

# NTP 182: Encuesta de autovaloración de las condiciones de trabajo



Questionnaire pour l'autoévaluation des conditions de travail  
Test the self-assessment of working conditions

Las NTP son guías de buenas prácticas. Sus indicaciones no son obligatorias salvo que estén recogidas en una disposición normativa vigente. A efectos de valorar la pertinencia de las recomendaciones contenidas en una NTP concreta es conveniente tener en cuenta su fecha de edición.

## Redactor:

Clotilde Nogareda Cuixart  
Licenciada en Psicología

CENTRO NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO - BARCELONA

## Introducción

La mejora de un puesto de trabajo se basa en el conocimiento de las condiciones de trabajo presentes en dicho puesto, entendiendo como tales el conjunto de factores, tanto de la propia tarea como del entorno en que ésta se realiza, que pueden afectar a la salud de los trabajadores.

Toda evaluación de una situación de trabajo implica que estos factores deben considerarse por sí solos y en su conjunto, teniendo siempre en cuenta su incidencia sobre el elemento humano del sistema. Aunque en la realidad es el conjunto de condiciones de trabajo el que determina una situación, para facilitar su análisis podemos establecer una clasificación de factores en las siguientes categorías:

- **Condiciones de Seguridad:** Son aquellas condiciones materiales que vienen determinadas por la maquinaria, los equipos o las instalaciones.
- **Contaminantes Ambientales:** Entendemos como tales aquellos contaminantes físicos, químicos o biológicos, presentes en ciertas actividades y que pueden llegar a ocasionar distintas enfermedades profesionales.
- **Medio ambiente de trabajo:** Incluimos en este apartado las características ambientales presentes en todo trabajo como son la iluminación y las condiciones termohigrométricas, que por un lado inciden directamente en el confort de un puesto de trabajo y por otro pueden ser agravantes de otros factores.
- **Exigencias del puesto:** Todo trabajo exige del individuo un esfuerzo físico y mental, que condicionará la aparición de la fatiga. Si conocemos "a priori" el grado de esfuerzo que va a exigir el desarrollo de una tarea determinada, podremos prevenir la aparición de la fatiga.
- **Organización del trabajo:** Se incluyen aquí factores como la jornada de trabajo, el ritmo de trabajo, la comunicación con superiores y compañeros, etc., en cuanto que son factores determinantes no sólo de la patología laboral clásica y de la fatiga, sino también de la motivación, la satisfacción en el trabajo, etc...
- **Organización de la Prevención:** Incluimos aquí los mecanismos que permiten poner en práctica la Prevención de los riesgos profesionales.

## Objetivo

La experiencia cotidiana proporciona al trabajador unos conocimientos sobre estos factores que le permiten su valoración y que, por tanto, no deben ser olvidados en el momento de evaluar una situación de trabajo.

El objetivo de la encuesta que se presenta es proporcionar un medio que facilite esta evaluación de las condiciones de cada puesto. No pretende cubrir de manera exhaustiva todos los condicionantes en el mundo del trabajo, sino que se trata de que el propio trabajador pueda realizar un primer análisis de los principales problemas presentes en su trabajo. Se trata de determinar, en un primer diagnóstico, que factores deben ser modificados para mejorar una determinada situación laboral.

Es importante que esta valoración pueda ser realizada por distintas personas que se encuentren en puestos similares de tal manera que el contraste de los resultados obtenidos permita una visión menos parcializada y más objetiva de la realidad.

## Contenido de la encuesta

A los distintos factores ya enumerados como componentes esenciales de las condiciones de trabajo, en la encuesta se añaden, por razones prácticas, dos apartados complementarios; el primero de ellos, dedicado a la protección personal, se incluye a fin de evitar repeticiones innecesarias entra los distintos casos en que dichas protecciones deban ser utilizadas.

El objetivo del segundo apartado, dedicado a los síntomas de alerta, es intentar hacer patente una sintomatología inespecífica, que frecuentemente no se relaciona con el trabajo y que, en muchos casos, puede ser debida al mismo. Se pretende con ello que los trabajadores puedan llegar a determinar una serie de síntomas y puedan transmitir esta información ya sea al médico de cabecera ya sea al servicio médico de empresa. Así pues podemos resumir el contenido de la encuesta en el siguiente cuadro.

