

¿CÓMO INFLUYE LA ALIMENTACIÓN EN LA SALUD DE UNA POBLACIÓN?



Docente: Diego Jaén

OBJETIVOS

1. Conocer la evolución e impacto de los hábitos alimenticios
2. Diferenciar los conceptos de alimentación, dieta y nutrición
3. Identificar los determinantes de la conducta alimentaria a nivel poblacional.
4. Evaluar el estado nutricional de una población.
5. Conocer los trastornos en el comportamiento alimenticio: obesidad y anorexia

5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

ANTES DE EMPEZAR...



Andrés_1956
@Andres_1956



Señores.....con ustedes Jose Vicente Rioseco el día de su 80 cumpleaños en los momentos previos a batir el Record del Mundo M 80 de 800 metros por más de 7 segundos. 2'41"56 .

Capaz de mantener una velocidad de casi 18 kms/h en 800 . Un fuera de serie...



10:51 AM · May 1, 2021



HÁBITOS NUTRICIONALES INSALUBRES	IMPACTO EN LA SALUD MUSCULOESQUELÉTICA	POSIBLES ACCIONES DESDE LA FISIOTERAPIA

¿Qué diferencias hay entre la nutrición de España y Francia?

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

Las 10 principales causas de muerte

Bajos ingresos

1. Infecciones de las vías respiratorias inferiores 11,3%
2. Enfermedades diarreicas 8,1%
3. HIV/Sida 8,1%
4. Cardiopatía isquémica 6,2%
5. Malaria 5,0%
6. Ataque apoplético y otras enfermedades cerebrovasculares 5,0%
7. Tuberculosis 4,4%
8. Prematuridad y de bajo peso al nacer 3,1%
9. Asfixia/trauma al nacer 3,1%
10. Trastornos neonatales 2,5%

Medianos Ingresos

1. Cardiopatía isquémica 13,7%
2. Ataque apoplético y otras enfermedades cerebrovasculares 12,7%
3. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 7,2%
4. Infecciones de las vías respiratorias inferiores 5,3%
5. Enfermedades diarreicas 4,4%
6. HIV/Sida 2,6%
7. Accidentes de tránsito 2,5%
8. Tuberculosis 2,3%
9. Diabetes mellitus 2,2%
10. Enfermedad cardíaca hipertensiva 2,2%

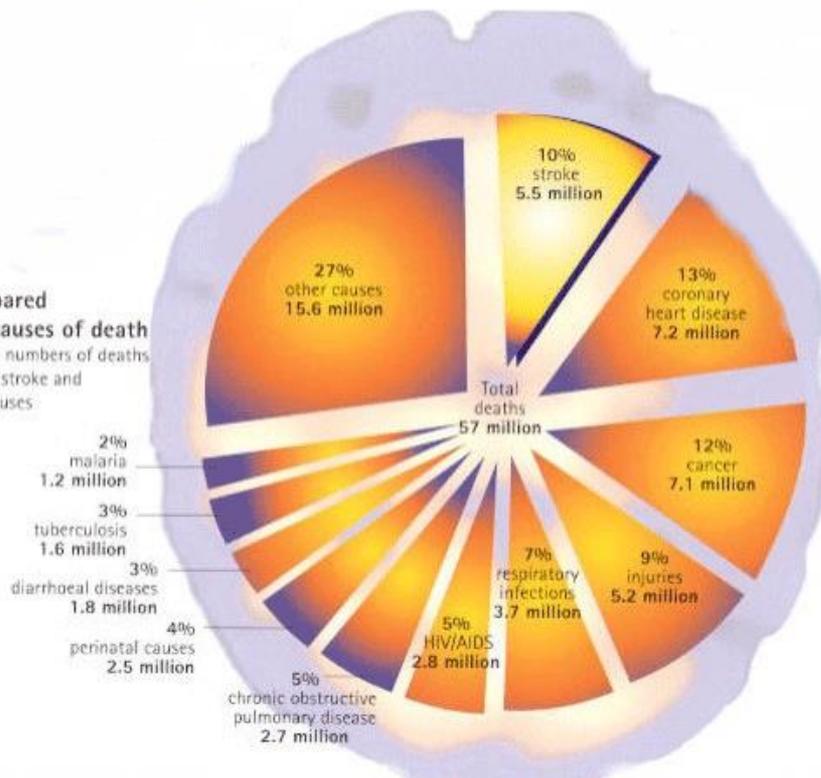
Altos ingresos

1. Cardiopatía isquémica 15,3%
2. Ataque apoplético y otras enfermedades cerebrovasculares 8,5%
3. Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón 5,5%
4. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias 4,3%
5. Infecciones de las vías respiratorias inferiores 3,6%
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 3,6%
7. Cánceres de colon y recto 3,0%
8. Diabetes mellitus 2,4%
9. Enfermedad cardíaca hipertensiva 2,4%
10. Cáncer de mama 1,8%

Fuente: OMS

Stroke compared with other causes of death

Percentages and numbers of deaths worldwide from stroke and other leading causes 2002



HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

La mayor parte de estas causas de muerte temprana en la población mundial guarda relación con alguno de estos cuatro aspectos:

- Hábitos nutricionales inadecuados
- Hábitos culturales y de ocio perjudiciales
- Malos hábitos laborales
- Discapacidades por accidentes, violencia, etc.



Vosotros formáis parte el ejército de la Salud Pública para derrotar a los enemigos de la salud

• Pensemos como FISIOTERAPEUTAS



• REFLEXIONA Y COMPARTE

¿Qué hábitos nocivos tenemos en nuestro país en cuanto a la alimentación?

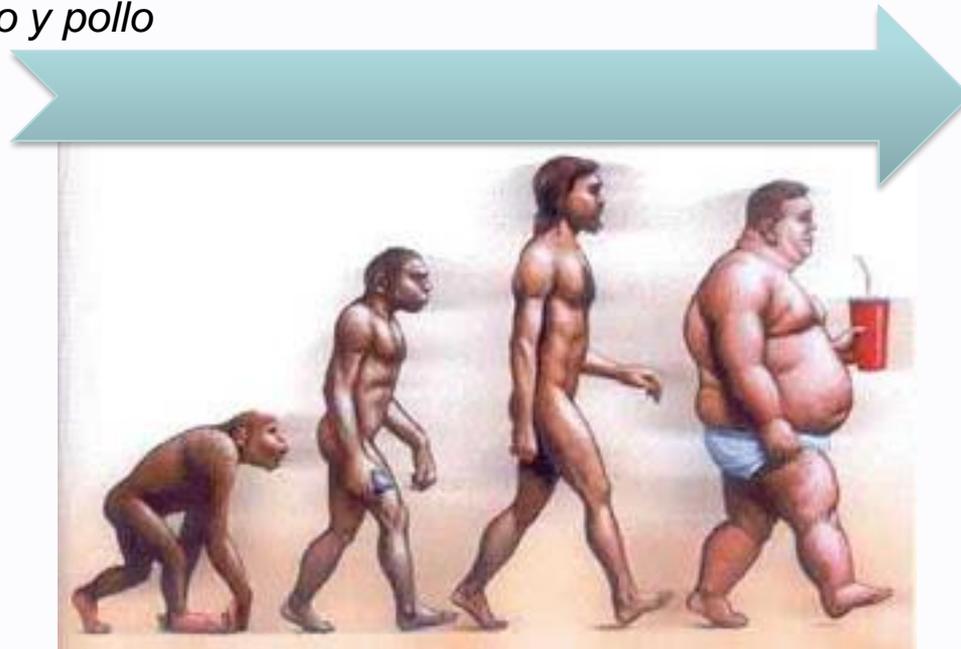
¿Qué impacto tiene en nuestra salud músculo esquelética?

¿Qué podemos hacer como fisios?

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

1.- EVOLUCIÓN E IMPACTO DE LOS HáBITOS ALIMENTICIOS

- ¿Qué comíamos hace 100 años?
 - *Vegetales*
 - *Hortalizas*
 - *Frutas*
 - *Legumbres*
 - *En menor medida... carnes, pescado y pollo*
- ¿Qué comemos hoy en día?
 - *Productos animales refinados e industrializados de alto valor energético.*



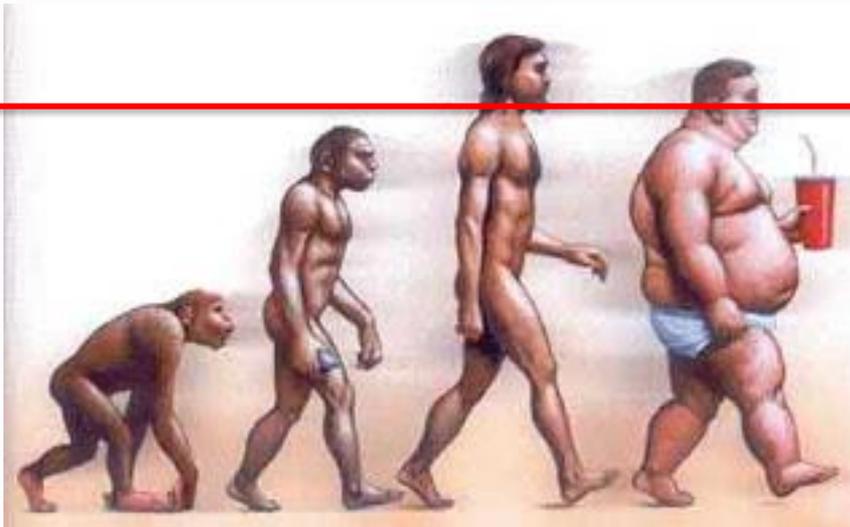
HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

1.- EVOLUCIÓN E IMPACTO DE LOS HáBITOS ALIMENTICIOS

- En sólo 100 años hemos pasado de sufrir enfermedades carenciales a padecer patologías relacionadas con el exceso, la escasez pero sobretodo, con ***el desequilibrio***

$$\bullet \quad AI + S = EA$$

**ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS + SEDENTARISMO = EPIDEMIOLOGÍA
DE LA ALIMENTACIÓN**



2.- ALIMENTACIÓN, DIETA Y NUTRICIÓN ¿SON LO MISMO?

• ALIMENTACIÓN

Acto voluntario e individual consistente en la ingesta de alimentos y dependiente de una serie de elementos y condicionantes.



• DIETA

Conjunto de alimentos o mezcla de ellos que constituye el patrón de alimentación de un individuo y una sociedad.



• NUTRICIÓN

Proceso fisiológico relacionado con todas las fases del proceso de la digestión:

Masticación

Absorción

Transporte

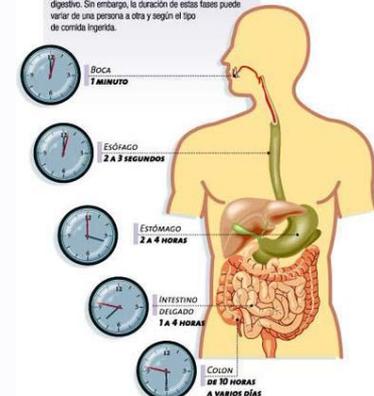
Metabolización

Acumulación

Eliminación

Tránsito digestivo

La infografía muestra el tiempo aproximado que demora la comida en recorrer los distintos segmentos del tracto digestivo. Sin embargo, la duración de estas fases puede variar de una persona a otra y según el tipo de comida ingerida.



3.- DETERMINANTES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA A NIVEL POBLACIONAL

•REFLEXIONA Y COMPARTE

¿Hay algún vegetariano/a en la sala?

¿Ha alguien le gustan los insectos?

¿Porqué comemos lo que comemos?



HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

3.- DETERMINANTES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA A NIVEL POBLACIONAL

¿POR QUÉ COMEMOS LO QUE COMEMOS?

• DIETA ≈ DISPONIBILIDAD

No todos países y sociedades tienen los mismos alimentos. Esto depende de:

- *Modelo económico del país*
- *Geografía, climatología, terreno.*
- *Infraestructuras (comunicaciones, transporte)*
- *Políticas agrarias y de salud.*

• ALIMENTACIÓN ≈ ELECCIÓN DEL ALIMENTO

Cada individuo y sociedad tiene diferentes condicionantes en su alimentación:

- *Factores socioculturales*
- *Factores familiares*
- *Nivel económico individual*
- *Creencias religiosas*

Es en estos dos niveles donde las autoridades sanitarias pueden intervenir para modificar tendencias dietéticas y conductas alimentarias

5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

4.- EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UNA POBLACIÓN ¿CÓMO SABEMOS SI NUESTRA POBLACIÓN COME DE FORMA SALUDABLE?

Bajo el punto de vista epidemiológico y de Salud Pública, se necesitan planificar políticas nutricionales que aseguren el acceso de la población a un abanico amplio de alimentos y un correcto protocolo de toma de decisiones en la población a la hora de elegir qué dieta seguir.

- **ANÁLISIS DE PATRONES DE CONSUMO**

- Mide disponibilidad e ingesta de los diferentes alimentos y nutrientes en la población. HAY QUE DIFERENCIAR DISPONIBILIDAD DE CONSUMO.
- La información alimentaria de una población se obtiene de tres ámbitos distintos:
 1. **Ámbito nacional:** Mide la disponibilidad a nivel nacional (HOJA DE BALANCE ALIMENTARIO (*importaciones + producción propia*) medido en Kg. per cápita y año) y sirve para anticipar tendencias de consumo o demanda.
 2. **Ámbito familiar:** Análisis estadístico de la “cesta de la compra”
 3. **Ámbito individual:** Mediante encuestas, entrevistas etc. Su fiabilidad es relativa y su extrapolación es cuestionable

5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

4.- EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UNA POBLACIÓN ¿CÓMO SABEMOS SI NUESTRA POBLACIÓN COME DE FORMA SALUDABLE?

Para cada alimento, señalar cuantas veces como media ha tomado la cantidad que se indica desde la última entrevista. Debe tener en cuenta las veces que toma el alimento solo y cuando lo añade a otro alimento o plato. Por ejemplo, en el caso del huevo, considere cuando lo toma solo (ej., frito o cocido) y cuando lo toma añadido o mezclado con otros platos. Si en estos tres meses ha venido comiendo una tortilla de 2 huevos cada 2 días, deberá marcar "1 por día". No debe considerar el huevo que va con los productos de bollería o dulces.

Lacteos	Nunca o < 1 mes	1-3 por mes	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
Leche entera (1 vaso o taza, 200 cc)									
Leche semidesnatada (1 vaso, 200 cc)									
Leche desnatada (1 vaso, 200 cc)									
Leche condensada (1 cucharada)									
Nata o crema de leche (1 cucharada)									
Yogur entero (uno, 125 gramos)									
Yogur desnatado (uno, 125 gramos)									
Requesón, queso blanco o fresco (una porción, 100 g)									
Queso curado, semicurado o cremoso (un trozo, 50 gramos)									
Natillas, flan, puding (uno)									
Helados (1 cucurucho, vasito o bola)									

5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

4.- EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UNA POBLACIÓN ¿CÓMO SABEMOS SI NUESTRA POBLACIÓN COME DE FORMA SALUDABLE?

