

Test de Fatiga Laboral

El presente test, es una herramienta de medición de desgaste laboral, cuyo objetivo es determinar el grado en el que afecta la fatiga a la y el trabajador y poder tomar algunas medidas para prevenirlo. La información vertida en este cuestionario es estrictamente confidencial y no implica ninguna responsabilidad.

Recuerda que las respuestas son opiniones basadas en tu experiencia de trabajo, por lo tanto, no hay respuestas correctas o incorrectas.

I. Datos Generales:

Personal

- ☐ Administrativo
- ☐ Docente

Carrera o Coordinación

- Actividades culturales y deportivas
- Coordinación de Idiomas
- Ingeniería en Energía y Desarrollo Sostenible
- Ingeniería en Tecnologías de la Información en Innovación Digital
- Ingeniería en Manufactura Avanzada
- Licenciatura en Terapia Física
- Ingeniería en Automotriz
- Licenciatura en Administración
- Personal Administrativo

Sexo

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre

Edad

- ☐ 18 a 29 años
- ☐ 30 a 39 años
- ☐ 40 a 49 años
- ☐ 50 a 59 años
- ☐ 60 y más

Por favor, le pedimos que lea cuidadosamente cada una de las preguntas y señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

1. Se siente emocionalmente agotado o agotada por su trabajo.

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Con frecuencia
- ☐ Siempre

2. Cuando termina su jornada de trabajo se siente fatigado o fatigada.

- ☐ Nunca

Test de Fatiga Laboral

- ☐ Algunas veces
- ☐ Con frecuencia
- ☐ Siempre

3. Por la mañana, cuando se levanta y se enfrenta a otra jornada de trabajo se siente desmotivado o desmotivada.

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Con frecuencia
- ☐ Siempre

4. Siente que puede entender fácilmente a sus compañeros y compañeras.

- ☐ No
- ☐ Algunas veces
- ☐ Si

5. Siente que está tratando a sus compañeros y compañeras como si fueran objetos.

- ☐ No
- ☐ Algunas veces
- ☐ Si

6. Siente que trata con mucha eficacia los problemas de sus compañeros y compañeras.

- ☐ No
- ☐ Algunas veces
- ☐ Si

7. Se siente con disminución de interés sexual.

- ☐ No
- ☐ Algunas veces
- ☐ Si

8. Siente que está influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de su trabajo.

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Con frecuencia
- ☐ Siempre

9. Siente que se ha hecho más duro con la gente.

- ☐ No
- ☐ Algunas veces
- ☐ Si

10. Presenta temblores musculares (por ejemplo, tics nerviosos o parpadeos).

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Con frecuencia
- ☐ Siempre

11. Se siente con mucha energía en su trabajo.

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Con frecuencia
- ☐ Siempre

Test de Fatiga Laboral

12. Tiene tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual.
- ☐ No
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Si
13. Siente que está demasiado tiempo en su trabajo.
- ☐ No
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Si
14. Se siente con imposibilidad de conciliar el sueño.
- ☐ No
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Si
15. Siente que puede crear con facilidad un clima agradable con sus compañeros y compañeras.
- ☐ Nunca
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia
 - ☐ Siempre
16. Se siente estimado después de haber trabajado íntimamente con sus compañeros y compañeras.
- ☐ Nunca
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia
 - ☐ Siempre
17. Considera que consigue muchas cosas valiosas en su trabajo.
- ☐ Nunca
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia
 - ☐ Siempre
18. Siente que está al límite de sus posibilidades.
- ☐ Nunca
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia
 - ☐ Siempre
19. Considera que la iluminación en su puesto de trabajo es:
- ☐ Molesta
 - ☐ Regular
 - ☐ Adecuada
20. Si pudiera regular la iluminación para estar más cómodo o cómoda, preferiría tener:
- ☐ Menos luz
 - ☐ Más luz
 - ☐ Sin cambio
21. Señale con cuál o cuáles de las siguientes afirmaciones está de acuerdo:
- ☐ Tengo que forzar la vista para poder realizar mi trabajo.
 - ☐ La iluminación produce brillos o reflejos en algunos elementos de mi puesto de trabajo.
 - ☐ La iluminación de algunas lámparas o ventanas me da directamente en los ojos.

Test de Fatiga Laboral

- ☐ En mi puesto de trabajo tengo dificultades para ver bien los colores.
- ☐ En algunas superficies de mi puesto de trabajo hay reflejos.
- ☐ Cuando miro a las lámparas, me molestan.
- ☐ En mi puesto de trabajo hay algunas luces que parpadean.

