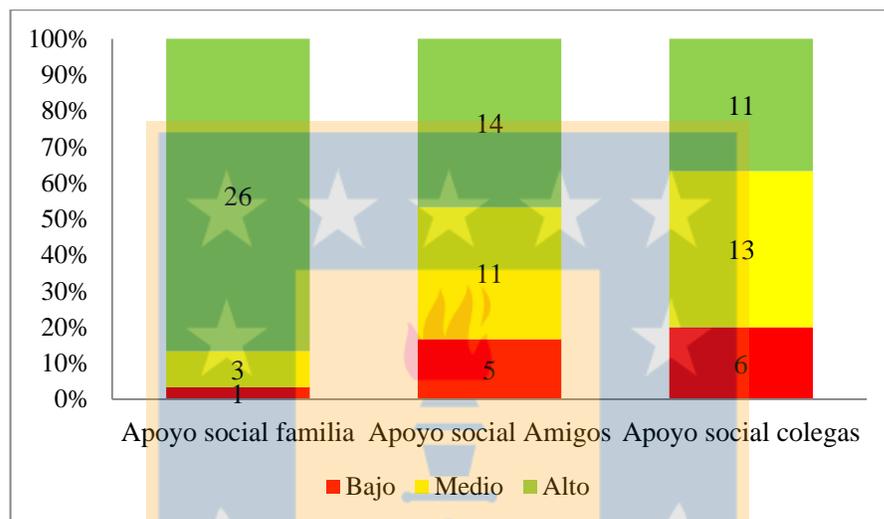


Figura 2. Subdimensiones del instrumento de apoyo social.

Pérez & Martín (1997), señalan que “En el caso de los compañeros de trabajo existen factores relacionados principalmente con la estructura de la organización, que influyen en el apoyo que este proporciona. Por ejemplo, los trabajos a destajo y con remuneración individual tienden a tener un nivel de apoyo social entre compañeros mucho menor que trabajos que suponen interacción y cooperación”, lo que confirma lo encontrado en esta investigación, ya que todos los participantes trabajaban por un salario individual, sin verse afectados por la producción de sus colegas.

#### 4.3 Escala de autoestima de Rosenberg.

En la figura 3 se observan los niveles de autoestima de la muestra, donde un 77% de la muestra indicó poseer una alta autoestima. Además, no hubo registro

de trabajadores con baja autoestima. Esto confirma el estudio de validación realizado en Chile por Rojas, Zegers & Föster (2009), en donde en una muestra de jóvenes, adultos y adultos mayores de la región Metropolitana, se observa una tendencia hacia una alta autoestima.

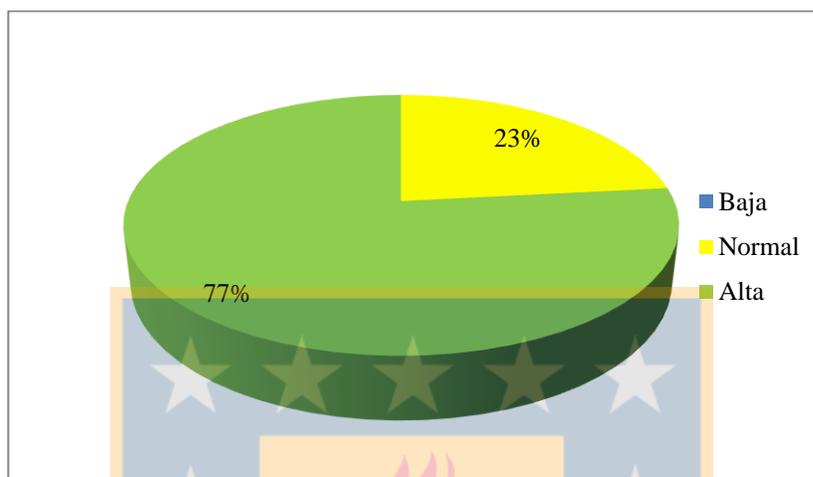


Figura 3. Niveles de Autoestima.

#### 4.4 Evaluación de autocuidado.

Los porcentajes de autocuidado a la salud fueron equivalentes para el nivel medio y alto, ambos con un 43,33%. En relación al autocuidado en el trabajo (tanto para el autocuidado personal y la percepción de autocuidado de los colegas), el mayor porcentaje se distribuyó en el nivel alto de autocuidado, representado por el 87% (Figura 4).

En un estudio realizado por Cabrera (2012) en pacientes con tratamiento de hemodiálisis, se determinó que aquellos que poseen una autoestima positiva, desarrollan mayor autocuidado. Esto puede evidenciarse de igual manera en el presente estudio, dado que tanto la autoestima como el autocuidado se evidenciaron en niveles altos.

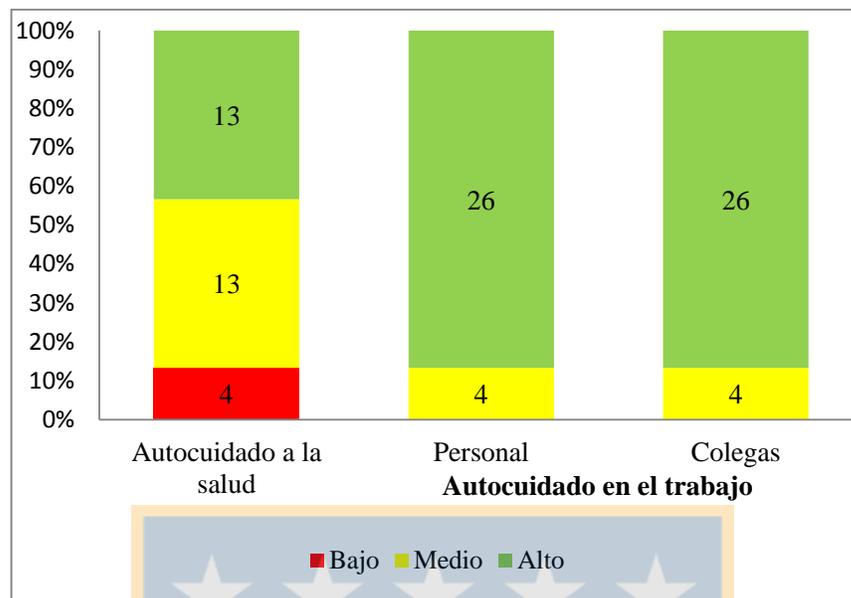


Figura 4. Nivel de autocuidado de la muestra.