Bajo el punto de vista epidemiológico y de Salud Pública, se necesitan planificar políticas nutricionales que aseguren el acceso de la población a un abanico amplio de alimentos y un correcto protocolo de toma de decisiones en la población a la hora de elegir qué dieta seguir.

• EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN

POBLACIONES OBJETO DE ESTUDIO

- ◆ Por edad
Infancia y adolescencia: Permite conocer el ritmo de crecimiento y desarrollo
Adultos: Datos sobre corpulencia y hábitos dietéticos
- ◆ Por género
Permite diferenciar hábitos entre hombres y mujeres

HERRAMIENTAS

- ◆ Perímetros corporales
Perímetro del brazo y cráneo
- ◆ Pliegues cutáneos
Mediante compases calibrados se mide la grasa acumulada
- ◆ IMC. $\text{Peso} / \text{altura}^2$
 - ✓ BP < 18
 - ✓ NP 18,5 – 25
 - ✓ SP 25 – 30
 - ✓ OB > 30



5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

5.- PRINCIPALES TRASTORNOS EN EL COMPORTAMIENTO NUTRICIONAL. OBESIDAD Y ANOREXIA

OBESIDAD: 1.-

•REFLEXIONEMOS

LA OBESIDAD
¿ENFERMEDAD O SÍNTOMA?



5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

5.- PRINCIPALES TRASTORNOS EN EL COMPORTAMIENTO NUTRICIONAL. OBESIDAD Y ANOREXIA

OBESIDAD: 1.- ALTA PREVALENCIA

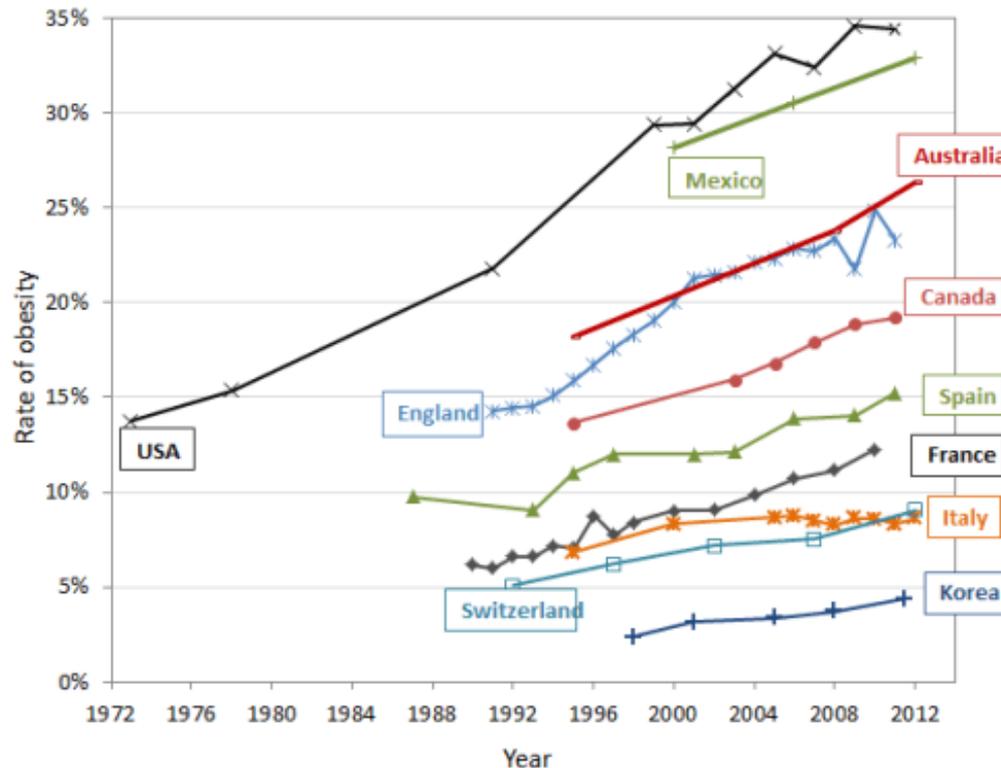


5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

5.- PRINCIPALES TRASTORNOS EN EL COMPORTAMIENTO NUTRICIONAL. OBESIDAD Y ANOREXIA

OBESIDAD: 2.- LA TENDENCIA ES CRECIENTE (sobre todo en niños y países pobres)

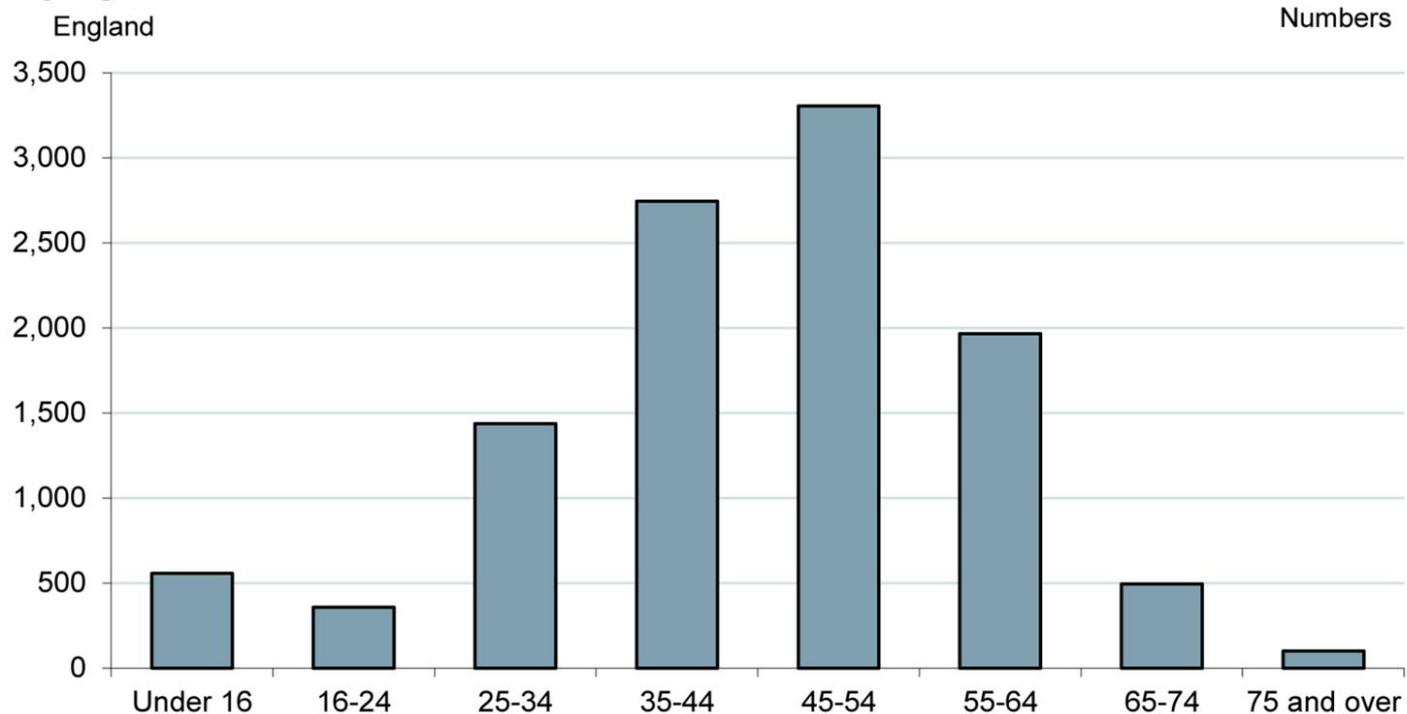


5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

5.- PRINCIPALES TRASTORNOS EN EL COMPORTAMIENTO NUTRICIONAL. OBESIDAD Y ANOREXIA

OBESIDAD: 3.- AFECTA A LA POBLACIÓN MÁS ACTIVA DE LA SOCIEDAD



Source: Hospital Episode Statistics, HES. Health and Social Care Information Centre

5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

5.- PRINCIPALES TRASTORNOS EN EL COMPORTAMIENTO NUTRICIONAL. OBESIDAD Y ANOREXIA

OBESIDAD: CAUSAS INDIVIDUALES

Factores genéticos

Se han identificado diferentes genes (como el OB que segrega la proteína leptina que se expresa en el hipotálamo) cuya mutación puede generar un apetito voraz. Si los progenitores son obesos existe un 40% de probabilidad de que los descendientes también lo sean (el 80% si lo son ambos progenitores)

Factores metabólicos u hormonales

La leptina es secretada por el tejido adiposo blanco e informa al hipotálamo de la cantidad de tejido adiposo presente en el organismo lo que estimula la secreción de un neuropéptido que inhibe el hambre. En los pacientes obesos la concentración de leptina sérica está aumentada lo que debería inhibir la ingesta pero no sucede así porque nos parcialmente insensibles a la acción de la leptina.

Factores psicológicos

La depresión (especialmente la de tipos estacional), algunos procesos psicóticos y el uso de fármacos antipsicóticos pueden asociarse a la obsidad

No explica el incremento tan grande de prevalencia en la población

5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

5.- PRINCIPALES TRASTORNOS EN EL COMPORTAMIENTO NUTRICIONAL. OBESIDAD Y ANOREXIA

OBESIDAD: CAUSAS COLECTIVAS

Factores ambientales

- Aumento de sedentarismo
- Ingesta de dietas hipercalóricas
- Incremento de restaurantes de comida rápida
- Máquinas expendedoras de bebidas azucaradas
- Alto consumo de comida precocinada
- Ingesta de snacks entre comidas
- Espacios residenciales que obligan al transporte privado

Factores Socio-económicos

- En los países más desarrollados, la obesidad suele estar ligada a los grupos sociales con menores ingresos (menor información, comida rápida y restaurantes de comida rápida)
- En los subdesarrollados en las capas sociales de mayor poder adquisitivo (más acceso a alimentos, obesidad considerada como signo de riqueza y poder...)

5.- PRINCIPALES TRASTORNOS EN EL COMPORTAMIENTO NUTRICIONAL. OBESIDAD Y ANOREXIA

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

- Los trastornos del comportamiento alimentario se caracterizan por una **perturbación grave del hábito alimentario**, por una excesiva preocupación por la figura, el peso corporal o por un trastorno mental subyacente



- Anorexia nerviosa
 - Bulimia nerviosa
 - Trastorno por atracón (Binge eating disorder).
-
- Se estima que la prevalencia de anorexia nerviosa entre adolescentes y adultos jóvenes oscila entre el 0,5 al 1%

5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

5.- PRINCIPALES TRASTORNOS EN EL COMPORTAMIENTO NUTRICIONAL. OBESIDAD Y ANOREXIA

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

- **Anorexia nerviosa:** se caracteriza por una **distorsión de la imagen corporal** que induce a una **ingesta reducida** férreamente **autoimpuesta** como método para controlar peso por un miedo patológico a engordar. **Se controla la sensación de hambre.**
- **Bulimia nerviosa:** se caracteriza por una conducta de **reducción de ingesta en la que no se controla la sensación de hambre**, por lo que se genera el **impulso de los atracones**. Tras el atracón para evitar el posible aumento de peso, utiliza conductas como el vómito autoinducido, el ejercicio físico, el ayuno o el abuso de laxantes. Esto genera una gran sensación de culpa por lo que se vuelve a intentar la dieta como método de control de peso.



5.- PRINCIPALES TRASTORNOS EN EL COMPORTAMIENTO NUTRICIONAL. OBESIDAD Y ANOREXIA

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO ¿PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA?

- Se estima que la prevalencia de anorexia nerviosa entre adolescentes y adultos jóvenes oscila entre el 0,5 al 1%
- Se considera un problema de salud pública por:
 - Vulnerabilidad de la población afectada (sobre todo chicas jóvenes aunque, en menor medida, también chicos)
 - Tendencia ascendente
 - Origina trastornos crónicos, discapacidades e incluso muerte prematura



LA ALIMENTACIÓN.... ¿es una elección individual? ¿lo que comemos, afecta a los demás? ¿es la obesidad una enfermedad?

VIAJAR EN AVIÓN

¿Eres gordo? Pues pagas el doble

Anuncios relacionados  [Viajes](#) [Viajar](#) [Obesidad](#) [Vuelos](#)

 Me gusta < 20

 +1 < 3

 Twittear < 11

La compañía United Airlines no siente simpatía por los gordos. Los pasajeros obesos tendrán que pagar dos asientos. Las compañías europeas tampoco descartan una tarifa adicional para los que tengan sobrepeso.

Ya se sabe que la vida no siempre es fácil para alguien con sobrepeso. Pantalones y jerseys gigantes: nada de eso se puede comprar en las tiendas normales, sólo en comercios especializados y pagando unos cuantos euros extras. También a la hora de subirse a un avión, los obesos tienen que soltar unos billetes más en Estados Unidos desde el pasado mes de abril. Las primeras compañías aéreas, entre ellas **United Airlines**, han aprobado normas bien claras: si un pasajero no cabe en el asiento, si no puede abrochar el cinturón de seguridad o si no logra bajar los apoyabrazos laterales, le toca pagar. Si por casualidad hay un asiento libre en el avión, tiene suerte y se le permite ocupar gratis dos asientos. De lo contrario le toca esperar el próximo vuelo, para el que le obligan a comprar un segundo billete. Si hay huecos libres en **clase Business** o **primera clase** se le ofrece igualmente la opción de pasar, pagando claro está, a asientos de esa zona del avión.



© Charles O'Rear/CORBIS

En su página web, la línea aérea explica el paso de la manera siguiente: "Por favor, comprenda que valoramos mucho el bienestar de nuestros clientes. Hemos introducido la normativa para garantizar que el vuelo con United sea cómodo y agradable para todas las personas a bordo." Además de United Airlines, otras ocho compañías han aprobado medidas parecidas, entre ellas Delta y Continental, según ha informado la prensa estadounidense.

Viajes en avión por Europa

Al parecer, en Europa, a los pasajeros gordos les esperan medidas semejantes. La **compañía de bajo coste** Ryanair ha realizado una encuesta entre sus clientes, en la que se pedían propuestas sobre tarifas extras a fin de mantener bajos los precios. 12.000 clientes eligieron sus preferencias. Entre las cinco más votadas estaba la relativa a los viajeros gordos: "tarifa de sobrepeso para los pasajeros obesos, calculada según el índice de masa corporal".

Tal vez les sirva de consuelo a los pasajeros corpulentos de United Airlines que, gracias al billete adicional, tienen derecho a un bulto de equipaje adicional, lo cual siempre es bienvenido.

© Bianca Gerlach



¿qué pensáis...?

