

ANEXO 1

CUESTIONARIO

Cuestionario sobre turnos de trabajo y salud

Este cuestionario forma parte de una investigación sobre turnos de trabajo y salud laboral.

El objetivo de esta investigación es obtener un mejor conocimiento de la relación entre la organización del tiempo de trabajo y la satisfacción y salud de los trabajadores.

Hemos incluido preguntas sobre algunas características de tu empleo y tu horario de trabajo.

También se han incluido otras cuestiones generales relacionadas con la salud laboral.

Tu colaboración es imprescindible para obtener información sobre este importante asunto.

Te agradeceremos mucho el tiempo que dediques a contestar el cuestionario, para mantener una buena atención puedes hacer pequeñas pausas mientras contestas.

Los cuestionarios son anónimos, tus respuestas serán totalmente confidenciales y serán procesadas a nivel global, nunca de forma particular. Por favor, lee atentamente las preguntas antes de contestar y responde con sinceridad.

Si tienes alguna duda, no dudes en preguntarnos tantas veces como sea necesario.

Gracias por tu colaboración.

Tras leer cada pregunta, marca con una cruz la respuesta que consideres más adecuada (señalando una sola respuesta por cada pregunta). En caso de error, rodea con un círculo la respuesta errónea y marca de nuevo la correcta. Algunas preguntas se responden con una cifra, por ejemplo la edad que tienes o los años de antigüedad en la empresa

Cuestionario sobre turnos de trabajo y salud

1. Sexo: ☐ 1. Hombre ☐ 2. Mujer
2. Edad: años.
3. Estado civil:
 - ☐ 1. Soltero
 - ☐ 2. Casado/Vivo con una pareja
 - ☐ 3. Separado/Divorciado
 - ☐ 4. Viudo
4. Si vives con tu pareja, trabaja tu pareja fuera del hogar: ☐ 1. Si ☐ 2. No
5. Número de hijos: (si no tienes hijos responde 0)
6. Qué estudios has realizado:
 - ☐ 1- Estudios Secundarios
 - ☐ 2. Estudios Universitarios
7. Antigüedad en la empresa, ¿Qué tiempo llevas en la empresa?
8. ¿Qué tipo de relación laboral tienes con tu actual empresa?
 - ☐ 1. Soy fijo (tengo un contrato por un año)
 - ☐ 2. Soy indefinido
 - ☐ 3. Soy eventual (tengo un contrato por 6 meses)
 - ☐ 4. Soy becario/a
9. Tu horario de trabajo es
 - ☐ 1. Turno fijo de noche
 - ☐ 2. Turnos rotatorios sin incluir el turno de noche
 - ☐ 3. Turnos rotatorios incluyendo el turno de noche
10. Número de años que llevas trabajando en el turno actual:
11. Tu horario laboral incluye trabajar:
 - ☐ 1. De lunes a viernes
 - ☐ 2. De lunes a sábado
 - ☐ 3. Todos los días de la semana, incluido domingos y festivos.
 - ☐ 4. Sólo fines de semana o festivos
 - ☐ 5. De lunes a viernes y, excepcionalmente, sábados, domingos y festivos.
12. Cuánto tiempo aproximado (en minutos) empleas en desplazarte desde tu domicilio al centro de trabajo: minutos

13. Si te cambian de horario (turno, hora de entrada o salida) o de días de la semana que trabajas, ¿con cuánto tiempo de antelación te lo comunican?

- ☐ 1. No me cambian de horario o de días de trabajo
- ☐ 2. Normalmente me lo comunican regularmente, con días de antelación
- ☐ 3. Normalmente me lo comunican de un día para otro o el mismo día
- ☐ 4. Normalmente conozco mi horario con antelación, pero pueden cambiármelo de un día para otro

14. Indica cuántas horas trabajaste la semana pasada:horas.

15.. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días has estado ausente por enfermedad?