Según Milla (2017), en Chile no existen políticas institucionales concretas que exijan rutinas para el autocuidado laboral, sin embargo, señala que son las organizaciones las que deberían fomentar iniciativas saludables para que las personas logren un mayor equilibrio en sus vidas. En el caso del presente estudio, se puede identificar un buen fomento del autocuidado por parte de la organización, debido a que se presentaron altos porcentajes de autocuidado.

#### 4.5 Test de identificación de trastornos debido al consumo de alcohol (AUDIT).

De acuerdo a los resultados del test AUDIT (Figura 5), un 17% de los participantes se encontraron en un consumo de riesgo. El mayor porcentaje se concentró en un consumo de alcohol no riesgoso con un 53%. No se reportaron casos de dependencia al alcohol. Estos resultados son similares a los encontrados por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) en el 2010, donde un 85% de la población se encontró por debajo del umbral de consumo de riesgo. Por otra parte, la encuesta nacional de salud señala que el consumo riesgoso a nivel país alcanzó un 11,7% en los años 2016-

2017 (MINSAL, 2017), porcentaje que se encuentra por debajo de lo registrado en la muestra de esta investigación.

En cuanto a la legislación Chilena, la ley 20.580 (2012) o “tolerancia cero” considera que no se puede conducir con más de 0,3 gramos de alcohol por litro de sangre, estableciendo que por sobre este límite la persona se encuentra bajo la influencia del alcohol. Por esta razón, es de gran importancia tener en cuenta el porcentaje de consumo de riesgo identificado en la presente investigación, ya que son individuos con mayor susceptibilidad a adoptar conductas riesgosas, como lo es conducir después de haber bebido alcohol (Hidalgo, C., Hidalgo, A., Rasmussen, Hernández & Santoyo, 2008).

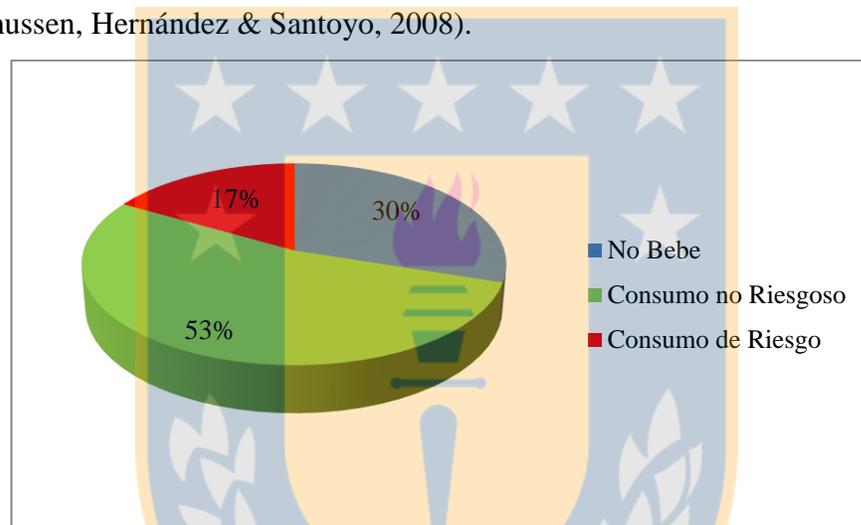


Figura 5. Resultados del test AUDIT.

#### 4.6 Cuestionario de salud SF-12.

Mediante los resultados de este cuestionario (Figura 6) se determinó que un gran porcentaje de la muestra (77%) considera tener un muy buen estado de salud. No se reportaron trabajadores con un estado de salud malo o regular. Estos resultados contradicen a lo señalado en la primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (Instituto de Seguridad Laboral [ISL], 2011), en donde un 26,1% califica su salud como regular o mala. Además, contradice a lo señalado en la Encuesta de Calidad de vida y Salud 2015-2016, donde a nivel país, solo un 32,5% de los

hombres señala poseer un estado de salud excelente o muy bueno (Ministerio de Salud [MINSAL], 2017).

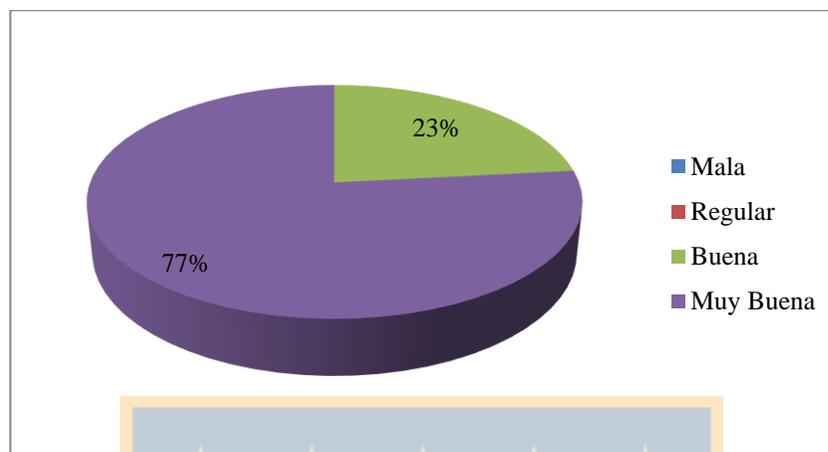


Figura 6. Resultados del cuestionario de salud SF-12.

#### 4.7 Accidentabilidad.

En cuanto a la cantidad de accidentes e incidentes sufridos en el trabajo, se observa en la tabla 5 que un 20% de los participantes indicó haber sufrido un incidente en el último año, mientras que un 3% sufrió un accidente en los últimos dos años. Este porcentaje se encuentra por debajo del señalado por la SUSESO en el año 2017, donde la tasa de accidentabilidad llegó a un 3,4%.