5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

**LA ALIMENTACIÓN.... ¿es una elección individual?
¿lo que comemos, afecta a los demás?**

**TODOS NUESTROS ACTOS, POR ACCIÓN U OMISIÓN, TIENEN
CONSECUENCIAS EN LOS DEMÁS**

**Los hábitos nutricionales y alimentarios de una población constituyen un
factor determinante de su estado de salud y conlleva importantes
implicaciones sanitarias, económicas, sociales y políticas**



NO HAY MALOS ALIMENTOS SINO MALOS HÁBITOS

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

4.- COMPONENTES NUTRICIONALES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS A MALOS HáBITOS

AMINOÁCIDOS / PROTEÍNAS



4.- COMPONENTES NUTRICIONALES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS A MALOS HáBITOS

ÁCIDOS GRASOS

Funciones

- Función energética:
 - Combustibles a largo plazo (ácidos grasos)
 - Reserva energética (grasas)
- Función estructural:
 - Lípidos de membrana
- Reguladoras del metabolismo
 - Vitaminas y hormonas
- Participación en procesos inmunitarios, fisiológicos, etc.

Tipos

- **GRASAS SATURADAS :**
 - Conocidas como " grasas malas"
 - Son sólidas a temperatura ambiente.
 - En su mayoría proceden de alimentos de origen animal.
 - En exceso aumentan el colesterol y el riesgo de arteriosclerosis.
- **GRASAS INSATURADAS :**
 - Conocidas como " grasas buenas"
 - Líquidas a temperatura ambiente.
 - Abundan en los aceites vegetales y frutos secos.
 - Reducen el colesterol, son antiinflamatorias, previenen la arteriosclerosis, etc.



4.- COMPONENTES NUTRICIONALES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS A MALOS HÁBITOS

HIDRATOS DE CARBONO

Funciones

FUENTES DE ENERGÍA

- Aportan energía fácil de asimilar para el organismo.
- Son alimentos importantes para los niños y jóvenes en edad de crecimiento.

SISTEMA NERVIOSO

- Son el principal alimento de las neuronas y aportan vitaminas del grupo B que tonifican el cerebro.
- Deben tomar estos alimentos los estudiantes, personas con estrés o nerviosismo



Arroz



Fruta



Pan

Tipos

BUENOS

- Carbohidratos complejos.
- Digestión lenta.
- Alto contenido en fibra.
- No contienen azúcares añadidos.
- No provocan grandes picos de insulina.
- Indicados para perder peso.
- Sacian más.
- Te dan mayor energía.

MALOS

- Carbohidratos simples.
- Se digieren rápidamente.
- No tienen casi fibra al estar refinados.
- Azúcares añadidos.
- Provocan grandes picos de insulina por los azúcares añadidos.
- No sacian mucho.
- No dan mucha energía porque se consumen antes.

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

4.- COMPONENTES NUTRICIONALES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS A MALOS HáBITOS

VITAMINAS Y MINERALES



4.- COMPONENTES NUTRICIONALES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS A MALOS HáBITOS

PATOLOGÍAS RELACIONADAS A MALOS HáBITOS ALIMENTICIOS

- ENFERMEDADES ASOCIADAS A DESEQUILIBRIOS

ENF. CARDIOVASCULARES

CANCER

Epidemiológicamente se estima que el 35% de los cánceres guardan relación con factores nutricionales

DIABETES TIPO II

Relacionada con el desequilibrio en la ingesta de grasas saturadas.

- ENFERMEDADES CARENCIALES

OSTEOPOROSIS

Alimentos pobres en proteínas, vitaminas y minerales.

SIST. INMUNITARIO

Falta de ingesta de antioxidantes como la vit. C

ANEMIAS CARENCIALES

Carencias de hierro, ácido fólico, vit. B12. La OMS estima que entre el 15-25% de la población mundial presenta anemias carenciales

5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO





5

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

5.- EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UNA POBLACIÓN ¿CÓMO SABEMOS SI NUESTRA POBLACIÓN COME DE FORMA SALUDABLE?

•DEBERES

¿Que mete la gente en la
cesta de la compra?



<https://www.menti.com/o5duc18h7m>

HÁBITOS ALIMENTICIOS E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO



6.- PRINCIPALES TRASTORNOS EN EL COMPORTAMIENTO NUTRICIONAL. OBESIDAD Y ANOREXIA

- RECUERDA

Calcula la prevalencia de obesidad en el mundo considerando que la población obesa en 2013 era de 1200 millones de personas



EL IMPACTO DE LOS HÁBITOS SOCIALES EN LA SALUD PÚBLICA. *TABACO*



OBJETIVOS

- 1.Saber interpretar las tendencias de la epidemia del tabaco y el alcohol en el mundo y España.
- 1.Conocer las enfermedades asociadas con el consumo de estas sustancias.
- 1.Describir las estrategias empleadas para reducir el consumo de tabaco y alcohol.

6- TABAQUISMO

LA PROBLEMÁTICA DEL TABACO EN ESPAÑA

Comúnmente se llama **ocio** al tiempo libre que se dedica a actividades que no son ni trabajo ni tareas domésticas, que se eligen de **forma voluntaria** y que pueden ser consideradas como recreativas.



6 - TABAQUISMO

LA PROBLEMÁTICA DEL TABACO EN ESPAÑA

¿Os imagináis que CADA DÍA se estrellara un Boeing 737?

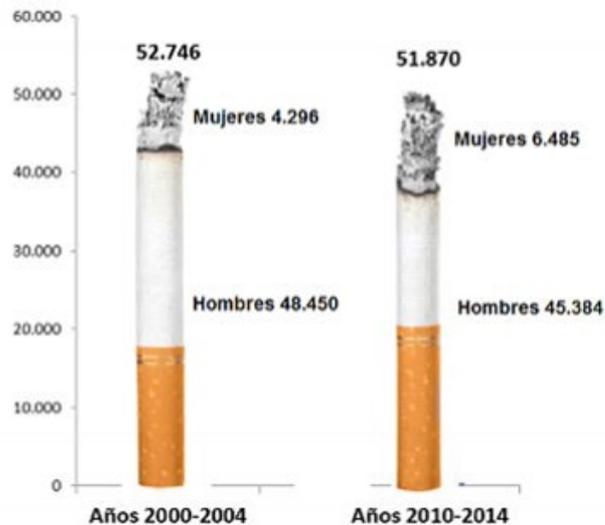
¿Cuánta gente moriría al año?

¿Qué harían las autoridades públicas?



No olvidemos el alcohol...

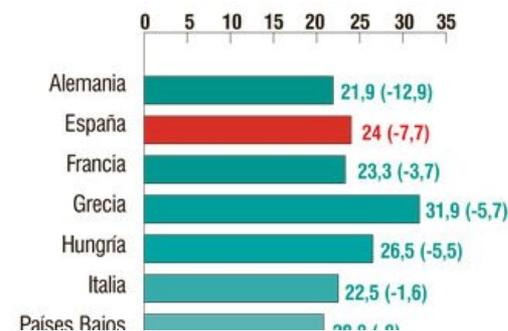
Media de muertes anuales vinculadas al tabaco en España



COMPARACIÓN CON DIEZ PAÍSES 'SIMILARES' DEL ENTORNO EUROPEO

Fumadores diarios. Porcentaje de adultos mayores de 15 años.

Consumo de alcohol. Litros 'per cápita' en adultos mayores de 15 años.



6

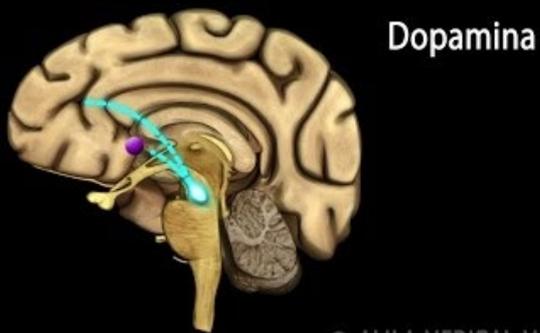
HÁBITOS SOCIALES Y DE OCIO DE IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

6.1 - TABAQUISMO

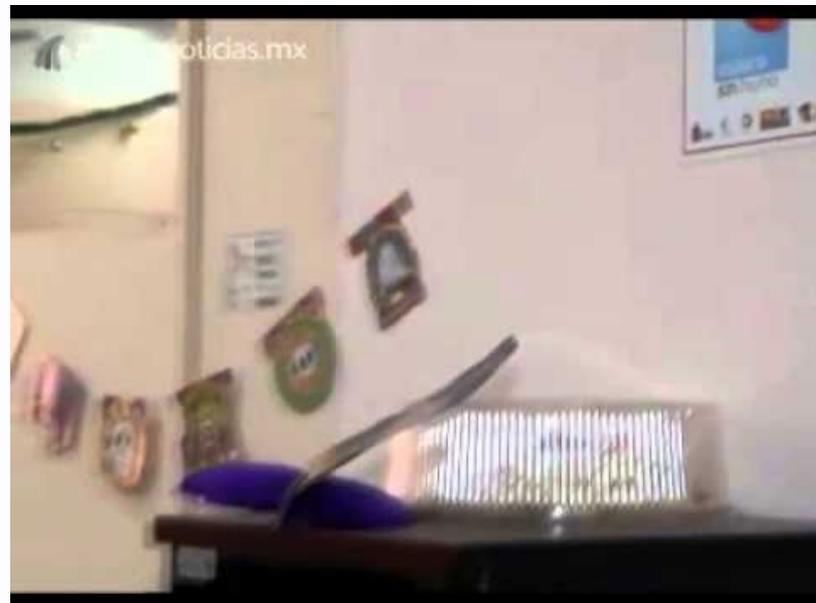
**¿CÓMO SE GENERAN LAS
ADICCIONES?**

**EL TABAQUISMO Y LA SALUD
PÚBLICA**

Vías de recompensa en el cerebro



<https://youtu.be/YXzlQFMFgLw>



<https://youtu.be/33LKrkJlHkA>

6- TABAQUISMO

LA PROBLEMÁTICA DEL TABACO EN ESPAÑA

SALUD - En otros países está vetado ante menores

Sanidad estudia prohibir fumar en los coches privados

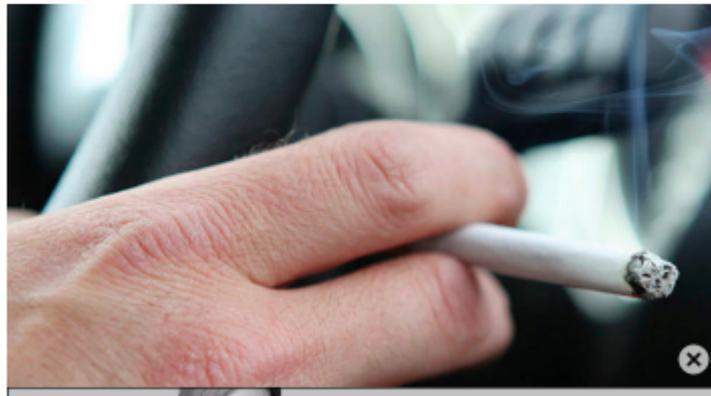
DENÍS IGLESIAS
@denis_iglesias

Viernes, 10 mayo 2019
- 18:32



Ver 33 comentarios

La Ministra María Luisa Cercedo dijo que "es una de las muchas medidas" que contempla para combatir el tabaquismo en España.



6 - TABAQUISMO

¿QUÉ OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL OCIO PUEDEN TENER UN IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO?

AÑO	MUERTOS	HERIDOS	ILESOS	FALSAS ALARMAS	TOTAL INTERVENCIONES
1981	11	39	72	Sin contabilizar	64
1982	41	91	90	Sin contabilizar	124
1983	23	91	91	Sin contabilizar	145
1984	36	117	121	Sin contabilizar	177
1985	34	82	127	Sin contabilizar	155
1986	44	100	116	Sin contabilizar	198
1987	67	138	154	Sin contabilizar	242
1988	45	142	181	Sin contabilizar	244
1989	50	152	202	32	234
1990	70	218	268	61	337
1991	74	189	276	33	333
1992	61	225	311	38	344
1993	60	290	353	46	424
1994	69	297	350	57	427
1995	75	331	414	35	487
1996	77	337	586	41	530
1997	58	339	646	28	543
1998	67	320	612	47	511
1999	63	364	454	44	558
2000	55	317	659	22	530
2001	78	450	1155	24	710
2002	90	391	911	32	746
2003	78	433	1043	24	740
2004	103	417	571	20	700
2005	90	444	862	31	725
2006	97	396	858	27	741
2007	84	447	789	50	771
2008	104	458	789	65	881
2009	94	465	729	102	779
2010	106	622	736	92	809
2011	113	449	792	68	761
TOTALES	2.116	9.141	15.217	1.018	14.970



INTRODUCCIÓN

Uno de los desafíos actuales de la Salud Pública es reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de tabaco.

¿Por qué el tabaco es una prioridad en Salud Pública?

- Por su incidencia y prevalencia
- Por su gravedad
- Por su preventibilidad
- Por su progresión
- Por su impacto económico
- Por su relación con la pobreza
- Por su la capacidad de presión e influencia de la industria tabaquera



ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL TABAQUISMO

1.- PREGUNTAS CLAVE (Historia clínica)

En la primera fase de la epidemiología hemos de contextualizar el problema objeto de estudio y para ello debemos conocer aspectos esenciales de la población y de la distribución del problema en ella. Focalizamos el análisis en los aspectos cuantitativos y en la identificación de los determinantes.

¿A quién afecta?

¿Cuál es su distribución geográfica?

¿Cuál es la magnitud del problema por grupos de edad?

¿Cuál es la magnitud del problema por géneros?

¿Cuál es la magnitud por nivel socioeconómico?

¿Qué consecuencias tiene para la salud?

¿Qué elementos sociales, sanitarios, políticos, culturales, religiosos, etc... condicionan o determinan su aparición?

...etc.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL TABAQUISMO

2.- INVESTIGACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS (Exploración del paciente)

En esta fase se trata de cuantificar los aspectos identificados en la fase anterior. En el caso concreto del tabaquismo miraremos las tasas de incidencia y sobretodo, la prevalencia por grupos de edad, sexo, distribución geográfica, etc.