- ☐ 1. No he estado ausente por enfermedad en el último año
- ☐ 2. Aproximadamente, he estado días ausente por enfermedad en el último año

16. En los últimos 12 meses, ¿cuántas bajas por enfermedad has cogido?

- ☐ 1. No he cogido ninguna baja por enfermedad en el último año
- ☐ 2. Aproximadamente, he cogido bajas por enfermedad en el último año

17. ¿Durante las últimas cuatro semanas con qué frecuencia has tenido los siguientes problemas?

Por favor, responde a todas las preguntas y elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada una de ellas.

Durante las últimas 4 semanas	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) No he tenido ánimos para estar con gente	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) No he podido dormir bien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) H estado irritable	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) Me he sentido agobiado/a	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
e)Has sentido opresión o dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
f) Te ha faltado el aire?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
g) Has sentido tensión en los músculos	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
h) Has tenido dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
i) Has tenido problemas para concretarte?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
j) Te ha costado tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
k) Has tenido dificultades para acordarte de las cosas?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
l) Has tenido dificultades para pensar de forma clara?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

18. En relación con tu trabajo actual, ¿estás satisfecho/a con ...

	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Mas o menos	Menos satisfecho	Nada satisfecho
a) Tus perspectivas laborales?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) Las condiciones ambientales de trabajo (ruido, espacio, ventilación, temperatura, iluminación...)?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) El grado en el que se emplean tus capacidades?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) Tu trabajo, tomándolo todo en consideración?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

19. Por favor, elige una sola respuesta para cada una de las siguientes frases:

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) En las situaciones difíciles del trabajo recibo el apoyo necesario	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) En mi trabajo me tratan injustamente	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Su salud y bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describe su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> 1 Excelente	<input type="checkbox"/> 2 Muy buena	<input type="checkbox"/> 3 Buena	<input type="checkbox"/> 4 Regular	<input type="checkbox"/> 5 Mala
---	---	---	---	--

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> 1	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> 2	Mas o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> 3	Algo peor que hace una año <input type="checkbox"/> 4	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> 5
---	--	---	--	--

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día

normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Si, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar mas de una hora	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Coger o llevar la bolsa de las compras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Subir un solo piso por la escalera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Agacharse o arrodillarse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Caminar un kilometro o mas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Caminar varios centenares de metros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Caminar unos 100 metros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

j. Bañarse o vestirse por si mismo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó mas de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. ¿ Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada <input type="checkbox"/> 1	Un poco <input type="checkbox"/> 2	Regular <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Mucho <input type="checkbox"/> 5
---	--	--	---	--

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno <input type="checkbox"/> 1	Si, muy poco <input type="checkbox"/> 2	Si, un poco <input type="checkbox"/> 3	Si, moderado <input type="checkbox"/> 4	Si, mucho <input type="checkbox"/> 5	Si, muchísimo <input type="checkbox"/> 6
--	---	--	---	--	--

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada <input type="checkbox"/> 1	Un poco <input type="checkbox"/> 2	Regular <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Mucho <input type="checkbox"/> 5
---	--	--	---	--

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. Se sintió lleno de vitalidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Estuvo muy nervioso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Se sintió calmado y tranquilo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. Se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. Se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. Se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre <input type="checkbox"/> 1	Casi siempre <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 3	Solo vez alguna <input type="checkbox"/> 4	Nunca <input type="checkbox"/> 5
--	---	--	--	--

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Gracias por contestar a estas preguntas

.....
.....

En la siguiente pregunta se presentan diferentes aspectos de tu vida y se trata de que valores el grado en el que crees que tu turno de trabajo les afecta negativamente.

Se trata de que rodees con un círculo la opción que mejor representa el grado en el que tu turno de trabajo influye negativamente en las mismas.

El grado en el que turno de trabajo te afecta negativamente puede ir desde 0 (MUY POCO) a 10 (MUCHO).

Recuerda que no existen respuestas correctas ni incorrectas, solamente intenta responder con sinceridad. Este cuestionario es totalmente ANÓNIMO.