Tabla 5. Incidentes y accidentabilidad de la muestra

Distribución según incidentes laborales (en el último año)		
	N	%
Cero	24	80
Uno	6	20
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Distribución según accidentes laborales (en los últimos 2 años)		
	N	%
Cero	29	97
Uno	1	3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

#### 4.8 Relación entre variables sociodemográficas, laborales y de salud con autoestima y apoyo social.

La variable edad presentó asociación significativa ( $p < 0,05$ ) con la variable autoestima (Tabla 6), lo que coincide con el estudio realizado por González, Valdez y Serrano (2003), donde encontraron que estudiantes universitarios con edad más avanzada, tenían mayor autoestima que aquellos más jóvenes. A su vez, la autoestima se asoció significativamente con el padecimiento de enfermedades producidas o empeoradas por el trabajo ( $p < 0,01$ ), donde aquellos que no reportaron dichas enfermedades, presentaban mayores niveles de autoestima. Este hallazgo coincide con lo señalado por Ballenato (2006), donde indica que una autoestima baja puede aumentar la vulnerabilidad a determinados trastornos y enfermedades, repercutiendo en nuestra salud tanto física como psicológica.

Tabla 6. Relación entre variables sociodemográficas, laborales y de salud con autoestima y apoyo social

Variables	Autoestima		Apoyo social	
	$\chi^2$	$p$	$\chi^2$	$p$
Sociodemográficas				
Estado civil	0,04	0,85	1,10	0,58
Edad	9,84	<b>0,04</b>	10,39	0,24
Número de Hijos	4,71	0,32	12,36	0,14
Nivel educacional	2,05	0,36	3,22	0,52
Con quién habita	0,21	0,90	1,55	0,82
Antigüedad en la empresa	2,80	0,59	7,19	0,52
Endeudamiento	4,98	0,29	6,82	0,56
Enfermedades crónicas	0,03	0,86	1,54	0,46
Enf. Prod. por el trabajo	10,77	<b>&lt;0,01</b>	1,10	0,58
Consumo de tabaco	1,14	0,77	14,71	<b>0,02</b>

$\chi^2$ : Valor muestral estadístico Chi-Cuadrado. Con Enf. Prod. por el trabajo: Enfermedades producidas o empeoradas por el trabajo.

El apoyo social se relacionó estadísticamente con el consumo de tabaco, donde a menor apoyo social, se manifestaba mayor consumo de tabaco. Esto concuerda con lo señalado por Gonzales, Navarro & Salvador (1998), donde se

destaca que el nivel cultural es uno de los factores más importantes para dejar de fumar, considerando el apoyo social como una variable tradicional para afrontar este tipo de situaciones.

#### **4.9 Relación entre variables sociodemográficas, laborales y de salud con autocuidado, consumo de alcohol y salud general.**

Existió relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la edad y el autocuidado, tanto a la salud como al autocuidado en el trabajo (Tabla 7). En ambos casos, a mayor edad, se manifestaba un mayor autocuidado. Este hallazgo coincide con el estudio de Artinian, Magnan, Sloan & Lange (2002), donde se asoció el aumento de la edad con una mayor probabilidad de realizar algunas conductas de autocuidado, entre ellas, acudir al médico cuando existen problemas de salud. De la misma manera, el factor antigüedad en la empresa presentó asociación significativa ( $p = 0,02$ ) con el autocuidado a la salud, donde a mayor antigüedad, se presentaba mayor autocuidado a la salud. El nivel de endeudamiento se relacionó estadísticamente con la salud general ( $p = 0,05$ ) y el consumo de alcohol ( $p = 0,01$ ), donde en este último se evidenció que a menor endeudamiento, se manifestaba un mayor consumo de alcohol. Considerando que el nivel de endeudamiento se relaciona con el ingreso económico que reciben los trabajadores, los resultados coinciden con lo señalado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA] (2015), donde se expone que mientras mayor es el nivel de ingresos menor es la probabilidad de no consumir, o consumir por lo menos una vez al mes.

Un resultado esperado del estudio fue la asociación significativa que existió entre las enfermedades producidas o empeoradas por el trabajo y la percepción de salud general ( $p = 0,03$ ) de los trabajadores, donde aquellos que no sufrían padecimientos de este tipo, manifestaban poseer mejor salud. El consumo de tabaco se relacionó estadísticamente con el autocuidado a la salud ( $p = 0,01$ ) y la salud general ( $p = 0,03$ ), donde a menor consumo de tabaco, mayor autocuidado

y mejor estado de salud. Esta información coincide con la señalado por el Ministerio de Salud [MINSAL] (2015), donde se indica que el consumo de tabaco es la principal causa prevenible de muertes y enfermedades en el mundo. La variable accidentabilidad se excluyó de la tabla 7, debido a que no se presentaron relaciones significativas con los factores sociodemográficos, laborales o de salud.

Tabla 7. Relación entre variables sociodemográficas, laborales y de salud con autocuidado, consumo de alcohol y salud general

	AUS		AUT		CA		SG	
	$x^2$	$p$	$x^2$	$p$	$x^2$	$p$	$x^2$	$p$
EC	3,97	0,14	0,23	0,63	2,00	0,37	0,04	0,85
Edad	17,80	0,02	15,47	<0,01	7,94	0,44	8,24	0,08
NH	5,36	0,72	5,27	0,26	8,07	0,43	2,38	0,67
NE	4,62	0,33	1,15	0,56	6,39	0,17	2,28	0,32
CQH	5,98	0,20	0,93	0,63	2,87	0,58	3,61	0,16
AE	18,04	0,02	1,73	0,79	7,24	0,51	0,84	0,93
EN	9,22	0,32	1,98	0,74	21,34	0,01	9,64	0,05
EC	4,44	0,12	0,19	0,66	4,01	0,13	1,12	0,29
ET	3,97	0,14	3,69	0,06	0,29	0,87	4,51	0,03
CT	15,86	0,01	3,25	0,35	10,20	0,12	8,81	0,03

$x^2$ : Valor muestral estadístico Chi-Cuadrado. Con EC: Estado civil; NH: Número de hijos; NE: Nivel educacional; CQH: Con quién habita; AE: Antigüedad en la empresa; EN: Endeudamiento; EC: Enfermedades crónicas; ET: Enfermedades producidas o empeoradas por el trabajo; CT: Consumo de tabaco; AUS: Autocuidado a la salud; AUT: autocuidado en el trabajo; CA: Consumo de alcohol; SG: Salud general.