- Según datos de la OMS, la epidemia de tabaquismo **mata cada año a casi 6 millones de personas.**
- Más de **600.000** ocurren entre personas no fumadoras expuestas al humo de tabaco.
- Además las previsiones de la OMS es que para el año 2030 esta cifra aumentará hasta aproximadamente **10 millones de personas**



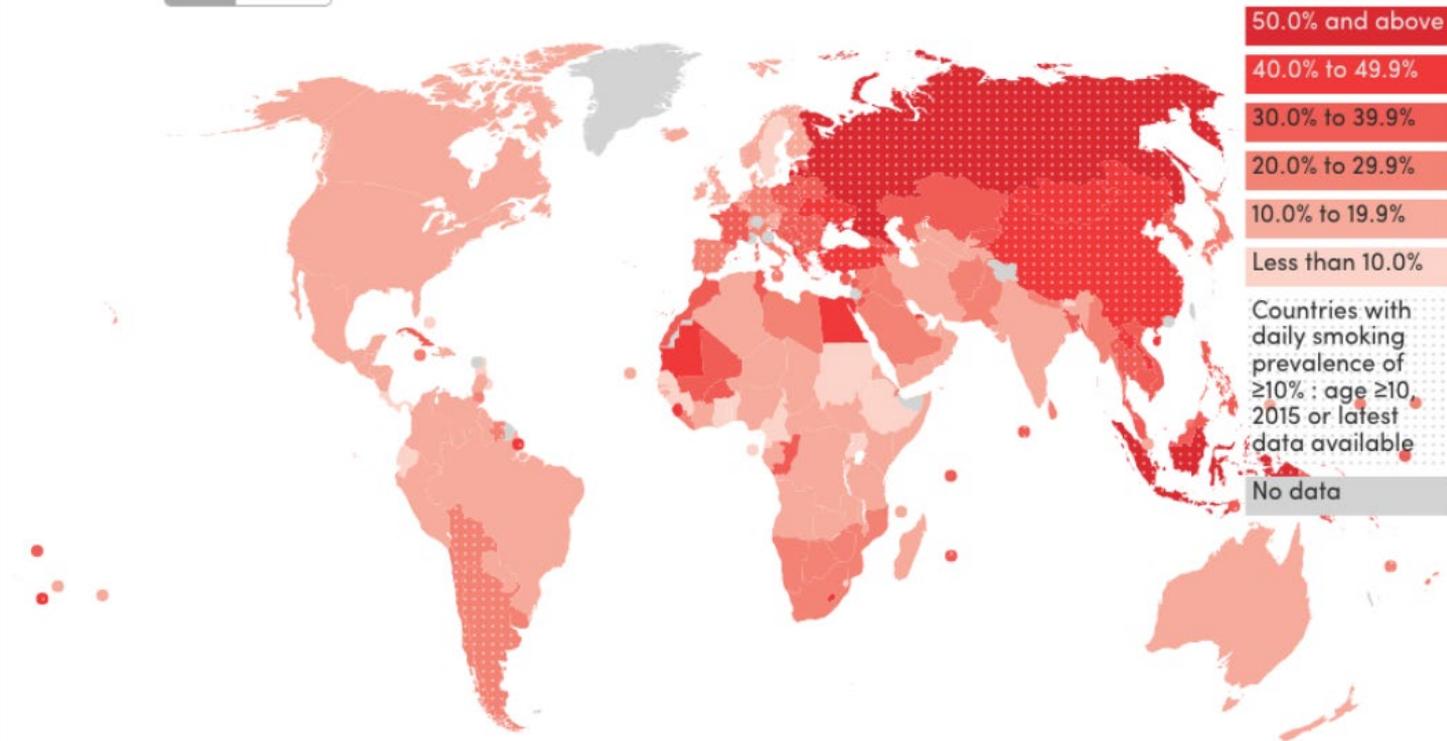
- El consumo de tabaco es un **factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo.**
- **¿Qué indicador / es podríamos utilizar?**

MAGNITUD: PREVALENCIA POR ZONA GEOGRÁFICA

Male and Female Smoking

Percentage of adult males and females who smoke daily: age ≥ 10 , 2015 or latest data available

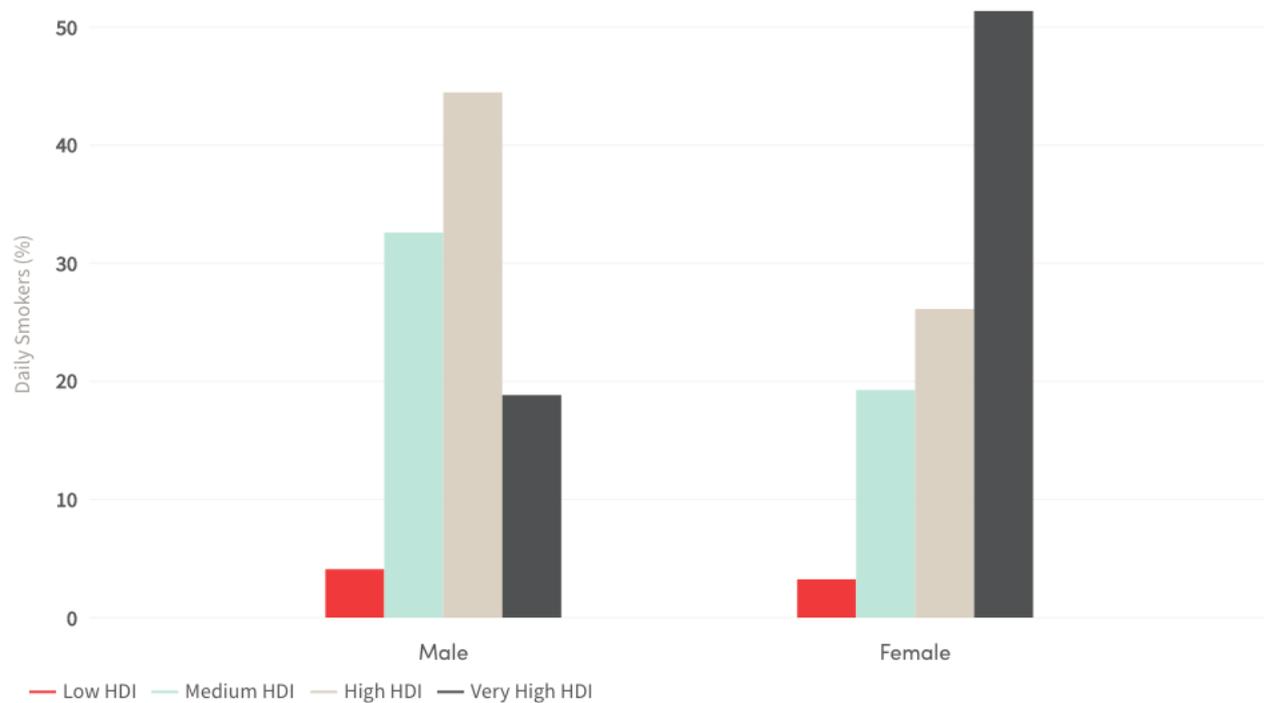
Filters: Male Female



MAGNITUD: PREVALENCIA EN EL MUNDO POR GÉNERO

Global Distribution of Smokers

Three quarters of male daily smokers live in countries with medium- or high-HDI, whereas half of female daily smokers live in very high-HDI countries.



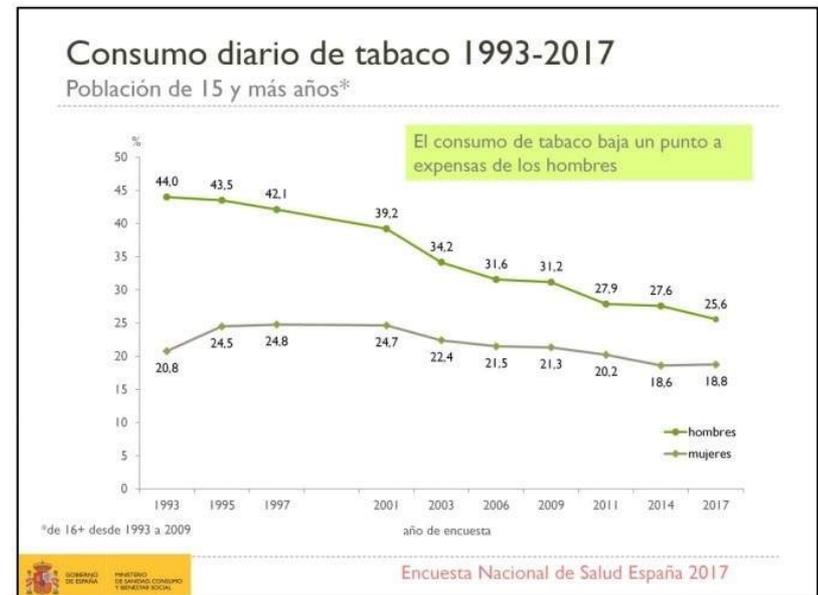
Male and female daily smokers globally, age ≥10 years, 2015, by country human development index

Sources

GBD Tobacco Collaborators

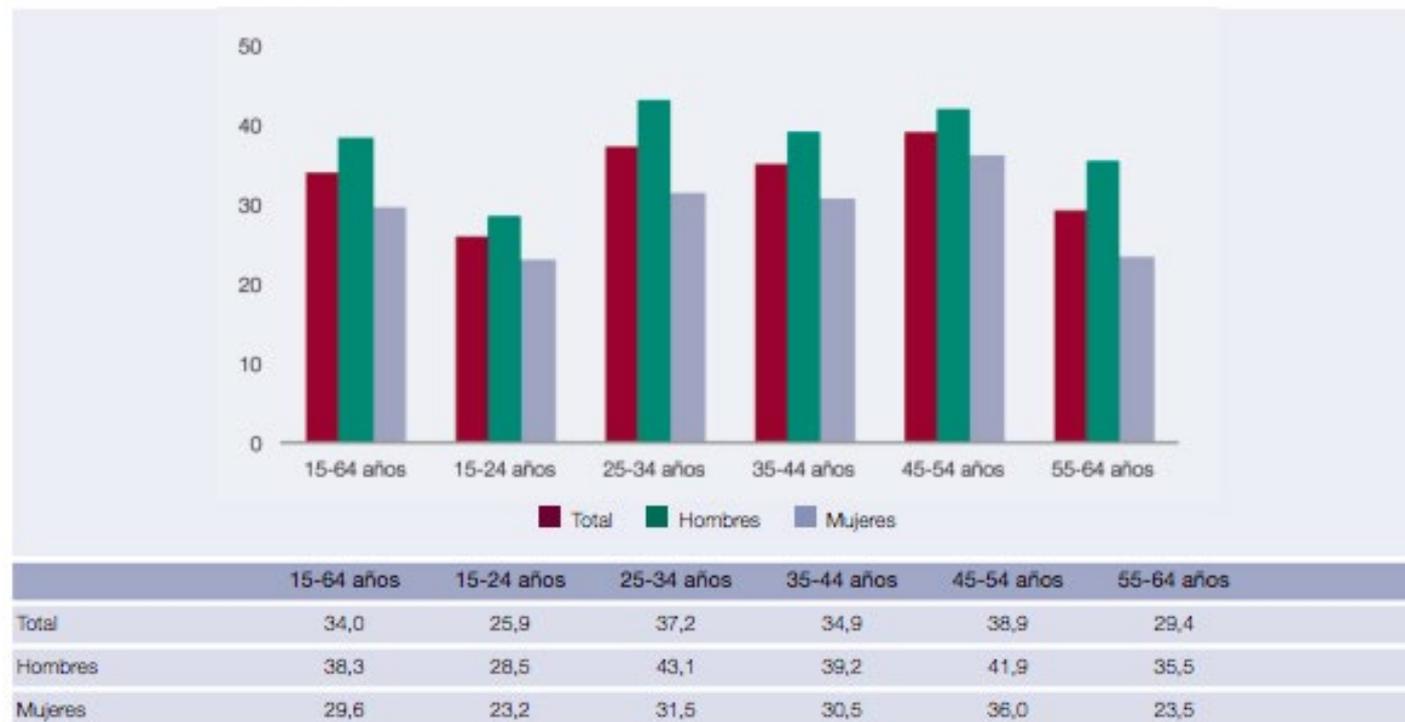
MAGNITUD: PREVALENCIA EN ESPAÑA POR GÉNERO

- El tabaquismo es un factor de riesgo muy prevalente en España.
- Según la encuesta nacional de salud, en 2006 la prevalencia del consumo de cigarrillos era del 30% con una cierta tendencia disminuir.
- Hay una mayor prevalencia de este hábito en hombres que en mujeres, pero la evolución ha sido distinta
 - En los hombres hay una tendencia descendente desde 1978 (65%) hasta 2006 (36%).
 - En las mujeres, aumentó mucho entre 1978 y 1995 (del 17 al 27%) manteniéndose estable desde entonces con una ligera disminución desde 2003 hasta 2006 (25%)



1.1.58.

Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL TABAQUISMO

3.- CONCLUSIONES EPIDEMIOLÓGICAS (Diagnóstico del paciente)

- La distribución geográfica, por género y edad es muy HETEROGÉNEA a nivel global. Esto obliga a las autoridades sanitarias a identificar con precisión aquellas poblaciones más vulnerables sobre las que actuar.
- El hábito del tabaquismo está fuertemente vinculado a cuestiones culturales y de índole religioso, sobretodo en países más pobres, con menor nivel cultural y con un déficit importante de sistemas sanitarios y políticas legislativas restrictivas.
- Los hombres fuman más que las mujeres a excepción de los países ricos europeos. La franja de edad con mayor prevalencia es la de mediana edad aunque la franja de edad de los más jóvenes es la más vulnerable.
- En cuanto a nivel socioeconómico, el porcentaje de población que ha dejado de fumar es mayor en los niveles educativos más altos en todos los segmentos de edades.

¿Hay alguna diferencia en el tipo de tabaco consumido en función del sexo?

Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES

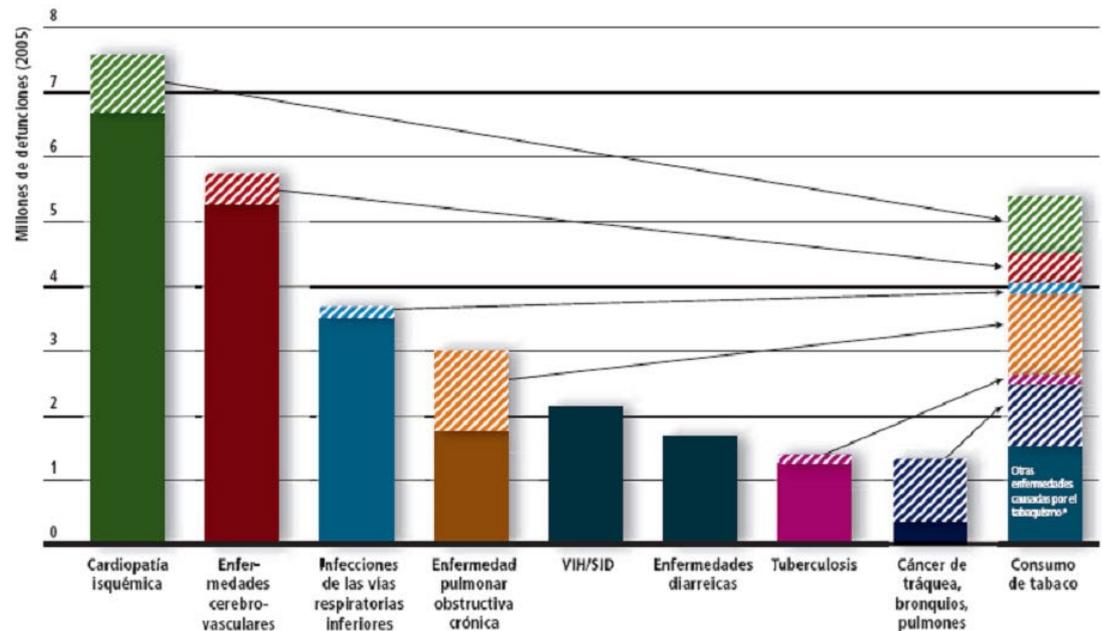


¿Cuál ha sido la evolución en la edad media de inicio al consumo de tabaco de 2009 al 2020?