En qué medida consideras que tu turno de trabajo afecta negativamente a:

	Muy poco										Mucho
1. Salud general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Trastornos digestivos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Trastornos cardiovasculares	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Estado psicológico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Trastornos óseos/musculares	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Cantidad de sueño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Calidad del sueño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Sueño durante el trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Cansancio durante el trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Cansancio tiempo libre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. Rendimiento en el trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Relaciones Sociales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Relaciones familiares	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Relaciones de pareja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Relaciones sexuales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Relación compañeros de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17, Estrés en el trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Por último te pedimos que contestes a estas preguntas relacionadas con el sueño:

Cuestionario para la detección del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

I. Tiene Ud. dificultades con el sueño:

- ☐ 1. No.
- ☐ 2. Algunas veces.
- ☐ 3. Frecuentemente.
- ☐ 4. Siempre.

II. El trastorno que Ud. presenta en el sueño es:

- ☐ 1. Dificultad para iniciar el sueño.
- ☐ 2. Despertar durante la noche.
- ☐ 3. Despertar en la mañana antes del tiempo deseado y no continuar en el sueño.
- ☐ 4. Duerme demasiado.
- ☐ 5. Tiene frecuentemente pesadillas.
- ☐ 6. Habla dormido.
- ☐ 7. Camina dormido.
- ☐ 8. Se orina en la cama.
- ☐ 9. Otros problemas en el sueño.

III. Ud. presenta pausas respiratorias durante el sueño.

- ☐ 1. No.
- ☐ 2. Algunas veces.
- ☐ 3. Frecuentemente.
- ☐ 4. Siempre.

IV. Se despierta frecuentemente con sensación de falta de aire o asfixia.

- ☐ 1. No.
- ☐ 2. Algunas veces.
- ☐ 3. Frecuentemente.
- ☐ 4. Siempre.

V. Tiene tendencia a quedarse dormido en contra de su voluntad.

- ☐ 1. Nunca.
- ☐ 2. Rara vez.
- ☐ 3. En ocasiones.
- ☐ 4. Frecuentemente.
- ☐ 5. Siempre.

VI. Últimamente Ud. necesita dormir al mediodía.

- ☐ 1. Nunca.
- ☐ 2. Menos de una vez por semana.
- ☐ 3. Una o dos veces por semana.
- ☐ 4. De tres a cinco veces por semana.
- ☐ 5. Diariamente.

VII. Ud. se siente cansado durante el día.

- ☐ 1. Nunca.
- ☐ 2. Rara vez.
- ☐ 3. En ocasiones.
- ☐ 4. Frecuentemente.
- ☐ 5. Siempre.

VIII. ¿Cómo es la calidad de su sueño?

- ☐ 1. Muy mala.
- ☐ 2. Regular.
- ☐ 3. Buena.
- ☐ 4. Muy buena.

IX. Presenta muchos movimientos mientras duerme.

- ☐ 1. No.
- ☐ 2. En ocasiones.
- ☐ 3. Frecuentemente.
- ☐ 4. Siempre.

X. Ronca Ud.

- ☐ 1. Nunca.
- ☐ 2. Rara vez.
- ☐ 3. En ocasiones.
- ☐ 4. Siempre.

XI. ¿Cómo es su ronquido?

- ☐ 1. Sonido uniforme.
- ☐ 2. Sonido con pausas breves.
- ☐ 3. Sonido con pausas prolongadas.
- ☐ 4. Es variable.
- ☐ 5. No puede definir.

XII. Ud. presenta:

- ☐ 1. Hipertrofia de las amígdalas.
- ☐ 2. Hipertiroidismo.
- ☐ 3. Obesidad.
- ☐ 4. Cuello corto.
- ☐ 5. Ingiere bebidas alcohólicas. (más de una botella de vino al día o similar).

XIII. Ud. padece de:

- ☐ 1. Hipertensión Arterial.
- ☐ 2. Asma Bronquial.
- ☐ 3. Accidente vascular encefálico.
- ☐ 4. Infarto agudo del miocardio.
- ☐ 5. Arritmia.
- ☐ 6. Problemas respiratorios.

Si lo deseas puedes utilizar el siguiente espacio para hacer los comentarios que creas convenientes.

.....