#### 4.10 Relación entre apoyo social con el autocuidado, consumo de alcohol, salud general y accidentabilidad.

El apoyo social se asoció significativamente con el autocuidado en el trabajo ( $p=0,02$ ), donde a mayor apoyo social se evidencia un mayor autocuidado en el trabajo (Tabla 8). Esto respalda lo señalado por Orem (1993), donde explica que el autocuidado va más allá de lo que la persona puede hacer por sí misma, sino que factores como la cultura, experiencias de vida, sistema familiar y de apoyo, pueden influenciar el desarrollo de la capacidad de autocuidado. Por otra parte, no existió relación estadísticamente significativa entre apoyo social y

autocuidado a la salud, consumo de alcohol, salud general, accidentes e incidentes. Estos resultados se contradicen con lo señalado por Margozzini (1999), donde se destaca que el apoyo social es la variable protectora de la salud por excelencia, disminuye el riesgo de consumo de alcohol y es un factor influyente sobre las conductas que pueden generar accidentes.

Tabla 8. Relación entre apoyo social y autocuidado a la salud, autocuidado en el trabajo, consumo de alcohol, salud general, accidentes e incidentes

	Apoyo social	
	$\chi^2$	<i>p</i>
Autocuidado salud	4,33	0,36
Autocuidado trabajo	8,25	0,02
Consumo de alcohol	1,47	0,83
Salud general	0,36	0,84
Accidentes	1,79	0,41
Incidentes	1,13	0,57

$\chi^2$ : Valor muestral estadístico Chi-Cuadrado.

#### 4.11 Relación entre autoestima con el autocuidado, consumo de alcohol, salud general y accidentabilidad.

No existió asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre las variables autoestima y el autocuidado a la salud, autocuidado en el trabajo, consumo de alcohol, salud general, accidentes e incidentes (Tabla 9). Esto se contradice con distintos autores; según Cabrera (2012), la autoestima tiene relación directa con el autocuidado, debido a que la persona con autoestima alta está pendiente de su autoimagen, de verse y sentirse bien. Paredes (2018), señala que la salud física es una expresión de la autoestima. Huamancaja & Quispe (2014) señalan que existe relación significativa entre autoestima y consumo de bebidas alcohólicas y Caballero (2014), señala que existe correlación entre autoestima y la ocurrencia de accidentes.

Tabla 9. Relación entre Autoestima y autocuidado a la salud, autocuidado en el trabajo, consumo de alcohol, salud general, accidentes e incidentes

	Autoestima	
	$\chi^2$	<i>p</i>
Autocuidado salud	3,77	0,15
Autocuidado trabajo	1,83	0,175
Consumo de alcohol	0,06	0,97
Salud general	1,95	0,16
Accidentes	0,31	0,57
Incidentes	4,14	0,13

$\chi^2$ : Valor muestral estadístico Chi-Cuadrado.

#### **4.12 Medidas de acción y prevención para las variables apoyo social en el trabajo, autocuidado a la salud, consumo de alcohol, incidentes y accidentes laborales.**

Basado en los resultados encontrados en la presente investigación, se propondrán medidas de acción y prevención para las variables apoyo social en el trabajo, autocuidado a la salud, consumo de alcohol, incidentes y accidentes laborales, con el fin de mejorar la calidad de vida y desempeño de toda la organización.

##### **4.12.1 Medidas para mejorar el apoyo social en el trabajo.**

- Realizar una vez al mes una reunión, incluyendo tanto a trabajadores como a supervisores, donde se formen grupos con misma cantidad de participantes y se lleven a cabo dinámicas de comunicación y confianza que fomenten el trabajo en equipo.
- Realizar una actividad participativa en donde los supervisores de cada área deben elegir un trabajador que haya destacado durante el último mes (ya sea en materia de seguridad o relaciones con sus pares). Luego, en una reunión, todos los supervisores presentarán el nombre del trabajador destacado y defenderán la idea o actividad que lo llevó a elegirlo. Al finalizar la reunión se seleccionará al trabajador que actuó o dio la idea más singular, al cual se

entregará un obsequio que represente los agradecimientos por su importante labor en la empresa.

- Al determinar la necesidad de generar cambios importantes en los procedimientos de trabajo, hablar con cada trabajador de manera individual y preguntarles su opinión respecto a estos cambios. También se recomienda utilizar un “focus group” donde cada trabajador pueda depositar su opinión escrita de manera anónima, para después revisar en conjunto las ideas surgidas y tomar una decisión.
- Cuando ingrese un nuevo miembro a la organización, presentarlo a todos los trabajadores de manera individual. Además, se le asignará un compañero que será su instructor durante el primer mes de trabajo. Terminado este mes, se invitará a ambos a un desayuno para finalizar el periodo de instrucción.
- Al momento de tomar decisiones de mejoras en los puestos de trabajo, instalar urnas y realizar una votación anónima donde todos los trabajadores puedan participar y expresar su opinión con respecto a ese cambio, para luego reunirse y adoptar la medida más representativa para todos.

#### **4.12.2 Medidas para promover el autocuidado a la salud.**

- Todos los días antes de comenzar la jornada laboral se realizarán 30 minutos de ejercicio físico, en donde todos los trabajadores deben participar. Esta actividad será guiada por un entrenador y se aplicará en todos los turnos de trabajo.
- Organizar por lo menos tres veces al año cicletadas o maratones para todos los trabajadores y sus familias. Si es posible coordinar con la Municipalidad de Mulchén para obtener premios u obsequios (poleras, botellas, frutas, etc.) para los participantes de estos eventos.
- Realizar una encuesta para identificar cuál deporte es el más practicado por los trabajadores, y organizar un campeonato interno en donde los trabajadores puedan formar equipos para competir durante todo el año. Al finalizar el periodo anual, entregar una copa y medallas al equipo ganador.

- Contratar un ergónomo o prevencionista con experticia en el área para que evalúe todos los puestos de trabajo y las posturas que los trabajadores adoptan durante las jornadas laborales, para así, establecer un programa de mejora de los puestos, considerando las características de los operadores.
- Realizar una campaña en conjunto con nutricionistas donde cada trabajador será evaluado de manera individual con respecto a los hábitos alimenticios que tienen de manera cotidiana, y se darán dietas específicas acorde a los estados de nutrición que cada trabajador tiene.