### Cuadro resumen de la encuesta

<b>CONDICIONES DE TRABAJO</b>	<b>CONDICIONES DE SEGURIDAD</b>	MAQUINAS Y EQUIPOS HERRAMIENTAS ESPACIOS DE TRABAJO MANIPULACION Y TRANSPORTE ELECTRICIDAD INCENDIOS
	<b>CONTAMINANTES AMBIENTALES</b>	FISICOS: RUIDO, VIBRACIONES, RADIACIONES QUIMICOS BIOLOGICOS
	<b>MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO</b>	ILUMINACION CONDICIONES TERMO-HIGROMETRICAS
	<b>EXIGENCIAS DEL PUESTO</b>	FATIGA FISICA ERGONOMIA DEL PUESTO CARGA MENTAL
	<b>ORGANIZACION DEL TRABAJO</b>	JORNADA DE TRABAJO RITMO DE TRABAJO AUTOMATIZACION COMUNICACION ESTILO DE MANDO Y PARTICIPACION STATUS
	<b>ORGANIZACION DE LA PREVENCION</b>	LEGISLACION ORGANIZACION DENTRO DE LA EMPRESA
<b>PRENDAS DE PROTECCION PERSONAL</b>		
<b>SINTOMAS DE ALERTA</b>		

## Aplicación de la encuesta

Esta encuesta de autovaloración pretende proporcionar al trabajador una herramienta para dar una primera evaluación de sus condiciones de trabajo. Es decir que está pensada para que cada trabajador responda a las preguntas directamente.

En los dos primeros apartados "Condiciones Generales" y "Prendas de Protección Personal", las respuestas posibles son: SI, NO, NO SE.

La respuesta SI indica una situación correcta, la respuesta NO indica que el trabajador percibe una deficiencia, la respuesta NO SE indica que el trabajador debería solicitar formación o información sobre dichos aspectos. Una respuesta en blanco indica que en el puesto de trabajo que se está valorando no se percibe dicho riesgo.

En el tercer apartado se presentan una serie de síntomas que pueden ser debidos a distintos factores presentes en el mundo laboral y que, a menudo, nos parecen independientes del mismo. La presencia de alguno de estos síntomas, que se reflejará en las respuestas A MENUDO, A VECES, NUNCA, en diversos puestos de trabajo cuyas características sean similares, deberá servir de alerta sobre las condiciones de dicho puesto.

## Significación de los resultados obtenidos

Queremos hacer hincapié en que el método de autovaloración que aquí se presenta sólo pretende ser una guía que ayude a determinar qué condiciones de trabajo pueden ser agresoras. Su objetivo no es llegar a valorar su incidencia sobre la salud de los trabajadores sino que se trata sólo de llegar a identificarlas, valorarlas con mayor profundidad sería objeto de otro estudio.

La comparación de los resultados obtenidos una vez que haya sido respondida por distintos trabajadores, permitirá establecer sobre qué factores es preciso actuar en primer lugar en función, tanto del número de personas afectadas como de la gravedad del riesgo detectado, haciendo posible el esbozo de una mapa de riesgos dentro de una empresa.

Esta encuesta puede ser utilizada también con fines didácticos, estableciendo programas de formación sobre aquellos aspectos en que se refleja una falta de información.

Por último, a partir de esta encuesta se puede facilitar la participación de los trabajadores para la búsqueda conjunta de soluciones, sobre las que pueden aportar su opinión basada en la experiencia.