.....

ANEXO 2

METODO PSICO.

CUESTIONARIO DEL MÉTODO DE EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES

- | | |
|----------------------|--|
| - GRUPO.... | - INSTRUCCIONES: |
| . SUBGRUPO.... | -Este cuestionario es anónimo. |
| - FECHA.... | - Conteste sinceramente a todas |
| . IDENTIFICADOR..... | - Las preguntas, marcadas opciones que mejor se ajusten. |

1. Exceptuando las pausas reglamentarias. Aproximadamente, ¿ cuánto tiempo debes mantener una exclusiva atención en tu trabajo? (de forma que te impida tener la posibilidad de hablar, de desplazarte o simplemente de pensar en cosas ajenas a tu tarea)

1 casi todo el tiempo

2 sobre 3/4 partes del tiempo

3 sobre la mitad del tiempo

4 sobre 1/4 del tiempo

5 casi nunca

2. ¿Cómo calificarías la atención que debes mantener para realizar tu trabajo?

1 muy alta

2 alta

3 media

4 baja

3. Para realizar tu trabajo, la cantidad de tiempo de que dispones es:

1 normalmente demasiado poco

2 en algunas ocasiones demasiado poco

3 es suficiente, adecuado

4 no tengo un tiempo determinado, me lo fijo yo

4. Cuando se produce un retraso en el desempeño de tu trabajo, ¿se ha de recuperar?

1 no

2 sí, con horas extras

3 sí, durante las pausas

4 sí, durante el trabajo, acelerando el ritmo

5. La ejecución de tu tarea, ¿te impone trabajar con cierta rapidez?

1 casi todo el tiempo

2 sobre 3/4 del tiempo

3 sobre la mitad del tiempo

4 sobre 1/4 del tiempo

5 casi nunca

6. Los errores, averías u otros incidentes que puedan presentarse en tu puesto de trabajo se dan:

1 frecuentemente

2 en algunas ocasiones

3 casi nunca

7. Cuando en tu puesto de trabajo se comete algún error:

1 generalmente pasa desapercibido

2 puede provocar algún problema menor

3 puede provocar consecuencias graves (para la producción o la seguridad de otras personas)

8. Al acabar la jornada, ¿te sientes fatigado?

1 no, nunca

2 sí, a veces

3 sí, frecuentemente

4 sí, siempre

9. Para realizar tu trabajo la cantidad de información (órdenes de trabajo, señales de la máquina, datos de trabajo...) que manejas es:

1 muy elevada

2 elevada

3 poca

4 muy poca

10. ¿Cómo es la información que manejas para realizar tu trabajo?

1 muy complicada

2 complicada

3 sencilla

4 muy sencilla

11. El trabajo que realizas, ¿te resulta complicado o difícil?

1 no

2 sí, a veces

3 sí, frecuentemente

12. ¿Tienes posibilidad de abandonar el trabajo por unos minutos?

1 puedo hacerlo sin necesidad de ser sustituido

2 puedo ausentarme siendo sustituido por un compañero

3 es difícil abandonar el puesto

13. ¿Puedes distribuir tú mismo las pausas a lo largo de la jornada laboral?

1 sí

2 no

3 a veces

14. ¿Tienes posibilidad de marcar tu propio ritmo de trabajo?

1 sí

2 no

3 a veces

15. ¿Tienes posibilidad de variar el ritmo de trabajo a lo largo de tu jornada laboral?

(Adelantar trabajo para tener luego más descanso)

1 sí

2 no

3 a veces

¿En qué medida se requieren las siguientes habilidades para realizar tu trabajo?