#### **4.12.3 Medidas de acción y prevención sobre consumo de alcohol en trabajadores.**

- Incorporar una página web donde todos los trabajadores puedan ingresar de manera anónima para hacer consultas con respecto al consumo de alcohol, las cuales serán respondidas por un profesional experto en el tema.
- Realizar convenio con el Servicio nacional de drogas y alcohol (SENDA), para la aplicación de su programa “Trabajar con calidad de vida”, orientado a prevenir el consumo de drogas y alcohol al interior de las organizaciones laborales.
- Capacitar al equipo de prevención de riesgos de la organización, para incluir la problemática del consumo de alcohol en el reglamento interno, abordándolo desde el punto de vista de incentivar el reporte de consumo de alcohol excesivo por parte de los trabajadores, mostrando una posición de ayuda y soporte por parte de la empresa.
- En caso de trabajadores que lleguen con evidente consumo de alcohol (olor, posesión o resaca), se debe prohibir la realización de cualquier trabajo en ese estado dentro de la organización. El trabajador será llevado a su casa y será llamado a trabajar al día siguiente, donde se llevará a cabo la primera intervención para comprobar su nivel de dependencia al alcohol, para luego ser tratado por personal especializado de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) o el Servicio nacional de drogas y alcohol (SENDA).

- Realizar por lo menos una vez al año una feria de cultura preventiva para el consumo de alcohol, donde se muestren los efectos negativos que tiene el consumo en exceso tanto para la vida laboral y familiar, incluyendo trípticos, panfletos informativos, posters y videos o películas que muestren cómo se desarrolla el alcoholismo y las formas de evitarlo.
- Contactar a familiares cercanos de los trabajadores y preguntarles su opinión acerca el consumo de alcohol y si creen conocer a personas que estén teniendo problemas al consumir alcohol, estén bebiendo en exceso o sean alcohólicos. De esta manera se podrán identificar efectivamente los casos críticos de consumo, los cuales serán intervenidos por especialistas de SENDA, siempre y cuando haya consentimiento y total confidencialidad.

#### **4.12.4 Medidas de prevención de incidentes y accidentes.**

- Realizar por lo menos una vez al mes simulaciones de accidentes que podrían ocurrir en la empresa, para que los trabajadores aprendan el procedimiento correcto a seguir en caso de que estos eventos ocurran, además se debe indicar cómo evitarlos.
- Organizar equipos de trabajo compuestos por 10 trabajadores, donde se permitirá que cada equipo elija un nombre para participar en una “liga de incidentes”, donde cada mes sin incidentes sumará un puntaje, el que disminuirá si existen estos eventos indeseados. Al final de cada año se premiará al equipo con más puntaje con una cena para los trabajadores y sus familias.
- Desarrollar una aplicación para teléfono celular en donde cada trabajador pueda reportar incidentes que vayan ocurriendo en su día a día laboral. De esta manera, se podrán identificar cuáles son los que ocurren con mayor frecuencia, para aplicar las medidas preventivas que se estimen convenientes. Si un mismo incidente se reporta más de 10 veces en una jornada laboral, se activará una alarma, señalando que deben aplicarse medidas correctivas de manera inmediata en el área de trabajo afectada.

- Realizar una campaña de concientización en donde los familiares cercanos o amigos de los trabajadores graben un video saludando e incentivando al reporte de acontecimientos inesperados que tenga el trabajador en la jornada laboral. Estos videos serán recopilados y mostrados en una reunión a toda la organización.
- Organizar un día familiar en donde los hijos de los trabajadores puedan visitar la organización y ver las condiciones de trabajo de sus padres, para luego realizar un concurso de comics en donde los hijos de los trabajadores puedan dibujar a los padres en los puestos de trabajo, considerando como tema principal la “prevención de incidentes”. Se entregarán premios a las ideas más novedosas y además se implementarán en la organización.



## V. CONCLUSIONES

- La evaluación de autoestima determinó que un 77% de los trabajadores posee una alta autoestima, mientras que en apoyo social, un 53% percibe un alto nivel de apoyo y un 10% un bajo apoyo.
- El 87% de los encuestados presentó un nivel alto de autocuidado en el trabajo. El nivel medio y alto de autocuidado a la salud manifestaron iguales porcentajes (43,33%).
- La mayoría de los trabajadores se encontró en un consumo de alcohol no riesgoso (53%). Un 17% manifestó consumo de riesgo.
- Un 77% señaló poseer un estado de salud muy bueno. No existieron casos de salud regular o mala.
- El 97% de los trabajadores indicó no haber sufrido accidentes laborales en los últimos 2 años. En cuanto a incidentes laborales, se determinó que un 80% no había sufrido incidentes en el último año.
- Se comprobó que no existe relación significativa entre apoyo social y autoestima con los niveles de consumo de alcohol, salud general y accidentabilidad para la muestra estudiada ( $p > 0,05$ ). Sin embargo, si existió relación significativa entre apoyo social y autocuidado en el trabajo ( $p = 0,02$ ).
- Se proponen medidas de acción y prevención para las variables apoyo social en el trabajo, autocuidado a la salud, consumo de alcohol, incidentes y accidentes laborales.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcántara, J. (2013). “Relación entre la autoestima y el rendimiento académico de los estudiantes de la E.B.C tecnológica de la facultad de educación”. Tesis de Post Grado. Universidad Nacional Faustino Sánchez Carrión, Huacho, Perú.
2. Alvarado, M., Garmendia M., Acuña G., Santis R. & Arteaga O. (2009). “Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)”. Artículo científico. Revista Médica de Chile. 137: 1463-1468.
3. Armendáriz, N., Rodríguez, L. & Guzmán, F. (2008). “Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México”. Artículo científico. Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas. São Paulo, Brasil. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/803/80340105.pdf>
4. Artinian, N., Magnan, M., Sloan, M. & Lange, M. (2002). “Self-care behaviors among patients with heart failure”. Artículo científico. Revista Heart & Lung. 31(3): 161-172.
5. Asociación Chilena de seguridad [ACHS]. (2012). “Sexto estudio de consumo de drogas lícitas e ilícitas en población laboral Chilena”. Chile. Disponible en: <http://www.achs.cl/portal/ACHS-Corporativo/Documents/VIESTUDIOALCOHOLYDROGASTRABAJADORES.pdf>
6. Azzollini, S., Vera, B. & Vidal, V. (2012). “El apoyo social y el autocuidado en diabetes tipo 2”. Anuario de Investigaciones XIX. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. 109-113.
7. Ballenato, G. (2006). “Autoestima y salud”. Artículo informativo. Madrid, España. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/m-13106/images/Art%C3%ADculoAutoestima.pdf>