ENCUESTA DE AUTOVALORACION			
<b>MAQUINAS Y EQUIPOS</b>	SI	NO	N/S
¿Los elementos de transmisión de las máquinas (engranajes, volantes, correas) están protegidos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Los elementos móviles de las máquinas (cuchillas, troqueles, etc.) están protegidos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Disponen las máquinas de interruptores u otros sistemas de paro de emergencia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HERRAMIENTAS</b>			
¿Las herramientas que utilizas en tu trabajo están hechas del material adecuado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están bien pulimentadas (no tienen rebordes)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están bien afiladas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuándo no se utilizan están bien guardadas en su sitio y ordenadas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si son eléctricas, tienen doble aislamiento o tensión de seguridad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se dispone en cada caso de la herramienta adecuada? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ESPACIO</b>			
¿La distancia entre las máquinas es tal que impide que sus elementos móviles golpeen a personas u otras máquinas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están los materiales almacenados en el lugar destinado para ello? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están los suelos limpios de grasa y son antideslizantes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existen señales de atención y advertencias claramente marcadas para indicar:			
- vías de transporte? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- equipos para combatir incendios? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- salidas de emergencia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MANIPULACION Y TRANSPORTE</b>			
¿Si existen aparatos de elevación, están dotados de interruptores o señales visuales o acústicas contra exceso de carga? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienen los ganchos pestillo de seguridad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El sistema de frenado impide el deslizamiento vertical de la carga? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se realizan revisiones y pruebas periódicas de los cables? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay normas dictadas por la empresa sobre:			
- situación bajo cargas suspendidas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- carga y descarga de materiales? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO	N/S
¿Están claramente marcados los pesos máximos que pueden ser transportados? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si hay carretillas, las conduce únicamente personal autorizado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus frenos funcionan bien y son potentes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El asiento del conductor es cómodo y tiene buena visibilidad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se realiza un mantenimiento periódico de las carretillas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En el caso de que haya cintas transportadoras, tienen resguardados el motor, tambor, rodillo, etc.? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VIBRACIONES</b>			
¿Puedes coger el periódico sin que te tiemble en las manos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si utilizas herramientas que produzcan vibraciones (martillo neumático, buril, pulidora, etc.), están dotadas de sistemas de amortiguación? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están aisladas las máquinas que producen vibraciones? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ILUMINACION</b>			
¿Dispone el local de trabajo de la iluminación general suficiente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está situada la luz de forma que impida deslumbramientos y reflejos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Consideras que la iluminación del puesto de trabajo es correcta? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se mantiene limpias las lámparas y ventanas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se realizan mediciones del nivel de luz? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Las lámparas fundidas son sustituidas rápidamente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Disponen los distintos lugares del centro de trabajo de los niveles de iluminación mínimos establecidos en la Ordenanza General de Seguridad e Higiene? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CONDICIONES TERMOHIGROMETRICAS</b>			
¿Los focos de calor (hornos, calderas, etc.) están aislados convenientemente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dispone el local de ventilación general? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuando se genera vapor de agua, hay un sistema de extracción localizada u otros que eviten el exceso de humedad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	SI	NO	N/S		SI	NO	N/S
¿La temperatura del local de trabajo es la adecuada al tipo de actividad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Existen pausas establecidas de acuerdo con las dos preguntas anteriores? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La ropa de trabajo utilizada es adecuada al tipo de trabajo y a la temperatura ambiental? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>CARGA MENTAL</b>			
¿Se realiza un mantenimiento de los sistemas de ventilación? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desde el punto de vista de la fatiga nerviosa:			
<b>RADIACIONES</b>				- ¿consideras que tu ritmo habitual de trabajo es adecuado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están señalizados los locales en que hay radiaciones ionizantes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- ¿crees que la actividad que se te exige es la que tú puedes realizar? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si estás en un puesto de trabajo con radiaciones ionizantes, ¿te han informado de los riesgos a que estás sometido y las medidas preventivas a tomar? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tu trabajo te permite dormir bien por las noches? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te hacen revisiones médicas periódicas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Crees que la recuperación de la fatiga entre una jornada de trabajo y la siguiente es suficiente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dispones de una cartilla sanitaria? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tu trabajo te permite desviar la atención, por algunos instantes, para hacer o pensar otras cosas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CONTAMINANTES QUIMICOS</b>				<b>ERGONOMIA DEL PUESTO DE TRABAJO</b>			
En el local de trabajo, ¿conoces la existencia de algún contaminante químico? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es adecuada la distancia entre tus ojos y el trabajo que realizas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existen normas establecidas para la utilización de productos químicos peligrosos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿La disposición del puesto de trabajo permite trabajar sentado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se cumplen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El asiento es cómodo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se realizan mediciones periódicas de la concentración del contaminante? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es ajustable la silla de trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se realizan revisiones periódicas a los trabajadores? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes espacio suficiente para variar la posición de piernas y rodillas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si utilizas productos químicos, ¿sabes qué productos son? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Si estás en una silla alta, tiene algún apoyo para los pies? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están los productos claramente etiquetados? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Puedes apoyar los brazos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si utilizas productos tóxicos, ¿realizas una buena higiene personal? (lavarte las manos antes de fumar o comer, cambiarte de ropa al salir del trabajo, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si estás a cargo de alguna máquina, herramienta o útil, ¿tienes los mandos dispuestos de tal manera que no necesites realizar movimientos forzados para accionarlos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes de incorporar al proceso productivo una nueva sustancia, ¿se requiere del suministrador información sobre:				La altura de la superficie donde realizas tu trabajo ¿es la adecuada a tu estatura y a la silla? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- su toxicidad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se dispone de equipos apropiados para el levantamiento de cargas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- las condiciones seguras de utilización? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si se han de levantar cargas pesadas, a mano, ¿se siguen las normas establecidas para levantar pesos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existen locales, distintos del puesto de trabajo, para tomar el bocadillo, el almuerzo, etc.? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si trabajas de pie, ¿dispones de una silla para descansar durante las pausas cortas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CONTAMINANTES BIOLÓGICOS</b>				En general, ¿dispones de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sólo si trabajas en: cría y cuidado de animales, manipulación de productos de origen animal, laboratorios biológicos y clínicos, hospitales, sanatorios, etc.:				Al finalizar la jornada laboral, ¿el cansancio que sientes podría calificarse de "normal"? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están los aseos, los comedores, etc. aislados de la zona de trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>JORNADA</b>			
¿Se mantienen los lugares de trabajo, vestuarios, aseos, comedores, etc. en perfectas condiciones de limpieza y desinfección? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El número y la duración total de las pausas durante la jornada laboral, son suficientes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Realizan los trabajadores una buena higiene personal (lavarse las manos antes de fumar o comer, cambiarse de ropa al salir del trabajo, etc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Puedes distribuir tú mismo estas pausas a lo largo de la jornada? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FATIGA FISICA</b>				¿Te piden opinión para el cambio de turno? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los esfuerzos realizados en el desarrollo de tu trabajo, están adecuados:				¿Te exigen menos trabajo en el turno de noche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a tu capacidad física? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Puedes escoger los días de descanso? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a la temperatura ambiental? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Consideras adecuada la distribución:			
- a tu edad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- del horario de trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a tu entrenamiento? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- de los turnos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si realizas un trabajo muy pesado, ¿te hacen revisiones para controlar la frecuencia cardíaca? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- de las horas de descanso? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha realizado alguna evaluación del consumo metabólico en la actividad que realizas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- de las horas extra? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				- de las pausas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>RITMO</b>			
				¿Consideras que el tiempo asignado a la tarea que realizas es el adecuado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	SI	NO	N/S		SI	NO	N/S
¿Puedes abandonar tu trabajo por unos minutos sin necesidad de que te sustituyan? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Investiga los accidentes y enfermedades profesionales? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existen «comodines» para sustituirte, cuando no se puede abandonar el puesto? (para ausentarte unos minutos) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se reúne según lo previsto en la Ordenanza? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puedes variar tu ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tu empresa tiene Servicio Médico? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Eres tú el que marca el ritmo de trabajo y no la máquina? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hay botiquín suficientemente dotado y revisado periódicamente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DAÑOS A LA SALUD</b>				¿Hay personas que puedan prestar los primeros auxilios con formación de socorristas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estás al corriente de las posibles Enfermedades Profesionales detectadas en tu empresa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se realizan reconocimientos médicos previos al ingreso del trabajador? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estás enterado de los accidentes de trabajo que han ocurrido en el último año? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se realizan reconocimientos médicos periódicos a los trabajadores? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabes las causas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso de efectuarlos, ¿se incluyen en ellos pruebas especiales en función de los riesgos a los que están expuestos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La empresa informa por escrito, charlas, etc. a los trabajadores sobre los riesgos existentes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se informa al trabajador de los resultados de los reconocimientos médicos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se miden y controlan los niveles de contaminación existentes en los puestos de trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Existe en la empresa una persona responsable del botiquín? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dispone de asesoramiento (la empresa) eficaz (propio o externo) en materia de prevención laboral? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>PROTECCIONES PERSONALES</b>			
Cuando se produce una baja por enfermedad profesional, ¿se efectúa un estudio de las causas que la han originado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso de que en tu puesto de trabajo necesites utilizar prendas de protección personal. ¿Está establecido el uso de:			