16. Capacidad de aprender cosas o métodos nuevos

1 casi nunca

2 a veces

3 a menudo

4 constantemente

17. Capacidad de adaptarse a nuevas situaciones

1 casi nunca

2 a veces

3 a menudo

4 constantemente

18. Organizar y planificar el trabajo

1 casi nunca

2 a veces

3 a menudo

4 constantemente

19. Tener iniciativa

1 casi

2 a veces

3 a menudo

20. Transmitir información

1 casi nunca

2 a veces

3 a menudo

4 constantemente

21. Trabajar con otras personas

1 casi nunca

2 a veces

3 a menudo

4 constantemente

22. Tener buena memoria

1 casi nunca

2 a veces

3 a menudo

4 constantemente

23. Habilidad y destreza manual

1 casi nunca

2 a veces

3 a menudo

4 constantemente

24. Capacidad para concentrarse en el trabajo

1 casi nunca

2 a veces

3 a menudo

4 constantemente

25. Precisión

1 casi nunca

2 a veces

3 a menudo

4 constantemente

26. La ejecución de tu trabajo, ¿te impone realizar tareas repetitivas y de corta duración?

1 casi todo el tiempo

2 sobre 3/4 partes del tiempo

3 sobre la mitad del tiempo

4 sobre 1/4 del tiempo

5 casi nunca

27. ¿En qué medida contribuye tu trabajo en el conjunto de la empresa?

1 no lo sé

2 es poco importante

3 no es muy importante pero es necesario

4 es importante

5 es indispensable

28. Con respecto al trabajo que tu realizas, crees que:

1 realizas poca variedad de tareas y sin relación entre ellas

2 realizas tareas variadas pero con poco sentido

3 realizas poca variedad de tareas pero con sentido

4 realizas varios tipos de tareas y con sentido

29. El trabajo que realizas, ¿te resulta rutinario?

1 no

2 a veces

3 con frecuencia

4 siempre

30. ¿Qué aspecto de tu trabajo te atrae más, además del salario? (Una sola respuesta)

1 únicamente el salario

2 la posibilidad de promocionar profesionalmente

3 la satisfacción de cumplir con mi trabajo

4 mi trabajo supone un reto interesante

En general, ¿cómo crees que consideran tu empleo las siguientes personas?

31. Tus superiores

- 1 poco importante
- 2 algo importante
- 3 bastante importante
- 4 muy importante

32. Tus compañeros de trabajo

- 1 poco importante
- 2 algo importante
- 3 bastante importante
- 4 muy importante

33. El público o los clientes (si los hay)

- 1 poco importante
- 2 algo importante
- 3 bastante importante
- 4 muy importante

34. Tu familia y amistades

- 1 poco importante
- 2 algo importante
- 3 bastante importante
- 4 muy importante

¿Qué te parece el control que la jefatura ejerce sobre los siguientes aspectos de tu trabajo?

35. Método para realizar el trabajo

- 1 insuficiente
- 2 adecuado
- 3 excesivo

36. Planificación del trabajo

- 1 insuficiente
- 2 adecuado
- 3 excesivo

37. Ritmo de trabajo

1 insuficiente

2 adecuado

3 excesivo

38. Horarios de trabajo

1 insuficiente

2 adecuado

3 excesivo

39. Resultados parciales

1 insuficiente

2 adecuado

3 excesivo

40. Resultado último del trabajo

1 insuficiente

2 adecuado

3 excesivo

¿Cómo valoras el funcionamiento de los medios de que dispones para presentar sugerencias o para participar en las decisiones que te interesan?

41. Conversación directa con superiores

1 no existe

2 malo

3 regular

4 bueno

42. Buzón de sugerencias

1 no existe

2 malo

3 regular

4 bueno

43. Círculos de calidad

1 no existe

2 malo

3 regular

4 bueno

44. Comité de empresa/delegado

1 no existe

2 malo

3 regular

4 bueno

45. Asambleas y reuniones de trabajadores

1 no existe

2 malo

3 regular

4 bueno

¿En qué medida participas en la decisión de los siguientes aspectos de tu trabajo?

46. Orden de las operaciones a realizar

1 no se me considera

2 se pide mi opinión

3 decido yo

47. Resolución de incidencias

1 no se me considera

2 se pide mi opinión

3 decido yo

48. Asignación y distribución de tareas

1 no se me considera

2 se pide mi opinión

3 decido yo

49. Planificación del trabajo

1 no se me considera

2 se pide mi opinión

3 decido yo

50. Cantidad de trabajo

1 no se me considera

2 se pide mi opinión

3 decido yo

51. Calidad de trabajo

1 no se me considera

2 se pide mi opinión

3 decido yo

¿Cómo se te informa de los siguientes aspectos de tu trabajo?