8. Caballero, E. (2014). "Desarrollo de la cultura preventiva a través de la autoestima". Artículo informativo. Revista digital: Prevencionar magazine N°1. p. 8-13.
9. Cabrera, M. (2012). "Relación del nivel de autoestima y autocuidado del paciente con tratamiento de hemodiálisis en Clínica Internacional del Riñón". Tesis para optar al título de licenciada en enfermería. Trujillo, Perú.
10. Cardona, J., Díaz, E. & López, Y. (2009). "Autocuidado en recicladores-recuperadores informales de Medellín, Colombia, 2005". Artículo científico. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 27(3): 309-316.
11. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE]. (2010). "Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General". Informe técnico, Ministerio del Interior, Chile.
12. Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. & de Pablo, J. (2008). "Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos". Artículo científico. Revista Universitas psychologica. Bogota, Colombia. 7(3), 739-751.
13. Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional. (2016). "Autocuidado". Artículo informativo. Disponible en: <http://www.fiso-web.org/Content/files/articulos-profesionales/3749.pdf>
14. Gil-Monte, P. (2009). "Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública". Artículo científico. Revista española de salud pública. Madrid, España. 83(2): 169-173.
15. González, C., Navarro, J. & Salvador, L. (1998). "Factores psicosociales que intervienen en la adquisición del comportamiento tabáquico". Artículo científico. Revista Latino Americana de Psicología. 30(1): 49-66.
16. González, N., Valdez, J. & Serrano, J. (2003). "Autoestima en jóvenes universitarios". Artículo científico. Revista Ciencia Ergo Sum, México. 10(2): 173-179.

17. Guerrero, J. (2003). "Los roles no laborales y el estrés en el trabajo". Artículo científico. *Revista Colombiana de Psicología*. 12: 73-84.
18. Hernández, M. y García, H. (2007). "Factores de riesgo y protección de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria". *Revista de facultad de medicina*. 30(2): 119-123.
19. Hidalgo, C., Hidalgo, A., Rasmussen, B., Hernández R., & Santoyo, F. (2008). "Comportamiento de riesgo por consumo de alcohol y calidad de vida en estudiantes universitarios". Artículo científico. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/ims091c.pdf>
20. Huamancaja, A. & Quispe, H. (2014). "Nivel de autoestima y consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica". Tesis para optar al Título profesional de licenciada en enfermería. Huancavelica, Perú.
21. Instituto de Seguridad Laboral [ISL]. (2011). "Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (2009-2010)". Disponible en: [http://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-99630\\_recurso\\_1.pdf](http://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-99630_recurso_1.pdf).
22. Instituto Forestal [INFOR]. (2016). "La industria del aserrío 2016". Boletín Estadístico 155. Ministerio de agricultura. Chile. Disponible en: <http://www.lignum.cl/wp-content/uploads/sites/6/2016/12/Aserrio2016.pdf>
23. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [INSHT]. (2007). "VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo". Madrid, España.
24. Lemos, S. & Fernandez, J. (1990). "Redes de soporte social y salud". Artículo científico. *Psicoshema*. 2(2): 113-135.
25. Ley N°16744. (1968). Diario Oficial de la república de Chile, Santiago, Chile.
26. Ley N°20.580. (2012). Diario oficial de la República de Chile, Santiago, Chile.

27. Mabuchi, A., Oliveira, D., Lima, M., Conceição, M. & Fernandes, H. (2007) “Uso de bebida alcohólica en trabajadores que trabajan recolectando basura”. Artículo científico. Revista latinoamericana Enfermagem. 15(3).
28. Margozzini, P. (1999). “Apoyo social y salud”. Artículo informativo. Revista Medicina familiar, Chile. 1(2): 46-49.
29. Marques, S., Martins, F., da Silva, L., Rodrigues, Z., Alves, D. & de Souza, F. (2017). “Accidente de trabajo y autoestima de profesionales de enfermería en ambientes hospitalarios”. Artículo científico. Revista Latinoamericana de Enfermagem. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es\\_0104-1169-rlae-25-2872.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-2872.pdf)
30. Milla, C. (2017). “La importancia del autocuidado para prevenir el estrés laboral”. Artículo informativo. Disponible en: <https://capitalhumano.emol.com/8038/importancia-autocuidado-estres-laboral/>
31. Ministerio de Salud [MINSAL]. (2015). “Impacto del tabaquismo en la salud en Chile”. Boletín informativo. Santiago, Chile. Disponible en: [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2015\\_09\\_02\\_TABACO.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2015_09_02_TABACO.pdf)
32. Ministerio de Salud [MINSAL]. (2017). “Encuesta de Calidad de vida y Salud 2015-2016”. Artículo informativo. Chile. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>
33. Ministerio de Salud [MINSAL]. (2017). “Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, primero resultados”. Santiago, Chile.
34. Orcasita, L. & Uribe, A. (2010). “La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes”. Artículo científico. Revista Psychologia: avances de la disciplina. Bogotá, Colombia. 4(2): 69-82.
35. Orem, D. (1993). “Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica”. Estados Unidos: MASSO.
36. Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (1998). “Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo”.

