

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
- Profesor o profesora de Tiempo Completo
- Profesor o profesora por Asignatura

Carrera o Coordinación

- Coordinación de Deportes
- Coordinación de Idiomas
- Ingeniería en Energía
- Ingeniería en Software
- Ingeniería en Manufactura
- Licenciatura en Terapia Física
- Ingeniería en Automotriz
- 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, te pedimos que leas 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
- Algunas veces

Test de Fatiga Laboral

- 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.
 - En mi puesto de trabajo tengo dificultades para ver bien los colores.

Test de Fatiga Laboral

- 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
 - Siempre



Test de Fatiga Laboral

- 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

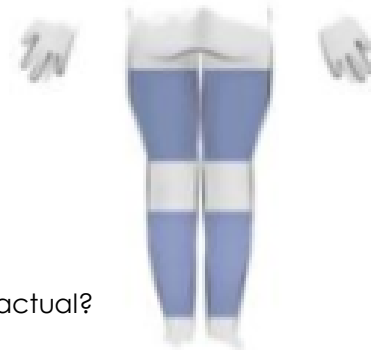
25. MANOS Y/O MUÑECAS

- 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



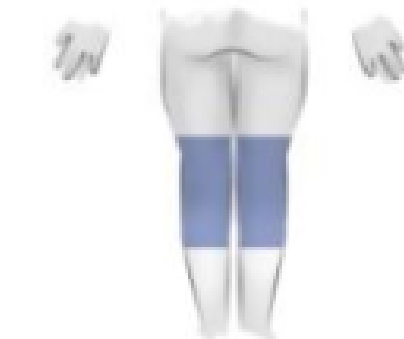
26. PIERNAS

- 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
 - 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

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.