

**Gold Fields**

# Guía: Cuestionario Nórdico

---

**Versión 02 – agosto 2024**  
**Seguridad y Salud Ocupacional**



**GOLD FIELDS**



**GOLD FIELDS**

## **CUESTIONARIO NÓRDICO**

LA PRESENTE GUÍA SE BASA EN LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO NÓRDICO ESTANDARIZADO DE PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS.

Los trastornos músculo esqueléticos (TME) según la OIT tienen una alta prevalencia e incidencia, 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 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. 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".

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:

El Cuestionario Nórdico, con el tiempo ha ido presentando adaptaciones, traducciones y validaciones en diversos países, 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.

Es así como a través de esta guía, en Gold Fields se analizará mediante el Cuestionario Nórdico a los Trabajadores que puedan tener exposición a Factores de Riesgo de Trastornos Musculoesqueléticos Relacionados con el Trabajo".

Este instrumento, será la base para posteriores análisis más profundos con métodos Ergonómicos a fin de aplicar los controles pertinentes en el puesto de trabajo.

Las preguntas están orientadas acerca de los síntomas que se encuentran con mayor frecuencia en los trabajadores que están sometidos a exigencias físicas, especialmente aquellas de origen biomecánico.

### **OBJETIVO**

- Verificar las condiciones en que se realizan las tareas, a fin de alcanzar un mayor bienestar para los trabajadores, y
- Mejorar los procedimientos de trabajo, de modo de hacerlos más fáciles y productivos.

**Es obligación de los trabajadores cumplir con las recomendaciones y controles establecidos por Gold Fields.**

Este documento no se encuentra controlado en formato físico, la persona que requiere imprimir este documento debe asegurarse que se encuentre en la última versión, para acceder a la última versión ingresar a [www.goldfields.com.pe](http://www.goldfields.com.pe)





GOLD FIELDS

Su aplicación debe tener lo siguiente:

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 autoadministrada, es decir, contestado por la propia persona encuestada, sin la presencia de un encuestador.
- Aplicado por un encuestador, como parte de una entrevista (esta es una mejor práctica, donde definitivamente el encuestador debe conocer temas de exposición ocupacional y ergonomía).

El cuestionario, incluye 03 partes: un cuestionario general, un segundo cuestionario Identificación de factores de riesgos, y en el tercer cuestionarios datos específicos de la evaluación.

**Parte-01.- Cuestionario general**

a. La primera sección, son datos de información general del encuestado, como se muestra en la imagen adjunta:

 <b>CUESTIONARIO NÓRDICO</b> (EVALUACIÓN DE SINTOMAS MUSCULO TENDINOSOS)	U.E.A. CAROLINA I CERRO CORONA	
	Código: SSYMA-D03.27-F01	
	Versión: 01	
	Fecha de aprob.:	

<b>1. DATOS DE INFORMACION</b>											
Nombre del trabajador:						Genero:		M	F		
Peso:	Kg	Talla:	m.	Lateralidad:	D	I	Edad:	años			
Empresa / Área :											
Puesto de trabajo:						Fecha de nacimiento:				/	/
Cuanto tiempo realiza el mismo tipo de trabajo?						años	meses				
N° de horas de trabajo diaria			Horas	Días de trabajo x Días de descanso:			X	días			
Persona que hizo la evaluación:						Fecha de la evaluación:				/	/

Es obligación de los trabajadores cumplir con las recomendaciones y controles establecidos por Gold Fields.

Este documento no se encuentra controlado en formato físico, la persona que requiere imprimir este documento debe asegurarse que se encuentre en la última versión, para acceder a la última versión ingresar a [www.goldfields.com.pe](http://www.goldfields.com.pe)





GOLD FIELDS

### CUESTIONARIO NÓRDICO

#### Parte-02.- Identificación de factores de riesgos:

Es importante identificar los factores de riesgo, que pueden estar asociados a la percepción que pueden tener los trabajadores en relación a condiciones relacionadas a Trastornos Musculo esqueléticos (TME).

En cada fila, si la respuesta es "SI", continuar respondiendo la información requerida en esa fila. Caso contrario si la respuesta es "NO", pasar a la siguiente fila.

Una actividad o tarea, puede tener más de un factor de riesgo.