Por favor, te pedimos que leas cuidadosamente cada una de las preguntas y señale la respuesta que crea oportuna:

22. CUELLO, HOMBROS Y/O ESPALDA DORSAL

- a) ¿Tienes molestia o dolor en esta zona?
 - ☐ Si
 - ☐ No
- b) ¿Con qué frecuencia?
 - ☐ Nunca / No aplica
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia
 - ☐ Siempre
- c) ¿Te ha impedido alguna vez realizar tu trabajo actual?
 - ☐ Si
 - ☐ No
- d) ¿Se ha producido como consecuencia de las tareas del puesto actual?
 - ☐ Si
 - ☐ No



23. ESPALDA LUMBAR

- a) ¿Tienes molestia o dolor en esta zona?
 - ☐ Si
 - ☐ No
- b) ¿Con qué frecuencia?
 - ☐ Nunca / No aplica
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia
 - ☐ Siempre
- c) ¿Te ha impedido alguna vez realizar tu trabajo actual?
 - ☐ Si
 - ☐ No
- d) ¿Se ha producido como consecuencia de las tareas del puesto actual?
 - ☐ Si
 - ☐ No



24. CODOS

- a) ¿Tienes molestia o dolor en esta zona?
 - ☐ Si
 - ☐ No
- b) ¿Con qué frecuencia?
 - ☐ Nunca / No aplica
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia



Test de Fatiga Laboral

☐ Siempre

c) ¿Te ha impedido alguna vez realizar tu trabajo actual?

- ☐ Si
☐ No

d) ¿Se ha producido como consecuencia de las tareas del puesto actual?

- ☐ Si
☐ No

25. MANOS Y/O MUÑECAS

a) ¿Tienes molestia o dolor en esta zona?

- ☐ Si
☐ No

b) ¿Con qué frecuencia?

- ☐ Nunca / No aplica
☐ Algunas veces
☐ Con frecuencia
☐ Siempre



c) ¿Te ha impedido alguna vez realizar tu trabajo actual?

- ☐ Si
☐ No

d) ¿Se ha producido como consecuencia de las tareas del puesto actual?

- ☐ Si
☐ No

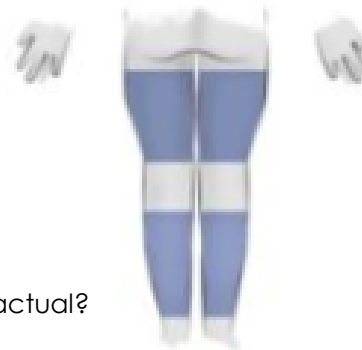
26. PIERNAS

a) ¿Tienes molestia o dolor en esta zona?

- ☐ Si
☐ No

b) ¿Con qué frecuencia?

- ☐ Nunca / No aplica
☐ Algunas veces
☐ Con frecuencia
☐ Siempre



c) ¿Te ha impedido alguna vez realizar tu trabajo actual?

- ☐ Si
☐ No

d) ¿Se ha producido como consecuencia de las tareas del puesto actual?

- ☐ Si
☐ No

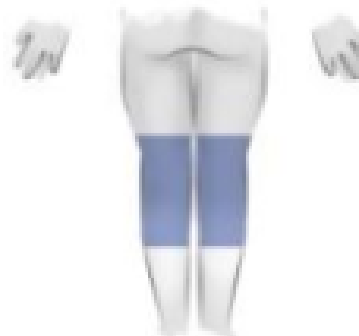
27. RODILLAS

a) ¿Tienes molestia o dolor en esta zona?

- ☐ Si
☐ No

b) ¿Con qué frecuencia?

- ☐ Nunca / No aplica



Test de Fatiga Laboral

- ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia
 - ☐ Siempre
- c) ¿Te ha impedido alguna vez realizar tu trabajo actual?
- ☐ Si
 - ☐ No
- d) ¿Se ha producido como consecuencia de las tareas del puesto actual?
- ☐ Si
 - ☐ No

28. PIES

- a) ¿Tienes molestia o dolor en esta zona?
- ☐ Si
 - ☐ No
- b) ¿Con qué frecuencia?
- ☐ Nunca / No aplica
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia
 - ☐ Siempre
- c) ¿Te ha impedido alguna vez realizar tu trabajo actual?
- ☐ Si
 - ☐ No
- d) ¿Se ha producido como consecuencia de las tareas del puesto actual?
- ☐ Si
 - ☐ No



¿Hay alguna otra cosa que te gustaría comentarnos?

Te agradeceremos nos hagas llegar algunos comentarios acerca de aspectos que ayudarían a mejorar nuestro estado físico y mental

Gracias por su participación, estamos trabajando para implementar medidas de prevención en favor del bienestar laboral.

La Universidad Politécnica de Amozoc, se encuentra dentro de un modelo de igualdad y no discriminación.