52. Lo que debes hacer (funciones, competencias y atribuciones)

1 muy claro

2 claro

3 algo claro

4 poco claro

53. Cómo debes hacerlo (métodos de trabajo)

1 muy claro

2 claro

3 algo claro

4 poco claro

54. Cantidad de producto que se espera que hagas

1 muy claro

2 claro

3 algo claro

4 poco claro

55. Calidad del producto o del servicio

1 muy claro

2 claro

3 algo claro

4 poco claro

56. Tiempo asignado

1 muy claro

2 claro

3 algo claro

4 poco claro

57. Información necesaria para llevar a cabo la tarea

1 muy claro

2 claro

3 algo claro

4 poco claro

58. Mi responsabilidad (qué errores o defectos pueden achacarse a mi actuación y cuáles no)

1 muy claro

2 claro

3 algo claro

4 poco claro

Señalar en qué medida se dan las siguientes situaciones en tu trabajo:

59. Se me asignan tareas que no puedo realizar al no tener los recursos y/o materiales necesarios

1 frecuentemente

2 a menudo

3 a veces

4 casi nunca

60. Para ejecutar algunas tareas tengo que saltarme los métodos establecidos

1 frecuentemente

2 a menudo

3 a veces

4 casi nunca

61. Recibo instrucciones incompatibles entre sí (unos me mandan una cosa y otros, otra)

1 frecuentemente

2 a menudo

3 a veces

4 casi nunca

62. El trabajo me exige tomar decisiones o realizar cosas con las que no estoy de acuerdo

1 frecuentemente

2 a menudo

3 a veces

4 casi nunca

63. ¿Qué importancia crees que tiene la experiencia para promocionar en tu empresa?

1 mucha

2 bastante

3 poca

4 ninguna

64. ¿Cómo definirías la formación que se imparte o se facilita desde tu empresa?

1 muy adecuada

2 suficiente

3 insuficiente en algunos casos

4 totalmente insuficiente

¿Cómo valoras el funcionamiento de los siguientes medios de información en tu empresa?

65. Charlas informales (de pasillo) con jefes

1 no existe

2 malo

3 regular

4 bueno

66. Tablones de anuncios

1 no existe

2 malo

3 regular

4 bueno

67. Información escrita dirigida a cada trabajador

1 no existe

2 malo

3 regular

4 bueno

68. Información oral (reuniones, asambleas,)

1 no existe

2 malo

3 regular

4 bueno

69. ¿Crees que en un futuro próximo puedes perder el empleo en esta empresa o que tu contrato no será renovado?

1 es probable que siga en esta empresa

2 no lo sé

3 es probable que pierda mi empleo

4 es muy probable

70. Fuera del tiempo de las pausas reglamentarias, ¿existe la posibilidad de hablar?

1 nada

2 intercambio de algunas palabras

3 conversaciones más largas

¿Cómo consideras que son las relaciones con las personas con las que debes trabajar?

71. Jefes

1 no tengo jefes

2 buenas

3 regulares

4 malas

5 sin relaciones

72. Compañeros

1 no tengo compañeros

2 buenas

3 regulares

4 malas

5 sin relaciones

73. Subordinados

1 no tengo subordinados

2 buenas

3 regulares

4 malas

5 sin relaciones

74. Clientes o público

1 no tengo clientes o público

2 buenas

3 regulares

4 malas

5 sin relaciones

75. ¿Qué tipo de relaciones de trabajo se dan generalmente en tu grupo?

- 1 relaciones de colaboración para el trabajo y relaciones personales positivas
- 2 relaciones personales positivas, sin relaciones de colaboración
- 3 relaciones solamente de colaboración para el trabajo
- 4 ni relaciones personales ni colaboración para el trabajo
- 5 relaciones personales negativas (rivalidad, enemistad, ...)