**REALIZA TAREAS RELACIONADAS A:**

	Aplica en su trabajo		Ha tenido alguna molestia al realizar algunas de estas acciones		Indique en que tarea lo aplica
	Si	No	Si	No	
Manipulación manual de cargas :	Si	No	Si	No	
Posturas forzadas (prolongadas) :	Si	No	Si	No	
Empuje o tracción de cargas :	Si	No	Si	No	
Sube o baja (escaleras, talud, otros), continuamente:	Si	No	Si	No	
Permanece de pie por tiempo prolongado:	Si	No	Si	No	
Permanece sentado por tiempo prolongado:	Si	No	Si	No	
<b>Especifique:</b>					

Donde indica "Especifique", debe dar más detalles de la tarea, por ejemplo:

- Cuantas horas realiza la acción evaluada.
- Si manipula carga (cuál es el peso de la misma, que distancia la traslada, el traslado es horizontal, vertical o ambos, es difícil manipular la carga, tiene asas, es muy voluminosa, utiliza accesorios como carritos).



Es obligación de los trabajadores cumplir con las recomendaciones y controles establecidos por Gold Fields.

Este documento no se encuentra controlado en formato físico, la persona que requiere imprimir este documento debe asegurarse que se encuentre en la última versión, para acceder a la última versión ingresar a [www.goldfields.com.pe](http://www.goldfields.com.pe)





GOLD FIELDS

## CUESTIONARIO NÓRDICO

- Posturas (realiza postura forzada en que parte del cuerpo, lo realiza varias veces al día, indique en promedio cuantas veces, durante la postura forzada debe estar de rodillas, con el tronco o alguna otra parte del cuerpo flexionada o extendida, hace torsión de alguna parte de su cuerpo).



- Empuje y tracción (el terreno donde realiza esta acción, es plano o irregular; debe subir gradas o cuenta con rampas, la carretilla, carrito o coche se encuentra en buen estado, la carga está bien centrada o genera desequilibrio durante su traslado, debe transportar cargas muy pesadas).



- Si ha sentido alguna molestia indique en que parte del cuerpo y si tiene relación directa con la acción, y si tiene relación con alguna dolencia pasada (por otro tipo de causa).

### Parte-03.- Cuestionarios específicos:

Con un mapa del cuerpo humano, dividido en 9 regiones anatómicas, que permite orientar las zonas de molestia, dolor o disconfort, se hacen las preguntas al trabajador.

En esta parte, se tiene dos secciones, en la primera sección, vamos a empezar el análisis con las extremidades inferiores (una o ambas caderas / piernas; una o ambas rodillas; uno o ambos tobillos / pies).

**Es obligación de los trabajadores cumplir con las recomendaciones y controles establecidos por Gold Fields.**

Este documento no se encuentra controlado en formato físico, la persona que requiere imprimir este documento debe asegurarse que se encuentre en la última versión, para acceder a la última versión ingresar a [www.goldfields.com.pe](http://www.goldfields.com.pe)

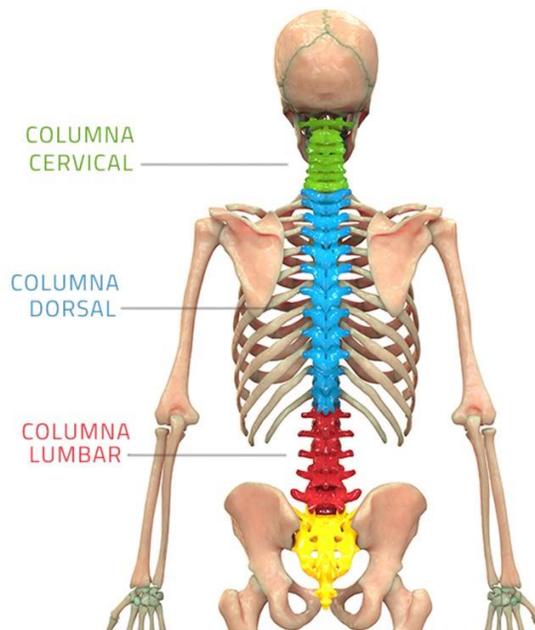




GOLD FIELDS

CUESTIONARIO NÓRDICO

ANÁLISIS EN EL APARATO LOCOMOTOR												
	¿En algún momento durante los últimos 12 meses, ha tenido: molestias, dolor, disconfort en:						¿En algún momento durante los últimos 07 días, ha tenido molestias, dolor, disconfort en:					
	Le impide hacer su trabajo normal						Le impide hacer su trabajo normal					
	No	Si	Izq.	Der.	No	Si	No	Si	Izq.	Der.	No	Si
Una o ambas caderas / piernas												
Una o ambas rodillas												
Uno o ambos tobillos / pies												