- Ginebra, Suiza. Disponible en: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms\\_112634.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112634.pdf)
37. Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2002). “Dos millones de muertes por accidentes laborales cada año”. Artículo informativo. Disponible en: [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_071435/lang--es/index.htm#note1](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_071435/lang--es/index.htm#note1)
38. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). “Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud”. Ginebra, Suiza.
39. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2015). “Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas”. Washington, D.C.
40. Paredes, M. (2018). “Salud y autoestima”. Artículo informativo. Disponible en: <https://www.parentepsis.com/salud-y-autoestima/>
41. Pérez, A. (2006). “El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental”. Tesis de grado, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca. Salamanca, España. Disponible en: <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/781?show=full>
42. Pérez, J. & Martín, F. (1997). “El apoyo social”. Artículo informativo. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales, España. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_439.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf)
43. Pérez, V. & Alcover, C. (2011). “Apoyo social, satisfacción laboral y abandono en trabajadores con discapacidad”. Boletín de Psicología, Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N102-2.pdf>.
44. Rojas, C., Zegers P. & Förster, C. (2009). “La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores”. Artículo científico. Revista Médica de Chile. 137(6): 791-800.

45. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA]. (2015). “Caracterización de los niveles de consumo de alcohol en Chile”. Boletín Informativo N°4. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/boletines/Boletin%204%20Caracterizaci%C3%B3n%20de%20los%20niveles%20de%20consumo%20de%20alcohol%20en%20Chile.pdf>
46. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA]. (2017). “Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General, 2016”. Ministerio del interior y seguridad pública. Santiago, Chile.
47. Solimano, G. (2006). “Consumo de alcohol y sus efectos sobre la salud”. Artículo informativo. *Revista Chilena de salud pública*. 10(3): 177-181.
48. Superintendencia de Seguridad Social [SUSESO]. (2018). “Informe anual 2017 estadísticas sobre seguridad y salud en el trabajo”. Santiago, Chile. Disponible en: [http://www.suseso.gob.cl/607/articles-496701\\_archivo\\_01.pdf](http://www.suseso.gob.cl/607/articles-496701_archivo_01.pdf)
49. Tapia, R. (2000). “Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas (2da edición)”. México: Manual moderno.
50. Taucher, E. (1997). “Bioestadística (2da Ed)”. Santiago de Chile: Universitaria, S.A, 233-297.
51. Tobón, O. (2004). “El autocuidado, una habilidad para vivir”. Artículo informativo. Disponible en: <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>
52. Uribe, T. (1999). “El autocuidado y su papel en la promoción de la salud”. *Revista de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia*. Medellín, Colombia. 17(2): 110-117.
53. Vera, P., Silva, J., Celis, K. & Pavez, P. (2014). “Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental”. Artículo científico. *Revista Médica de Chile*. 142: 1275-1283.

54. Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. & Farley, G. (1998). “The Multidimensional Scale of Perceived Social Support”. Artículo científico. *Journal of Personality Assessment*. 52(1): 30-41.



## VII. ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento Informado.

Título de la investigación: “Incidencia del apoyo social y autoestima en el autocuidado, salud y accidentabilidad en una industria de aserrío, Región del Biobío”.

La presente investigación es conducida por Héctor Alberto Aguilera Carrasco, alumno de último año de Ingeniería en Prevención de Riesgos de la Universidad de Concepción, Campus Los Ángeles. El objetivo de este estudio es determinar si el apoyo social y autoestima inciden en el autocuidado, salud general y accidentabilidad en trabajadores de una industria de aserrío de la Región del Biobío. Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá responder 5 cuestionarios, lo que tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es completamente voluntaria, la información que se recoja será **confidencial** y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán **anónimas**, se ruega responder de manera concentrada y con la **verdad**.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él o contactando al investigador mediante el correo electrónico [heaguilera@udec.cl](mailto:heaguilera@udec.cl)

Yo

---

Acepto participar en la investigación antes detallada.

---

FIRMA

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018.

Anexo 2. Encuesta salud percibida.

A continuación se presentan 26 preguntas sobre su percepción de salud. Encierre en un círculo la alternativa que más lo represente.

En general, usted diría que su salud es:	Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Excelente</li> <li>b) Muy buena</li> <li>c) Buena</li> <li>d) Regular</li> <li>e) Mala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Siempre</li> <li>b) Casi siempre</li> <li>c) Algunas veces</li> <li>d) Solo alguna vez</li> <li>e) Nunca</li> </ul>
¿Qué tan seguido fuma usted algún tipo de cigarrillo?	¿Cuánto tiempo pasa, desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nunca</li> <li>b) 3 o 4 cigarrillos a la semana</li> <li>c) 1 a 5 al día</li> <li>d) 6 a 10 al día</li> <li>e) 11 a 20 al día</li> <li>f) Mínimo 20 al día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) No fumo</li> <li>b) Menos de 15 minutos</li> <li>c) 16 a 30 minutos</li> <li>d) 31 a 60 minutos</li> <li>e) Más de 60 minutos</li> </ul>
¿Cuánto tiempo lleva usted fumando?	¿Consume usted alguna droga ilegal?
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nunca he fumado</li> <li>b) Menos de 1 año</li> <li>c) Entre 1 y 5 años</li> <li>d) Entre 5 y 10 años</li> <li>e) Entre 11 y 20 años</li> <li>f) Más de 20 años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sí</li> <li>b) No</li> <li>c) Consumí, pero ya la dejé</li> <li>d) Prefiero no responder</li> </ul>

¿Qué tan seguido toma usted alguna bebida alcohólica?	¿Cuántos vasos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?
a) Nunca b) 1 vez al mes o menos c) 2 o 4 veces al mes d) 2 o 3 veces a la semana e) 4 o más veces a la semana	a) Entre 0-2 b) Entre 3-4 c) Entre 5-6 d) Entre 7-9 e) 10 o más

¿Qué tan seguido en los últimos 12 meses, usted tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	¿Qué tan seguido en los últimos 12 meses, usted no fue capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
a) Nunca b) Menos de una vez al mes c) Mensualmente d) Semanalmente e) Todos o casi todos los días	a) Nunca b) Menos de una vez al mes c) Mensualmente d) Semanalmente e) Todos o casi todos los días

¿Qué tan seguido toma usted 6 o más vasos en una sola ocasión?	¿Qué tan seguido, en los últimos 12 meses, usted no pudo parar de beber una vez que había empezado?
a) Nunca b) Menos de una vez al mes c) Mensualmente d) Semanalmente e) Todos o casi todos los días	a) Nunca b) Menos de una vez al mes c) Mensualmente d) Semanalmente e) Todos o casi todos los días