FACTORES DE RIESGO: 1.- PATOLOGÍAS ASOCIADAS

- El consumo de cigarrillos es la causa de varias **enfermedades**: cáncer en varios órganos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, obstrucción crónica y úlcera péptica, entre otras.

EL CONSUMO DE TABACO ES UN FACTOR DE RIESGO DE SEIS DE LAS OCHO CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD EN EL MUNDO



FACTORES DE RIESGO: 2.- POBREZA

El 80% de las defunciones por tabaquismo ocurren en el mundo en desarrollo

Por desgracia, la epidemia avanza ahora hacia el mundo en desarrollo donde, en el curso de los próximos decenios, se producirá más de 80% de las defunciones relacionadas con el tabaco.

Este cambio de rumbo obedece a una **estrategia de comercialización mundial** que permite a la industria tabacalera llegar a los jóvenes y adultos del mundo en desarrollo.

Además, como actualmente la mayoría de las mujeres no consumen tabaco, la industria tabacalera se dirige a ellas persuasivamente para acceder a ese posible mercado nuevo.

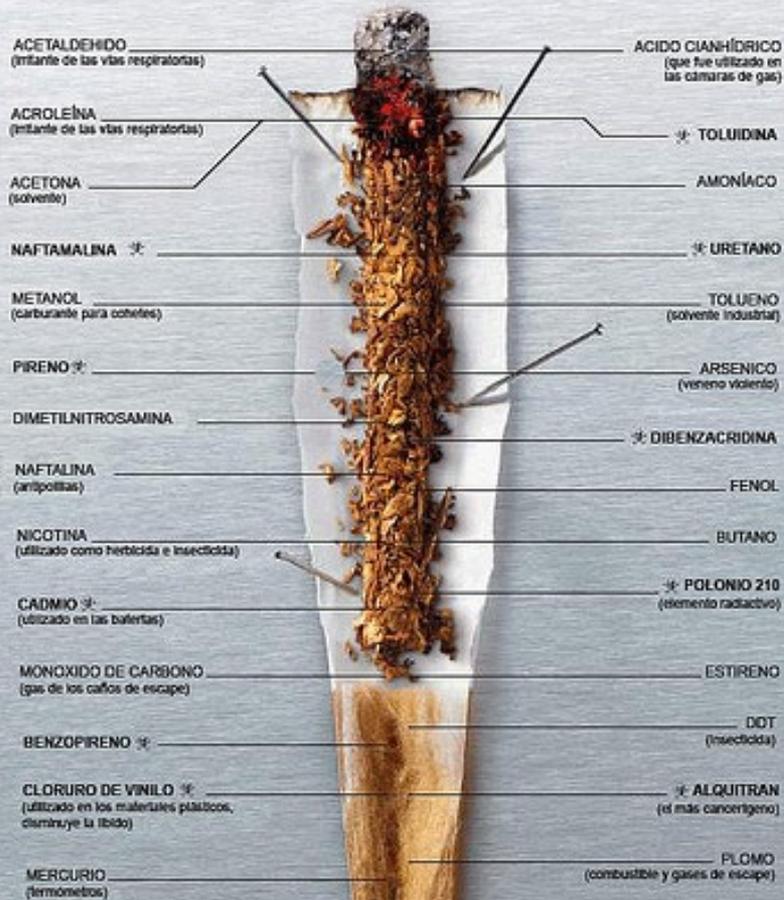


FACTORES DE RIESGO: 3.- COMPOSICIÓN DEL TABACO



- La combustión del cigarrillo genera libera además de nicotina, que es la sustancia responsable de la adicción **hasta 42 carcinógenos reconocidos** por la Agencia Internacional del Cáncer.

AUTOPSIA DE UN ASESINO



FACTORES DE RIESGO: 3.- COMPOSICIÓN DEL TABACO

Tabla 35-1. Compuestos tóxicos y carcinógenos presentes en el humo ambiental del tabaco

Irritantes y tóxicos	Carcinógenos
Amoníaco	Benzo[a]pirenos
Acetona	Naftilaminas
Arsénico	Dibenzocridina
Formaldehído	Aminobifeniles
Nicotina	Butadieno
Monóxido de carbono	Benceno
Nicotina	Butadonas
Tolueno	Naftalina
Dióxido de nitrógeno	Cadmio
Cianamida	Cloruros de vinilo
Acroleína	Cromo
	Polonio-2

FACTORES DE RIESGO: 4.- TABAQUISMO PASIVO

- El fumador inhala activamente el 25% del humo del tabaco en la denominada “**corriente principal**” que viaja a los pulmones.
- El 75% restante procede de la combustión pasiva del tabaco entre las caladas, es la llamada “**corriente secundaria**” o lateral que pasan directamente a la atmósfera.
- Ambas corrientes presentan los compuestos tóxicos señalados e incluso algunos se encuentran en más concentración en la corriente secundaria.
- Son **fumadores pasivos** aquellos que inhalan humo del tabaco no originado por su propio consumo.



- Para los fumadores pasivos, la inhalación de humo puede llegar a constituir **la tercera causa de muerte en los países desarrollados** después del tabaquismo activo y el alcoholismo.

FACTORES DE RIESGO: TABAQUISMO PASIVO, DATOS

- La exposición al humo del tabaco puede ocurrir en los hogares, en los lugares de trabajo o en áreas recreativas.

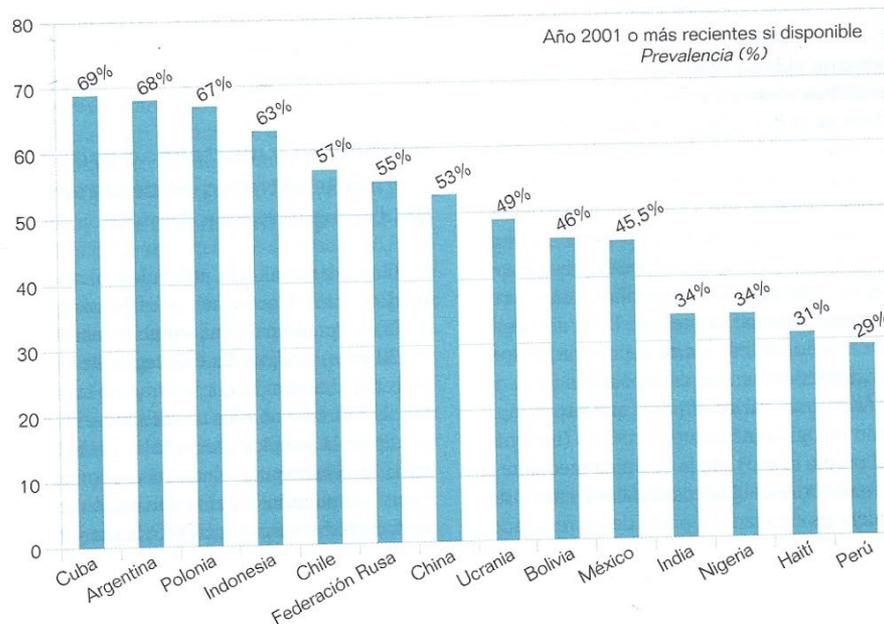


FIGURA 77-6. Prevalencia de tabaquismo pasivo en la infancia. Figura adaptada y traducida de *The Tobacco Atlas*, World Health Organization 2002.

TABLA 77-10. Número medio anual de afectados por el tabaquismo pasivo en Estados Unidos (década de 1990)

Adultos

- Cáncer de pulmón: 3.000
- Enfermedad isquémica del corazón: 35.000-62.000

Edad infantil (incluidos los neonatos)

- Bajo peso al nacer: 9.700-18.600
- Muerte súbita del lactante: 1.900-2.700
- Bronquitis o neumonía en neonatos: 150.000-300.000

Trastornos respiratorios en niños (excluidos los neonatos)

- Otitis media: 700.000-1.600.000
- Asma (inducción de nuevos casos): 8.000-26.000
- Asma (exacerbación): 400.000-1.000.000

- Dado que aproximadamente 1000 millones de adultos en el mundo son fumadores, la OMS estima que entorno a unos 700 millones de niños – casi la mitad de la población mundial- respira aire contaminado por humo de tabaco, principalmente en el propio domicilio.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL TABAQUISMO

4.- Prevención y control (Tratamiento del paciente)

La epidemia de tabaquismo es prevenible.

El ser humano ha causado la epidemia de tabaquismo, que es totalmente prevenible. Aun así, menos de 10% de la población mundial vive en países que protegen como es debido a su población mediante alguna de las intervenciones normativas clave que han permitido reducir sustancialmente el consumo de tabaco en los países que las han aplicado.



TABLA 77-11. Prevención y control del tabaquismo

Principio fundamental: protección de la salud

Objetivo: reducir la morbilidad causada por el tabaco

Estrategia general: actuar sobre el factor causal (es decir, sobre el tabaco y su consumo)

Ejes principales para la articulación de las intervenciones:

Impedir la iniciación al consumo de tabaco

Fomentar y facilitar el abandono del consumo de tabaco

Condiciones básicas necesarias para el éxito y el buen funcionamiento de un plan para la prevención y el control del tabaquismo:

Abordaje integral del problema:

Buen conocimiento técnico del problema y concreción técnica para el desarrollo de las medidas e intervenciones: qué hacer, por qué y cómo (implementación efectiva)

Decisivo liderazgo y apoyo político e institucional, sensible al problema y consciente de su gravedad

Marco legal adecuado

Adecuada dotación de recursos

Previsión y dotación presupuestaria no sólo para implantar las medidas, sino también para su seguimiento, evaluación y mejora

Participación social

Integración y coordinación adecuadas de todas las instancias implicadas en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del programa

Intervenciones

Tipos de medidas:

Políticas

Legislativas

Educativas

Sanitarias:

Vigilancia epidemiológica

Medidas de salud pública

Medidas asistenciales y terapéuticas

Investigación

Ámbitos de intervención:

Centros educativos

Centros de trabajo

Medio sanitario

Lugares de ocio

Hogar

Medio ambiente

**FACTORES DE
RIESGO:
PREVENCIÓN Y
CONTROL**

Ejemplos de intervenciones de eficacia y efectividad demostradas:

Aumento del precio de los productos del tabaco (políticas fiscales que inciden sobre el incremento de los impuestos sobre los productos del tabaco)

Prohibición de la publicidad (directa e indirecta) y cualquier otra forma de promoción o patrocinio.

Prohibición del consumo de tabaco en centros educativos, centros de trabajo, lugares de ocio, etc. (en el marco de las políticas de «espacios sin humos», para la protección frente al tabaquismo pasivo y la protección de un medio ambiente limpio)

Campañas de información y sensibilización dirigidas a la población (a través de los medios de comunicación)

FACTORES DE RIESGO: PREVENCIÓN Y CONTROL

Ejemplos de intervenciones de eficacia y efectividad demostradas:



- Aumento del precio de los productos del tabaco (políticas fiscales que inciden sobre el incremento de los impuestos sobre los productos del tabaco (directa e indirecta) y cualquier otra forma de promoción o patrocinio).
- Prohibición de la publicidad (directa e indirecta) y cualquier otra forma de promoción o patrocinio.
- Prohibición del consumo de tabaco en centros educativos, centros de trabajo, lugares de ocio, etc (en el marco de las políticas de “espacios sin humo”) para la protección frente al tabaquismo pasivo y la protección de un medio ambiente limpio.
- Campañas de información y sensibilización dirigidas a la población (a través de los medios de comunicación)

PREVENCIÓN Y CONTROL



Las seis políticas MPOWER para poner freno a la epidemia.

La estrategia MPOWER de la OMS incluye las seis políticas más eficaces que pueden poner freno a la epidemia de tabaco:

- **M**onitoring: Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención
- **P**rotecting: Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco
- **O**ffering: Ofrecer ayuda para poder dejar de consumir tabaco
- **W**arning: Advertir de los peligros del tabaco
- **E**nforcing: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
- **R**aising: Elevar los impuestos al tabaco



PREVENCIÓN Y CONTROL



Política MPOWER N° 1: Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención

Es preciso impulsar la evaluación del consumo de tabaco y sus efectos. Actualmente, la mitad de los países del mundo - dos de cada tres en el mundo en desarrollo - no disponen siquiera de información básica sobre el consumo de tabaco entre jóvenes y adultos.

TOBACCO KILLS UP TO ONE IN EVERY TWO USERS

Of the more than 1 billion smokers alive today, around 500 million will be killed by tobacco



PREVENCIÓN Y CONTROL



Política MPOWER N° 2: Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco.

El consumo de tabaco está permitido en las oficinas públicas, los espacios de trabajo y otros lugares cerrados de más de la mitad de los países del mundo, lo que representa cerca de las dos terceras partes de la población mundial.

La aplicación de políticas que favorecen los lugares de trabajo libres de tabaco en varios naciones industrializadas ha permitido reducir su consumo entre los empleados en un 29% por término medio.



PREVENCIÓN Y CONTROL



Política MPOWER N° 3: Ofrecer ayuda para poder dejar de consumir tabaco.



Tres de cada cuatro fumadores, conscientes de los peligros del tabaco, quieren dejar de fumar.

Sólo el 5% de la población mundial dispone de servicios completos para el tratamiento de la dependencia del tabaco.

A los fumadores les resulta difícil abandonar su hábito sin ayuda, y la mayoría debe recurrir a ella para superar su dependencia.

Los sistemas de atención de salud de los países son los principales responsables de ofrecer el tratamiento para la dependencia del tabaco.

PREVENCIÓN Y CONTROL



Política MPOWER N° 4: Advertir de los peligros del tabaco

Las advertencias gráficas en los paquetes de productos de tabaco disuaden de su consumo, pero sólo en 15 países, que representan el 6% de la población mundial, es obligatorio incluir advertencias ilustradas que abarquen al menos el 30% de la superficie principal.

Más del 40% de la población mundial vive en países donde no se impide el uso de términos desorientadores y engañosos en los paquetes, por ejemplo, «light», «ligeros» y «con bajo contenido en alquitrán», ninguno de los cuales significa que se reduzca de hecho el riesgo para la salud.



Published on Apr 12, 2013

Los resultados de un estudio desarrollado por investigadores del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada concluyen que las imágenes preventivas que la Comisión Europea propone incluir en las cajetillas de tabaco para reducir su consumo no tienen el impacto deseado en las personas fumadoras, porque tan sólo a una parte les resultan realmente desagradables.