<b>MAPA DE RIESGOS</b>				- Casco _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabes en qué sectores de la empresa se producen más accidentes de trabajo o Enfermedades Profesionales? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Gafas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has intentado con otros trabajadores de la empresa hacer un mapa de riesgos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Protectores auditivos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabes el grado de absentismo de tu empresa y sus causas principales? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Mascarilla _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es posible reunirse con tus compañeros/as para discutir sobre métodos de trabajo, etc.? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Mandil _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dispone la empresa de personal, medios técnicos y locales, propios o ajenos, para enseñar a sus trabajadores la forma correcta de realizar el trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Guantes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ORGANIZACION DEL TRABAJO</b>				- Cinturón _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Piensas que es posible cambiar las formas de organización en tu empresa para mejorar las condiciones de trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Polainas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Conoces otras empresas que apliquen nuevas formas de organización con resultados positivos para la salud de sus trabajadores? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Botas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LEGISLACION</b>				- Otras _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has leído el Estatuto de los Trabajadores? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabes a qué prestaciones tienes derecho? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay en la empresa ejemplares de la Ordenanza General de Higiene y Seguridad a disposición de los trabajadores? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Proporciona la empresa prendas de protección personal? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Conoces los reglamentos y ordenanzas laborales que afectan a tu sector de actividad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Están homologadas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EMPRESA</b>				¿Son adecuadas al riesgo que deben proteger? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay Comité de Empresa o Delegado de Personal? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Son de uso personal (1 para cada trabajador)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Conoce el Comité o el Delegado las estadísticas de absentismo, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, etc.? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Son cómodas de usar? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existe en tu empresa, Vigilante o Comité de Seguridad e Higiene? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se revisan periódicamente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Informa a los trabajadores? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hay carteles que indiquen la obligatoriedad de usar dichas prendas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>SINTOMAS CAUSADOS O ATRIBUIBLES AL PROPIO TRABAJO</b>			
				¿Te sientes fatigado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				¿Te cuesta dormirte? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				¿Tienes la cabeza pesada, mareos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				¿Te notas irritado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				¿Te cuesta concentrarte? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				¿Olvidas las cosas con facilidad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				¿Tomas tranquilizantes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>AUTOMATIZACION</b>			
				¿Tu trabajo te permite aplicar tus habilidades y conocimientos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				¿Puedes organizar tu trabajo a tu manera? (por ejemplo, modificar el orden de las operaciones que realizas) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				¿Puedes intervenir en caso de error o incidente para controlar y corregir tu trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	N/S		SI	NO	N/S
¿Consideras que tu trabajo es variado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Piensas que tu trabajo es importante dentro del proceso general? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están agotadas todas las posibilidades de distribuir el trabajo de manera que sea más variado y estimulante que actualmente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tu contrato de trabajo es fijo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puedes rotar con otros puestos de trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La preparación de los trabajadores, ¿es adecuada al trabajo que realizan? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMUNICACION Y COOPERACION</b>				¿Conoces todo lo que se hace en la empresa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tu trabajo se realiza en grupo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes posibilidades de promoción? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si trabajas de forma individual, ¿puedes hablar con otros compañeros durante el trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comparado con otros puestos ¿es adecuada la remuneración a las exigencias del puesto? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay compañeros de trabajo a menos de 5 m. de tu puesto de trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>VALORACION GLOBAL</b>			
¿Si estás aislado, ¿tienes un teléfono cerca? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Conoces bien los riesgos a que estás sometido en tu puesto de trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los trabajadores ¿son informados o formados cuando se introducen nuevas máquinas o nuevos métodos de trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Los comentas con tus compañeros habitualmente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes amigos en el trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Conoces alguna guía de análisis de las condiciones de trabajo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se puede decir lo que uno piensa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, ¿has intentado responderla alguna vez? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Conoces las ideas de otros compañeros? (religión, política, sobre la vida en general). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sientes desinterés por las cosas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ESTILO DE MANDO Y PARTICIPACION</b>				¿Te notas inquieto, intranquilo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tu jefe inmediato te pide opinión en las decisiones que afectan al trabajo que realizas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cometes más errores de lo normal? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando te encarga una nueva tarea, ¿discute contigo la forma de llevarla a cabo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sientes dolor de riñones? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puedes dar directamente sugerencias a tus superiores? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes dificultades respiratorias? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay buzones de sugerencias? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes la voz enronquecida? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Crees que se tienen en cuenta las sugerencias que dan los trabajadores? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sientes hormigueo en las manos o las piernas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>STATUS</b>				¿Se te irritan los ojos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Goza tu trabajo de prestigio entre tus compañeros? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sientes molestias oculares (deslumbramiento, parpadeo...)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				¿Tienes problemas digestivos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				¿Tienes palpitaciones? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				¿Consumes en exceso tabaco, café, alcohol, u otras drogas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Bibliografía

(1) FERNANDEZ DE PINEDO, I. et al.

### Condiciones de Trabajo y Salud

INSHT, Barcelona, 1987

(2) FITIM, Consejo Sueco de Seguridad Laboral

### Mejores Condiciones de Trabajo

Consejo Sueco de Seguridad Laboral, Estocolmo, 1980

(3) FRAILE, A., ROSEL, L.O., ERANSUS, J.

### Mapa de Riesgos de La Rioja

INSHT, Madrid, 1987

(4) PIOTET, F., MABILE, J.

### Conditions de travail, mode d'emploi

Coll. Outils et Méthodes. Ed. de l'ANACT, Paris, 1984

(5) WALLRAF, G. KAERSUNKE, Y., MARX, K.

### Encuestas a los trabajadores

Castellote Editor, Madrid, 1973