Durante las 4 últimas semanas, ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	Durante las últimas 4 semanas, ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas (de trabajo o actividades cotidianas), a causa de su salud física?
a) Si b) No	a) Si b) No

Su estado de salud actual, ¿le limita hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, hacer jardinería, pintar la casa o caminar más de 1 hora?	Su estado de salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?
a) Si, me limita mucho b) Si, me limita un poco c) No, no me limita nada	a) Si, me limita mucho b) Si, me limita un poco c) No, no me limita nada

¿Usted o alguna persona ha resultado físicamente herido debido a que usted había bebido alcohol?	¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?
a) No b) Si, pero no en el último año c) Si, en el último año	a) No b) Si, pero no en el último año c) Si, en el último año

¿Qué tan seguido, en los últimos 12 meses, su consumo de alcohol alteró el desempeño de sus actividades normales?	¿Qué tan seguido en los últimos 12 meses, usted necesita beber en la mañana para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior?
a) Nunca b) Menos de una vez al mes c) Mensualmente d) Semanalmente e) Todos o casi todos los días	a) Nunca b) Menos de una vez al mes c) Mensualmente d) Semanalmente e) Todos o casi todos los días

Durante las últimas 4 semanas. ¿Durante cuánto tiempo se sintió con mucha energía?	Durante las últimas 4 semanas. ¿Durante cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Algunas veces e) Sólo alguna vez f) Nunca	a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Algunas veces e) Sólo alguna vez f) Nunca

Durante las últimas 4 semanas, ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	Durante las últimas 4 semanas, ¿Le costó hacer su trabajo o actividades cotidianas como de costumbre por algún problema emocional?
a) Si b) No	a) Si b) No

Durante las últimas 4 semanas, ¿Hasta qué punto el dolor emocional le ha dificultado su trabajo habitual (incluyendo el trabajo formal y tareas domésticas)?	Durante las últimas 4 semanas. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
a) Nada b) Un poco c) Regular d) Bastante e) Mucho	a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Algunas veces e) Sólo alguna vez f) Nunca



### Anexo 3. Encuesta de variables sociodemográficas.

Instrucciones: Encierre en un círculo la alternativa que corresponda a sus características personales y laborales. Elija solo UNA alternativa para cada pregunta.

#### I. Aspectos Personales.

<b>Género</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Rango de Edad (años)</b>	<b>Número de hijos</b>
a) Femenino b) Masculino	a) Soltero. b) Casado o conviviente. c) Divorciado o Separado. d) Viudo.	a) 18-25. b) 26-35. c) 36-45. d) 46-55. e) 56 o más.	a) 0. b) 1. c) 2. d) 3. e) 4 o más.

<b>Nivel educacional</b>	<b>¿Con quién habita?</b>
a) Básica incompleta. b) Básica completa. c) Media incompleta. d) Media completa. e) Educación Superior.	a) Padres. b) Pareja. c) Pareja e hijos. d) Amigos. e) Solo.

#### II. Aspectos Laborales.

<b>¿Cuál es su antigüedad en la empresa?</b>	<b>Nivel de endeudamiento actual (pesos)</b>
a) hasta 2 años. b) más de 2 años hasta 5 años. c) más de 5 años hasta 8 años. d) más de 8 años hasta 11 años. e) más de 11 años.	a) hasta \$1.000.000. b) \$1.000.001.- \$3.000.000. c) \$3.000.001- \$6.000.000 d) \$6.000.001- \$9.000.000. e) \$9.000.001 o más.

<b>En el último año, ¿Cuántos incidentes ha tenido?</b>	<b>En los últimos 2 años, ¿Cuántos accidentes ha tenido?</b>
a) 0. b) 1. c) 2. d) 3. e) 4 o más.	a) 0. b) 1. c) 2. d) 3. e) 4 o más.

### III Aspectos de Salud.

¿Le ha dicho su médico que padece de forma crónica alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud en la actualidad? (Marque con una X).

	Sí	No
Hipertensión arterial		
Colesterol elevado		
Diabetes (azúcar elevado)		
Asma, bronquitis crónica o enfisema		
Enfermedad del corazón		
Úlcera de estómago		
Alergia		
Depresión		
Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza		
Mala circulación		
Hernias		
Artrosis y problemas reumáticos		
Cáncer		

¿Padece alguna enfermedad producida o empeorada por su trabajo?

a) Si, Cuál? \_\_\_\_\_

b) No

Anexo 4. Escala multidimensional de Apoyo Social.

	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar				
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme				
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero				
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme				
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas				
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos				
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento				
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				
13. Puedo contar con mis colegas de trabajo cuando tengo problemas.				
14. Mis colegas de trabajo tratan de ayudarme cuando lo necesito.				
15. Puedo conversar de mis problemas con mis colegas de trabajo.				
16. Cuando tengo penas o alegrías, puedo compartirlas con mis colegas de trabajo.				

Anexo 5. Encuesta de autocuidado.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Me preocupo de dormir 8 o más horas diarias					
Realizo cambios en mi dieta para mantener mi peso adecuado					
Camino diariamente a lo menos 30 minutos					
Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibras y baja en grasas					
Si me siento muy enfermo, recorro inmediatamente a un centro médico					
Me realizo un chequeo médico por lo menos 2 veces al año.					

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
En mi trabajo, utilizo los elementos de protección personal en todo momento					
En mi trabajo, mis colegas utilizan los elementos de protección personal en todo momento					
Realizo pausas en mi trabajo cuando me siento cansado					
Mis colegas de trabajo realizan pausas cuando se sienten cansados					
Actúo de manera segura durante toda mi jornada laboral					
Mis colegas de trabajo actúan de manera segura durante toda su jornada laboral					
Si tengo un problema en mi trabajo, pido ayuda a mis compañeros o supervisores					
Si mis colegas tienen problemas en su trabajo, piden ayuda a sus compañeros o supervisores					
Respeto la velocidad establecida en mi lugar de trabajo					
Mis colegas respetan la velocidad establecida en su lugar de trabajo					

Anexo 6. Escala de autoestima de Rosenberg.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
Creo que tengo un buen número de cualidades.				
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
A veces me siento verdaderamente inútil.				
A veces pienso que no soy bueno/a para nada.				