El trabajo de investigación ha evaluado el impacto de las imágenes entre las personas a través de una encuesta y la realización de pruebas fisiológicas con un polígrafo. Para los investigadores, algunas de estas imágenes no sólo no son percibidas como negativas por la gente, sino que incluso les resultan positivas, por lo que podrían provocar el efecto contrario: un acercamiento al tabaco.

PREVENCIÓN Y CONTROL



Política MPOWER N° 5: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio

Alrededor de la mitad de los niños del mundo vive en países donde no se prohíbe la libre distribución de los productos de tabaco.

Estudios comparativos a escala nacional, realizados antes y después de prohibir la publicidad del tabaco, muestran que tras las prohibiciones, su consumo ha disminuido hasta un 16%.

PREVENCIÓN Y CONTROL



10.- Política MPOWER N° 6: Aumentar las tasas al tabaco

En general, un aumento del 10% en los impuestos al tabaco disminuye su consumo en un 4% en los países con ingresos elevados, y en cerca de un 8% en los de ingresos bajos y medianos.

Un aumento del 70% en el precio del tabaco evitaría hasta una cuarta parte de todas las muertes conexas entre los fumadores actuales.

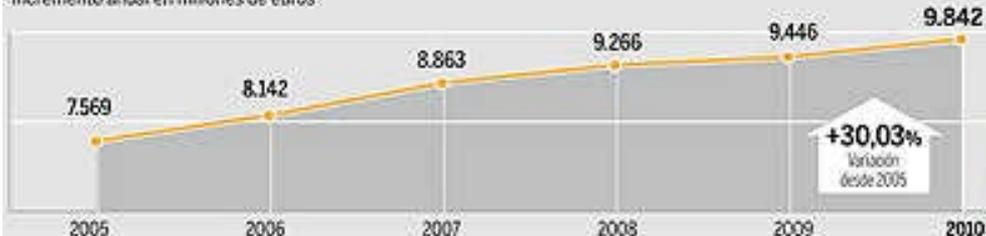


PREVENCIÓN Y CONTROL

Los números del tabaco

Recaudación del Estado en impuestos especiales e IVA del tabaco

Incremento anual en millones de euros:



Venta de cajetillas

En millones

-28,09%

Variación desde 2005



3.300

millones de €
Coste para la Sanidad pública de los tratamientos para dejar de fumar

Desglose del coste del tabaco

Sobre un precio medio de 3,65 euros/cajetilla



Fuente: Agencia Tributaria y Concepción para el Mercado de Tabacos

Infografía LARQ

La política europea antitabaco es un "enorme fracaso"

Agencias | 3/05/2013 - 10:26

3 comentarios



Puntúa la noticia : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1180 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1190 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197



HÁBITOS SOCIALES Y DE OCIO DE IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

FIN TEMA 6

HÁBITOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO

LA SALUD LABORAL Y SU IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO. *Estrés y lesiones laborales*





7

LA SALUD LABORAL Y SU IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO.

OBJETIVOS

- 1.- Identificar y reconocer las principales causas de trastornos de salud relacionadas con el trabajo y el desempeño de la actividad profesional.
- 2.- Identificar y reconocer sus magnitudes y relevancia epidemiológica como problema de salud pública.

7

LA SALUD LABORAL Y SU IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO.



¿Qué riesgos afrontan estos trabajadores?

Los principales problemas de salud relacionados con el desempeño de una actividad laboral son:

- **ESTRÉS**
- **PROBLEMAS POSTURALES**
- **ACCIDENTES**

¿Quiénes son trabajadores?

- A efectos epidemiológicos y de salud, cualquier persona que desempeñe una actividad rutinaria y continuada sea o no asalariada
- A efectos de legislación laboral, sí que es necesario tener un contrato laboral para entrar en la categoría de “trabajador” (o ser autónomo dado de alta en la Seg. Social).

7

LA SALUD LABORAL Y SU IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO.

¿Qué tiene esto que ver con la fisioterapia?

Los fisioterapeutas reclaman formar parte de los Servicios de Prevención

Con motivo del Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo, el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) instó en un comunicado a las administraciones públicas y a los empresarios a incorporar la figura del fisioterapeuta en los equipos de Salud Laboral, considerándolo como un factor "clave" para reducir las incapacidades laborales debidas a las lesiones de tipo postural.

<https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-fisioterapeutas-instancias-administraciones-empresarios-incorporar-profesionales-equipo-salud-laboral-20110428141252.html>

¿Qué os hace sentir estresados?

¿Que consecuencias en vuestra salud tiene el estrés?

¿El estrés es bueno o es malo?

¿Tenemos todos claro que es el estrés?



DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO





DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

PORQUE ES IMPORTANTE TRATAR DE ESTE TEMA

¿Qué origina la discapacidad?

Muchos de los problemas de salud analizados en clase conllevan cierto grado de discapacidad

Encuesta Europea de Salud en España (ESEE)
Año 2020¹

El 75,5% de la población de 15 y más años valoró su estado de salud como bueno o muy bueno en 2020, casi cinco puntos más que en 2014

El número de fumadores diarios mantuvo su tendencia a la baja y se situó en el 19,8% de las personas de 15 y más años

La sensación de estar decaído, el poco interés o alegría por hacer cosas y los problemas para dormir aumentaron en los primeros meses de pandemia

ENLACE A LA ENCUESTA DE 2020
https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf



DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA?

“Es dependiente la persona que por razones ligadas a la **falta** o a la **pérdida** de capacidad física, psíquica, intelectual, emocional o sensorial, tiene necesidad de una **asistencia y/o ayuda importante** para la realización de las actividades de la vida diaria”

Consejo de Europa 1998



DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

CONCEPTOS A DIFERENCIAR

DISCAPACIDAD

Dificultad (*que no imposibilidad*) para realizar actividades que según la edad, sexo y entorno social se consideran básicas para la vida diaria tales como el cuidado personal, las relaciones sociales y la actividad económica.

INVALIDEZ (*Incapacidad Permanente*)

Término jurídico dentro del campo de la regulación laboral.

Menoscabo o déficit anatómico o funcional que sufre el paciente después de una rehabilitación llevada al máximo y que se considera estable y no mejorable y que imposibilita para la vida laboral.

REHABILITACIÓN

Proceso global de terapias aplicadas y encaminadas a facilitar, mejorar y recuperar las capacidades físicas, sociales, laborales y emocionales de personas que han sufrido daño en su salud



DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DISCAPACIDAD POR GRUPO DE EDAD?

MENORES DE 6 AÑOS

- Defectos congénitos 42%
- Enf. Común (cancer, estilos de vida, infecciones) 40%
- Problemas asociados al parto 10%
- Otras causas 8%

DE 6 A 64 AÑOS

- Enfermedades comunes asociadas a estilos de vida, cáncer e infecciones 75%. Esencialmente ictus y traumas cerebrales
- Problemas hereditarios 10%
- Accidentes trabajo 5%
- Enf. Profesional 3%
- Accidentes tráfico 2%
- Otros accidentes 5%

MAYORES DE 65 AÑOS

- Enfermedades comunes asociadas a estilos de vida, cáncer e infecciones 55%. Sobre todo problemas crónicos osteomusculares y articulares.
- Enfermedades degenerativas 35%
- Accidentes y otras causas 10%



DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

¿QUÉ HACEN LOS ESTADOS PARA PALIAR ESTE PROBLEMA DE LA SOCIEDAD?

PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

Para la atención de las enfermedades y deterioros de la salud física y psicológica



PRESTACIONES ECONÓMICAS

En forma de ayudas y pensiones que buscan evitar el aislamiento social



SERVICIOS SOCIALES

Prestaciones dirigidas fundamentalmente a aspectos asistenciales





DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

TRIBUNALES MÉDICOS. TIPOS DE INCAPACIDAD LABORAL

Incapacidad Temporal (IT)

Esta situación se da cuando una persona se ha dado de baja por una enfermedad, que puede ser puntual, por enfermedad común o accidente laboral o no laboral

La duración de la incapacidad temporal se puede prolongar hasta los 365 días, momento este en que se puede estudiar y valorar la posibilidad de que la incapacidad se convierta en permanente

Incapacidad Permanente (IP)

Tras tratamiento médico y rehabilitador, se ha alcanzado el máximo nivel de recuperación pero el trabajador está incapacitado para trabajar.

Incapacidad Permanente Parcial (IPP). Esto ocurre cuando la enfermedad que le ha llevado a continuar en situación de incapacidad, le ha producido una disminución de un 33% de su rendimiento en sus tareas profesionales.

Incapacidad Permanente Total (IPT). Esta situación, indica que el trabajador no puede realizar las tareas que venía realizando en su trabajo habitual, pero esto no quita que pueda hacer otra clase de trabajos distintos al que venía haciendo.

Incapacidad Permanente Absoluta (IPA). Esta incapacidad inhabilita a la persona para toda las profesiones.

Gran Invalidez (GI). En el caso de que el trabajador haya llegado a esta situación de gran invalidez y que necesite un cuidador para sus tareas diarias, se le añade una ayuda económica.

¿Qué son las lesiones permanentes no invalidantes?

Se llaman así a las lesiones derivadas de un trabajo, por enfermedad profesional o accidente, dejando secuelas que físicamente disminuyen la capacidad del trabajador.



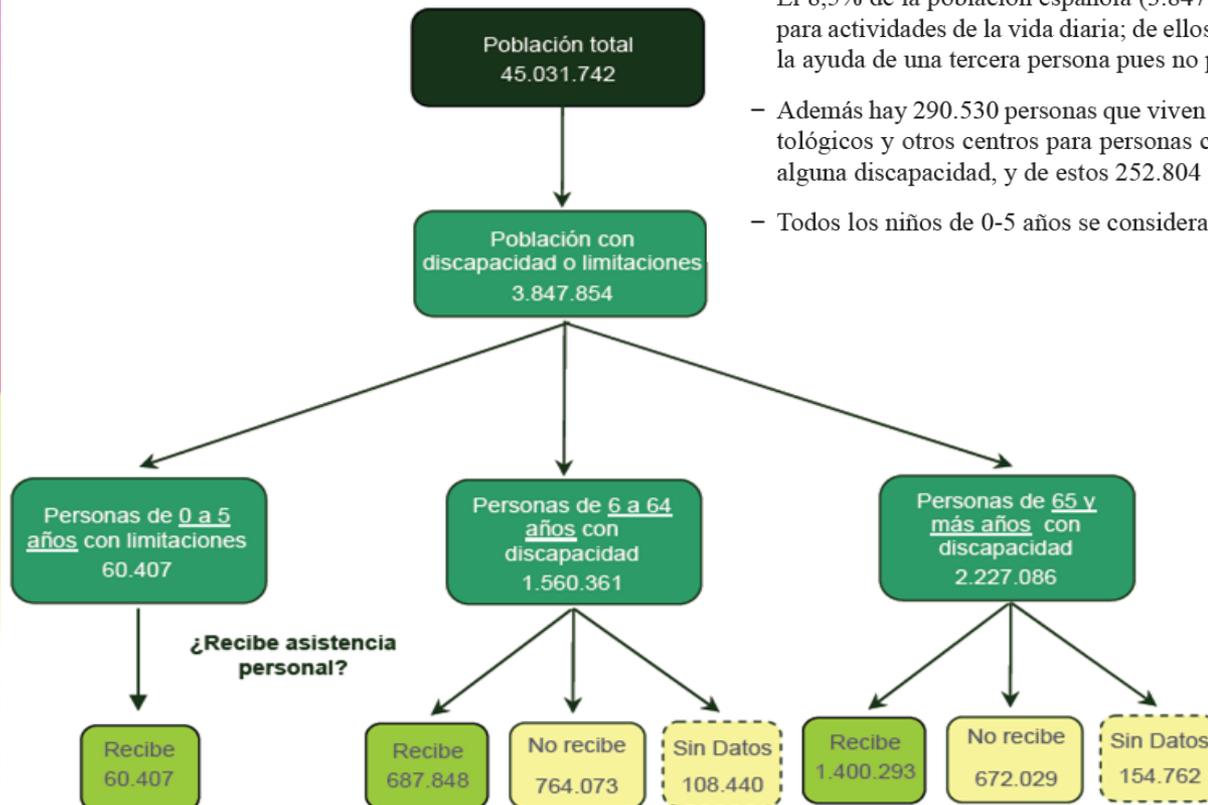
DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO.

El perfil del dependiente en España.

1. Personas con discapacidad y dependencia

MÁS DE DOS MILLONES DE DEPENDIENTES



- El 8,5% de la población española (3.847.854 personas) declara alguna discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria; de ellos, 2.148.548 son dependientes (55,8%), es decir, precisan la ayuda de una tercera persona pues no pueden valerse por sí mismos.
- Además hay 290.530 personas que viven en centros residenciales, hospitales psiquiátricos, gerontológicos y otros centros para personas con discapacidad. De ellos, 269.139 han declarado tener alguna discapacidad, y de estos 252.804 son dependientes.
- Todos los niños de 0-5 años se consideran dependientes.



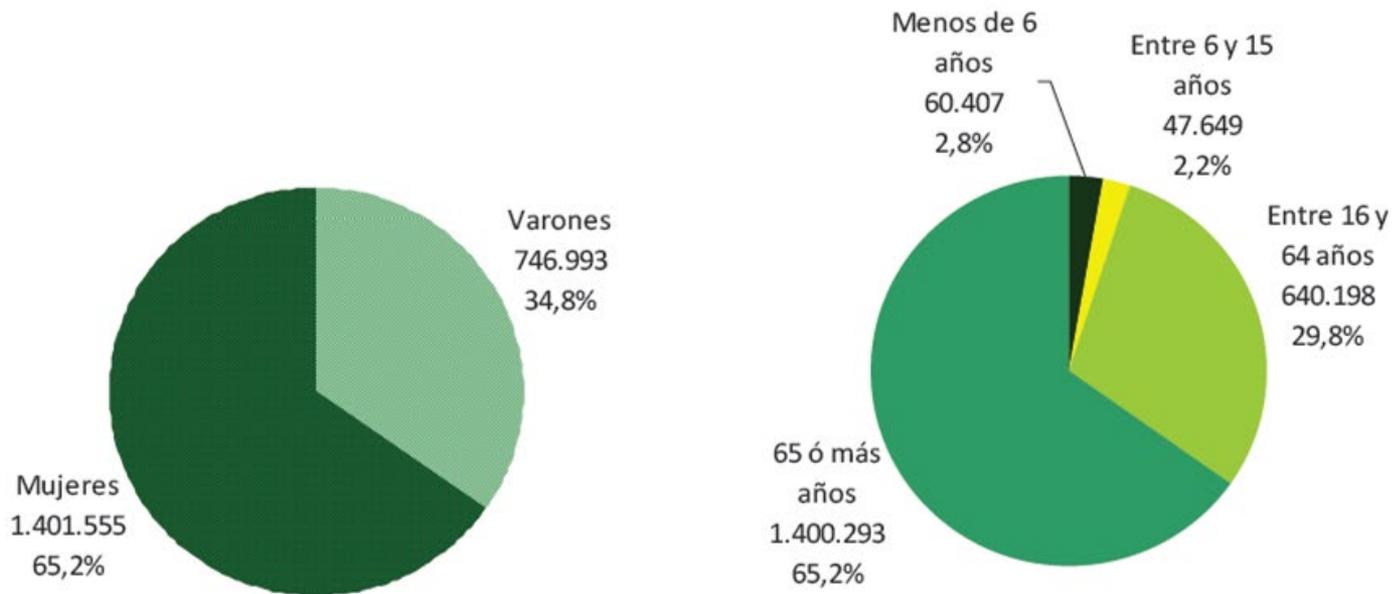
DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO.