En esta segunda sección, vamos a abarcar un segmento distinto (Cuello, Hombro, Espalda zona dorsal o lumbar, Codo o antebrazo y Muñeca o mano), 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.

Empezar el análisis primero por el cuello desde la pregunta 1 a la 11 y luego continuar de la misma forma las otras partes del cuerpo.

- En la pregunta (1), si la respuesta es “NO”, ya no es necesario continuar con las demás preguntas (de la 2 a la 11).
- En forma similar si la pregunta (4), si la respuesta es “NO”, ya no es necesario continuar con las demás preguntas (de la 5 a la 11).

**Es obligación de los trabajadores cumplir con las recomendaciones y controles establecidos por Gold Fields.**

Este documento no se encuentra controlado en formato físico, la persona que requiere imprimir este documento debe asegurarse que se encuentre en la última versión, para acceder a la última versión ingresar a [www.goldfields.com.pe](http://www.goldfields.com.pe)





**GOLD FIELDS**

**CUESTIONARIO NÓRDICO**

	CUELLO		HOMBRO		DORSAL O LUMBAR		CODO O ANTEBRAZO		MUÑECA O MANO						
1. ¿Ha tenido molestias en .....?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>					
			AMBOS		AMBOS		AMBOS		AMBOS						
Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta															
2. ¿Desde hace cuanto tiempo?	< a 1 año <input type="checkbox"/>	1 - 5 años <input type="checkbox"/>	6 - 10 años <input type="checkbox"/>	> a 11 años <input type="checkbox"/>	< a 1 año <input type="checkbox"/>	1 - 5 años <input type="checkbox"/>	6 - 10 años <input type="checkbox"/>	> a 11 años <input type="checkbox"/>	< a 1 año <input type="checkbox"/>	1 - 5 años <input type="checkbox"/>	6 - 10 años <input type="checkbox"/>	> a 11 años <input type="checkbox"/>			
3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	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"/>					
4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	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 se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta															
5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	8 - 30 días <input type="checkbox"/>	>30 días no seguidos <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	8 - 30 días <input type="checkbox"/>	> 30 días no seguidos <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	8 - 30 días <input type="checkbox"/>	> 30 días no seguidos <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>			
6. ¿Cuánto dura cada episodio?	< 1 hora <input type="checkbox"/>	1 - 24 horas <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 4 semanas <input type="checkbox"/>	> 1 mes <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/>	1 - 24 horas <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 4 semanas <input type="checkbox"/>	> 1 mes <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/>	1 - 24 horas <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 4 semanas <input type="checkbox"/>	> 1 mes <input type="checkbox"/>
7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 4 semanas <input type="checkbox"/>	> 1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 4 semanas <input type="checkbox"/>	> 1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 4 semanas <input type="checkbox"/>	> 1 mes <input type="checkbox"/>			
8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	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"/>					
9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	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"/>					
10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
11. ¿A que atribuye estas molestias?	Trabajo <input type="checkbox"/>	Deportes <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Deportes <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Deportes <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Deportes <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>			

**Es obligación de los trabajadores cumplir con las recomendaciones y controles establecidos por Gold Fields.**

Este documento no se encuentra controlado en formato físico, la persona que requiere imprimir este documento debe asegurarse que se encuentre en la última versión, para acceder a la última versión ingresar a [www.goldfields.com.pe](http://www.goldfields.com.pe)





GOLD FIELDS

## CUESTIONARIO NÓRDICO

Dentro de esta parte del cuestionario la información que se requiere obtener es:

- Si ha tenido molestias en alguna de las zonas del cuerpo indicadas
- ¿Desde hace cuánto tiempo?, viene percibiendo algún tipo de molestia, si la tuviera.
- Es verificar si ha necesitado cambiar de puesto de trabajo.
- Ha tenido y por cuanto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses.
- El tiempo que puede durar uno de estos episodios y que dificultad tiene para realizar su trabajo.
- Si es que ha recibido tratamiento por estas molestias.
- Valorar el grado de molestia: entre 1 al 5, donde (1) es sin molestias. y (5) tiene molestias muy fuertes.
- En comentarios, indicar a qué atribuye estas molestias.
- Importante que el evaluador pueda conversar más con el trabajador, sobre el origen probable de las molestias, las mismas que pueden ser de origen laboral / no laboral (por ejemplo a partir de una lesión por un incidente, realizando actividades deportivas u otras).
- El uso de equipos o herramientas, no adecuadas para la tarea.
- La forma de uso de dichos equipos y/o herramientas.
- Tiempo promedio de exposición.
- Si realizaba o no, pausas
- Si se preparaba antes de iniciar la jornada con ejercicios de “calentamiento y estiramiento”
- Entre otros.

Finalmente, en el caso de las empresas contratistas deberán entregar al área de Higiene Industrial, el formato de evaluación “CUESTIONARIO NORDICO”, de cada uno de sus trabajadores. Para su posterior análisis y de ser el caso realizar evaluaciones más profundas de los hallazgos identificados.

***Se adjunta el (CUADRO RESUMEN DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO NÓRDICO), de los resultados obtenidos; esto le permitirá de manera rápida identificar molestias en los trabajadores, a fin de establecer acciones, que permita reducir el nivel de riesgo.***

**Es obligación de los trabajadores cumplir con las recomendaciones y controles establecidos por Gold Fields.**

Este documento no se encuentra controlado en formato físico, la persona que requiere imprimir este documento debe asegurarse que se encuentre en la última versión, para acceder a la última versión ingresar a [www.goldfields.com.pe](http://www.goldfields.com.pe)





**GOLD FIELDS**

<b>CUADRO RESUMEN DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO NÓRDICO</b>	Extremidades inferiores (impide hacer su trabajo)			Extremidades superiores (grado de molestia o dolor, 0: no duele, 1: dolor muy leve, . . ., 5: dolor muy intenso).					A qué atribuye las molestias (marcar con "X")			Marcar con "X" si el factor de riesgo está presente y "XX" si este factor de riesgo le ha causado alguna molestia.					
	Una o ambas caderas / piernas	Una o ambas rodillas	Uno o ambos tobillos / pies	Cuello	Hombro	Dorsal / Lumbar	Codo antebrazo	Muñeca / Mano	Trabajo	Deporte	Otros	Manipulación manual de cargas	Posturas forzadas (prolongadas)	Empuje o tracción de cargas	Sube o baja (escaleras, talud, otros), continuamente:	Permanece de pie por tiempo prolongado	Permanece sentado por tiempo prolongado
/																	
/																	
/																	
/																	
/																	

**Plan de acción:**

**Es obligación de los trabajadores cumplir con las recomendaciones y controles establecidos por Gold Fields.**

Este documento no se encuentra controlado en formato físico, la persona que requiere imprimir este documento debe asegurarse que se encuentre en la última versión, para acceder a la última versión ingresar a [www.goldfields.com.pe](http://www.goldfields.com.pe)





**GOLD FIELDS**

**SISTEMA INTERADO DE GESTIÓN SSYMA**

## **CUESTIONARIO NÓRDICO**

**U.E.A. CAROLINA I  
CERRO CORONA**

**Código: SSYMA-D03.27**

**Versión 01**

**Página 1 de 35**

<b>ELABORADO POR</b>	<b>REVISADO POR</b>	<b>APROBADO POR</b>
Alexander Perez	Benjamin Carpio	Freddy Toribio
<b>Ing. de Seguridad ocupacional</b>	<b>Ing. Senior de Higiene Industrial</b>	<b>Gerente de Seguridad y Salud Ocupacional</b>
<b>Fecha: 07/08/2024</b>		<b>Fecha: 17/09/2024</b>

**Es obligación de los trabajadores cumplir con las recomendaciones y controles establecidos por Gold Fields.**

Este documento no se encuentra controlado en formato físico, la persona que requiere imprimir este documento debe asegurarse que se encuentre en la última versión, para acceder a la última versión ingresar a [www.goldfields.com.pe](http://www.goldfields.com.pe)