El perfil del dependiente en España.

2. ¿Cuánta gente está en situación de dependencia, según sexo y grupo de edad?

LA DEPENDENCIA TIENE UN PERFIL FEMENINO Y DE ELEVADA EDAD



- Las mujeres representan el 34,8% de todos los dependientes. Su presencia es muy superior en las edades avanzadas. Dos de cada tres dependientes son personas de 65 y más años (1.400.293).



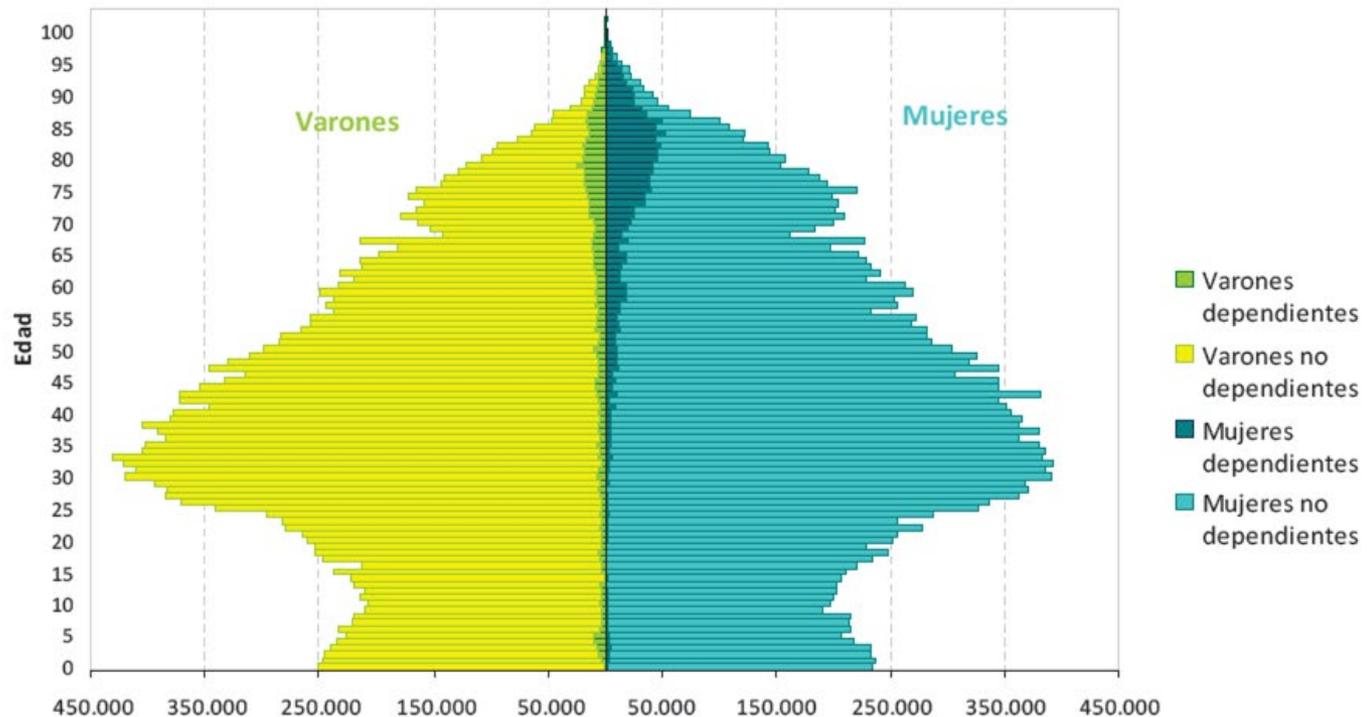
DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO.

El perfil del dependiente en España.

5. ¿Cómo se distribuye la población en situación de dependencia según sexo y edad?

LA PIRÁMIDE ES UNA EXCELENTE FOTOGRAFÍA DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN Y LA DEPENDENCIA POR SEXO Y EDAD

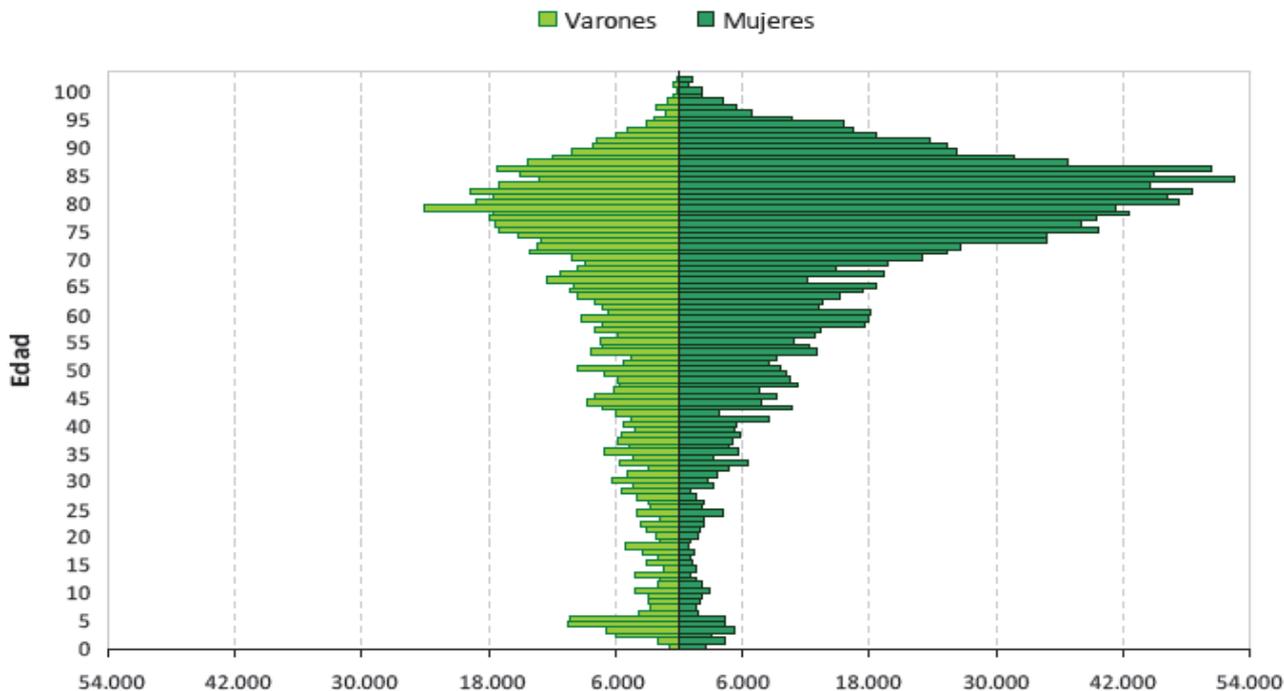




DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO.

El perfil del dependiente en España.



- La dependencia tiene un perfil femenino. Sólo en las edades infantiles y juveniles su prevalencia es algo superior en los varones. Entre adultos y mayores en cambio son las mujeres las que presentan dependencia en una proporción más alta, que es notablemente superior a partir de los 60 años.



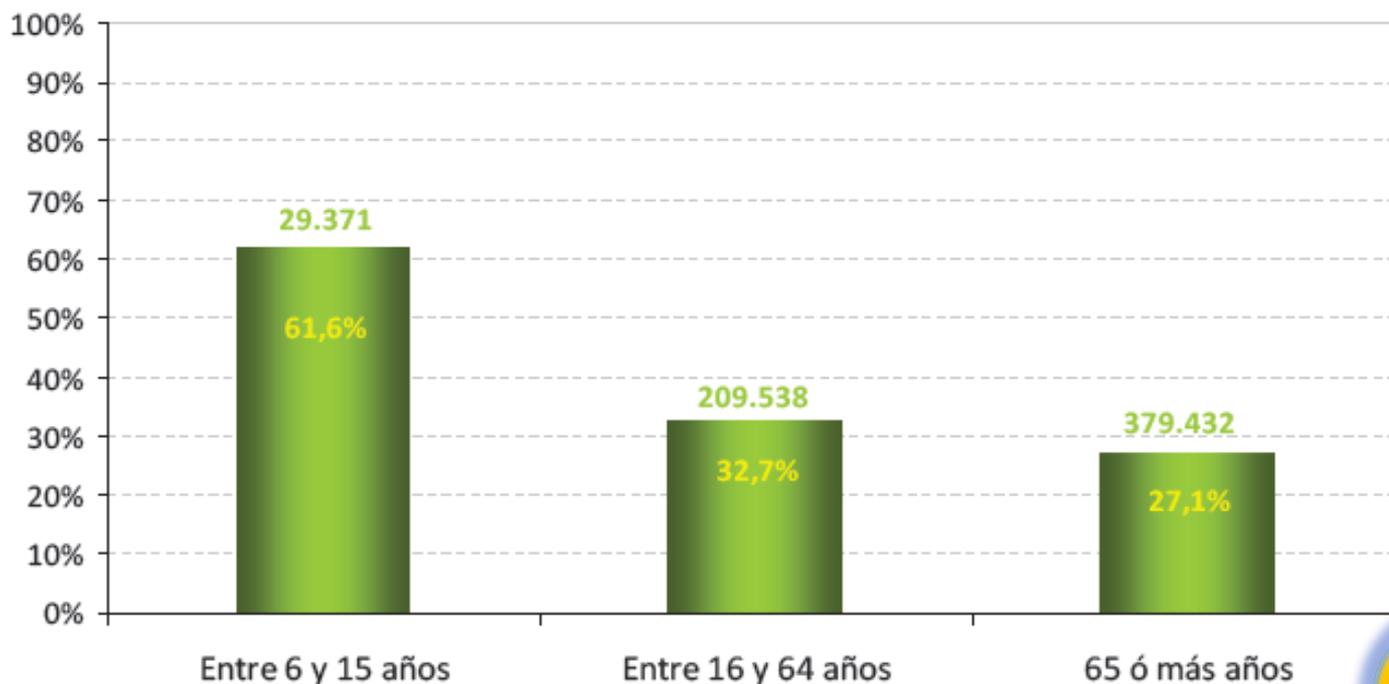
DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO.

El perfil del dependiente en España.

10. ¿Cuántas personas en situación de dependencia tienen deficiencia mental?

LA DEFICIENCIA MENTAL ESTÁ EN EL ORIGEN DE MUCHAS DE LAS DISCAPACIDADES DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES



NOTA: Porcentaje sobre el total de personas en situación de dependencia de cada edad



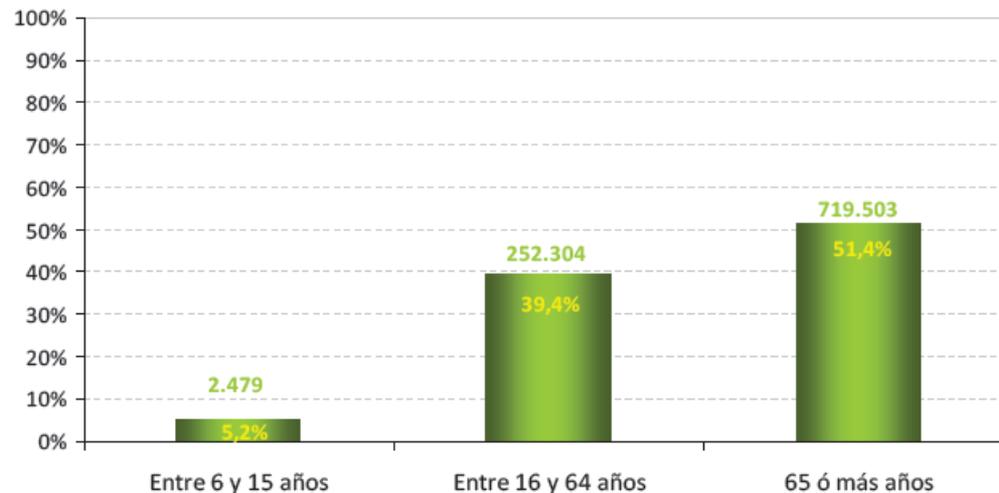
DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO.

El perfil del dependiente en España.

11. ¿Cuántas personas en situación de dependencia tienen deficiencias osteomusculares?

LA DEFICIENCIA OSTEOMUSCULAR ESTÁ EN EL ORIGEN DE MUCHAS DE LAS DISCAPACIDADES DE LAS PERSONAS DE EDAD



NOTA: Porcentaje sobre el total de personas en situación de dependencia de cada edad

- El origen de las discapacidades es también diferente según edad: suele ser mental en la población infantil, osteomuscular y sensorial en la población de más edad. En los niños, las deficiencias congénitas, de nacimiento o desarrollo son importantes; entre los mayores destacan los problemas degenerativos. Los problemas mentales son los más frecuentes en la población residente en establecimientos colectivos (no representados en el gráfico).



- **Magnitud**
- Recordad que no todo el estrés es negativo.
- El estrés es la **segunda causa de baja laboral** en la Unión Europea, afectando anualmente a **cuarenta millones de trabajadores** y suponiendo para sus países miembros un coste de veinte mil millones de euros al año en gastos sanitarios, sin contar la pérdida de productividad.
- Según las estadísticas más recientes, [México](#) encabeza la lista de países con mayor tasa de estrés laboral, con cerca de un 40% de empleados afectados, mientras **que en Europa la tasa media es del 28%**. Para hacernos una idea de la magnitud de éste problema, tan sólo en EEUU, el estrés en el trabajo ocasiona pérdidas anuales de más de 150.000 millones de dólares, debido al ausentismo laboral y la merma de las capacidades productivas de aquellos que lo sufren. La OMS **ya define el estrés laboral como una "epidemia mundial"** a la luz de los datos estadísticos, que desvelan que éste particular tipo de estrés está llamado a convertirse en la nueva epidemia del siglo XXI.

- **Factores de riesgo para el estrés**

Países de la OCDE con jornadas laborales más extensas

Promedio de horas trabajadas por individuo cada año

Posición

1	México	2.225
2	Costa Rica	2.212
3	Corea del Sur	2.069
4	Grecia	2.035
5	Rusia	1.974
5	Chile	1.974
14	Turquía	1.832
16	Estados Unidos	1.783
22	Japón	1.713
26	Reino Unido	1.676
38	Alemania	1.363



¿Qué puede influir?

- Largas jornadas laborales
- Seguridad en el empleo
- Conciliación
- Autonomía en el puesto de trabajo
- Nivel retributivo

y muchos más... veamos algunos de ellos con más detenimiento

Factores de riesgo ¿Por qué el estrés es un problema de salud pública?

- ¿Sufren más estrés los hombres o las mujeres?
- HORARIOS: La flexibilización del mercado laboral obliga a los trabajadores a una disponibilidad horaria alta.
- CONCILIACIÓN: El incremento de las dificultades por conciliar la vida laboral y la vida familiar, especialmente en el caso de las mujeres.
- INCERTIDUMBRE: Los contratos temporales generan miedo a perder el trabajo.
- PLANIFICACIÓN: El exceso de trabajo. El 15% de los hombres y el 22% de las mujeres se sienten agobiados por el exceso de trabajo en su puesto de trabajo.
- El alargamiento habitual de la jornada de trabajo.

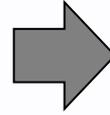
https://cadenaser.com/ser/2017/09/27/sociedad/1506506301_788903.html



- **Consecuencias en la salud**

Físicas

Las alteraciones físicas que pueden ser consecuencia de la respuesta inadaptada del organismo ante los agentes estresantes laborales pueden ser: *trastornos gastrointestinales, trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios, trastornos endocrinos, trastornos dermatológicos, trastornos musculares y alteraciones en el sistema inmune.*

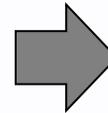


A nivel poblacional:

- Incremento de las bajas laborales.
- Masa laboral más propensa a sufrir más patologías (infecciosas, metabólicas, etc)
- Mayor coste sanitario y sobrecarga de sistema

Psíquicas

Entre los efectos psicológicos negativos producidos por el estrés laboral se encuentran: *la preocupación excesiva, la incapacidad para tomar decisiones, la sensación de confusión, la incapacidad para concentrarse, la dificultad para mantener la atención, los sentimientos de falta de control, la sensación de desorientación, los frecuentes olvidos, los bloqueos mentales, la hipersensibilidad a las críticas, el mal humor, la mayor susceptibilidad a sufrir accidentes y el consumo de tóxicos.*



A nivel poblacional:

- Reducción de la productividad.
- Incremento de la conflictividad laboral.
- Incremento de bajas laborales.
- En casos extremos, pueden llevar al incremento de las tasas de suicidio de una población

- *¿Que se puede hacer para reducir o evitar el estrés laboral?*

Las intervenciones sanitarias deben ir encaminadas en dos direcciones:

- **SOBRE CORPORACIONES**

Horario de trabajo: procurar que los horarios de trabajo eviten conflictos con las exigencias y responsabilidades externas al trabajo.

Participación/control: dejar que los trabajadores aporten ideas a las decisiones y acciones que afecten a su trabajo.

Carga de trabajo: comprobar que las exigencias de trabajo sean compatibles con las capacidades y recursos del trabajador.

Contenido: diseñar las tareas de forma que confieran sentido, estímulo, sensación de plenitud.

Roles: definir claramente los roles y responsabilidades en el trabajo.

Entorno social: crear oportunidades para la interacción social, incluidos el apoyo moral y la ayuda directamente relacionados con el trabajo.

Futuro: evitar la ambigüedad en temas de estabilidad laboral y fomentar el desarrollo de la carrera profesional.

- **SOBRE TRABAJADORES**

- *TÉCNICAS GENERALES:* Políticas de promoción enfocadas en dietas adecuadas, ocio saludable, etc

- *TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES:* Políticas encaminadas a prevenir de forma primaria, secundaria o terciaria los efectos en la salud del estrés

- *POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL:* encaminadas a proteger al individuo y a minimizar el impacto de la inseguridad laboral mediante políticas de subsidios y de protección.

Accidentes y lesiones:
ANÁLISIS DE RIESGOS LABORALES

7

RIESGOS LABORALES: ACCIDENTES Y LESIONES

- *¿Qué riesgos nos podemos encontrar en los lugares de trabajo?*

Tabla 49-2. Prevalencias de exposición de los trabajadores a algunos riesgos laborales según la VI Encuesta de Condiciones de Trabajo de España

Riesgos para la salud de los trabajadores	Prevalencia de trabajadores expuestos (%)
Contaminantes físicos	
Ruido molesto/elevado/muy elevado	37,2
Vibraciones	14,0
Radiaciones	7,9
Contaminantes químicos	
Inhalación de productos tóxicos	21,0
Manipulación de productos tóxicos	17,6
Carga física	
Movimientos repetidos	55,4
Diseño del puesto de trabajo deficiente	30,7
Posturas dolorosas o fatigantes	23,5
Manipulación de cargas pesadas	18,6
Riesgos psicosociales	
Sin oportunidad de aprender o prosperar en el trabajo	21,8
Tener que trabajar muy rápido	18,9
Trabajo excesivo	8,3

7

RIESGOS LABORALES: ACCIDENTES Y LESIONES

- *¿Qué riesgos nos podemos encontrar en los lugares de trabajo?*



MOVIMIENTOS REPETIDOS

¿Qué son?

El trabajo repetido se define como la realización continuada de ciclos de trabajo similares: los ciclos se parecen entre sí en la secuencia **temporal**, en el patrón de **fuerzas** y en las características espaciales del **movimiento**.

Lesiones

- a) La exposición a movimientos repetidos ocasiona un gran número de lesiones, **tendinitis, tendosinovitis, epicondilitis, síndrome del túnel carpiano**, etc., que se pueden localizar en hombro, codo, muñeca y mano.



7

RIESGOS LABORALES: ACCIDENTES Y LESIONES

- *¿Qué riesgos nos podemos encontrar en los lugares de trabajo?*



MOVIMIENTOS REPETIDOS. Factores de riesgo

Principales factores de riesgo:

- Aplicación de fuerzas intensas
- Posturas forzadas
- Repetición de los mismos movimientos
- Falta de descansos
- Vibración mano-brazo

Otros factores:

- Entorno de trabajo
 - Espacio reducido
 - Calor o frío excesivo
 - Iluminación insuficiente
 - Ruido elevado
- Psicosociales-organizativos
 - Ritmo elevado, presión de tiempo
 - Ausencia de control
 - Trabajo monótono
 - Falta de apoyo social



7

RIESGOS LABORALES: ACCIDENTES Y LESIONES

- ¿Que riesgos nos podemos encontrar en los lugares de trabajo?



MOVIMIENTOS REPETIDOS. Prevención

Medidas para reducir el riesgo:

- **Técnicas**
 - Automatización de determinadas tareas
 - Mejorar la distribución del puesto de trabajo
 - Equipos y herramientas adecuados a la tarea y con diseño ergonómico
 - Utilización de herramientas que no transmitan vibraciones
 - Disminuir las exigencias físicas del trabajo
- **Psicosociales-organizativos**
 - Control de la tarea por parte del trabajador
 - Diseño de nuevos métodos de trabajo
 - Alargar los ciclos de trabajo y diversificar las tareas del puesto
 - Establecer un sistema de pausas adecuadas
 - Promover la rotación de puestos

7

RIESGOS LABORALES: ACCIDENTES Y LESIONES

- *¿Que riesgos nos podemos encontrar en los lugares de trabajo?*



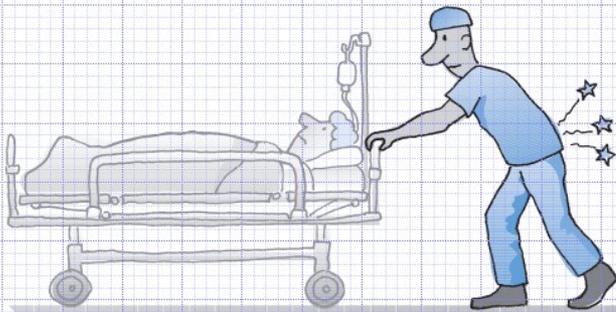
MANIPULACIÓN DE CARGAS

¿Qué son?

Cualquier actividad en la que los trabajadores mediante su esfuerzo físico tienen que levantar, empujar, arrastrar o transportar objetos inertes o seres vivos (personas, animales).

Lesiones

Origina un gran número de lesiones músculo-esqueléticas sobre todo en la espalda (**lumbalgias, hernias discales**, etc.) pero también en brazos y manos.



7

RIESGOS LABORALES: ACCIDENTES Y LESIONES

- ¿Que riesgos nos podemos encontrar en los lugares de trabajo?



MANIPULACIÓN DE CARGAS. Factores de riesgo

FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO:

Carga:

- Demasiado pesada
- Demasiado grande
- Difícil de agarrar
- Difícil de alcanzar
- Descompensada/inestable

Entorno:

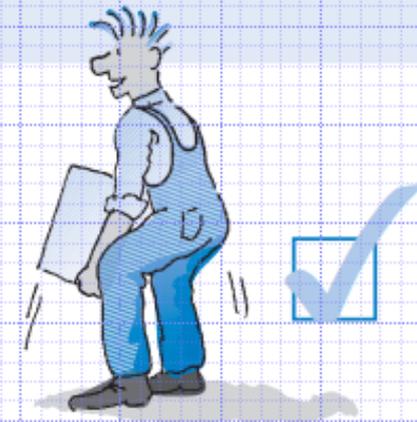
- Espacio insuficiente
- Suelo desigual, resbaladizo
- Demasiado calor o frío
- Iluminación insuficiente

Tarea:

- Demasiado tiempo
- Adopción de posturas forzadas
- Manipulación repetida

Trabajadores:

- Falta de experiencia/formación
- Edad avanzada
- Problemas previos



- ¿Que riesgos nos podemos encontrar en los lugares de trabajo?



MANIPULACIÓN DE CARGAS. Prevención

Medidas para reducir el riesgo:

- **Técnicas**

- Automatización de determinadas tareas
- Mejorar la distribución del puesto de trabajo
- Equipos y herramientas adecuados a la tarea y con diseño ergonómico
- Utilización de herramientas que no transmitan vibraciones
- Disminuir las exigencias físicas del trabajo

- **Psicosociales-organizativos**

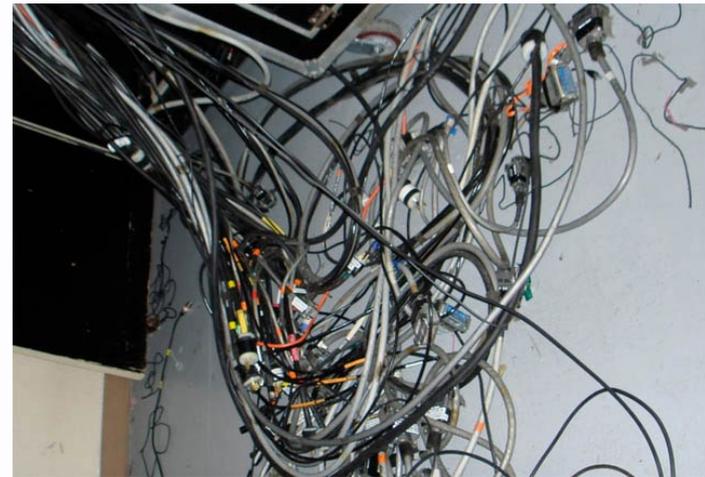
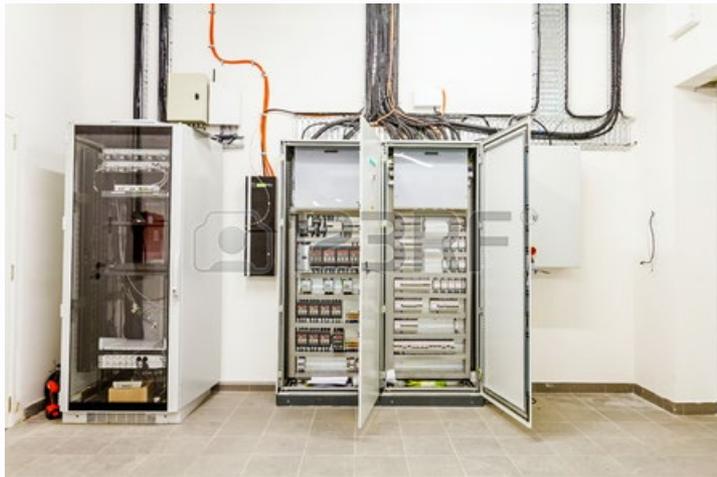
- Control de la tarea por parte del trabajador
- Diseño de nuevos métodos de trabajo
- Alargar los ciclos de trabajo y diversificar las tareas del puesto
- Establecer un sistema de pausas adecuadas
- Promover la rotación de puestos

Valoración del riesgo en el puesto de trabajo

¿Qué es peligro y qué es riesgo?

PELIGRO: fuente, situación o acto con capacidad de producir daño

RIESGO: combinación de probabilidad de que el peligro tenga lugar y se produzca y sus consecuencias



7

RIESGOS LABORALES: ACCIDENTES Y LESIONES

Valoración del riesgo en el puesto de trabajo

¿Qué es peligro y qué es riesgo?

PELIGRO: fuente, situación o acto con capacidad de producir daño

RIESGO: combinación de probabilidad de que el peligro tenga lugar y se produzca y sus consecuencias

El cuadro siguiente da un método simple para estimar los niveles de riesgo de acuerdo a su probabilidad estimada y a sus consecuencias esperadas.

Niveles de riesgo

		Consecuencias		
		Ligeramente Dañino LD	Dañino D	Extremadamente Dañino ED
Probabilidad	Baja B	Riesgo trivial T	Riesgo tolerable TO	Riesgo moderado MO
	Media M	Riesgo tolerable TO	Riesgo moderado MO	Riesgo importante I
	Alta A	Riesgo moderado MO	Riesgo importante I	Riesgo intolerable IN

Evaluación de riesgos

Localización:	Evaluación: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Periódica Fecha evaluación:
Actividad/puesto de trabajo:	
N.º de trabajadores: Adjuntar relación nominal	Fecha última evaluación:

Peligro identificado	Probabilidad			Consecuencias			Estimación del riesgo					
	B	M	A	LD	D	ED	T	To	M	I	IN	
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												

Para los riesgos estimados M, I, IN y utilizando el mismo número de identificación de peligro, completar la tabla:

Peligro núm.	Medidas de control	Procedimiento de trabajo	Información	Formación	¿Riesgo controlado?	
					Sí	No

Si el riesgo no está controlado, completar la siguiente tabla:

PLAN DE ACCIÓN				
Peligro núm.	Acción requerida	Responsable	Fecha finalización	Comprobación eficacia de la acción (firma y fecha)
Evaluación realizada por:		Firma:	Fecha:	
Plan de acción realizado por:		Firma:	Fecha:	
FECHA PRÓXIMA EVALUACIÓN:				

- *¿Qué riesgos nos podemos encontrar en los lugares de trabajo?*

Ejercicio en clase...

Por parejas.... Identificad un riesgo

- trivial
- tolerable
- moderado
- Importante
- Intolerable





RIESGOS LABORALES: ACCIDENTES Y LESIONES

FIN TEMA 7