

**Instrucciones para cumplimentarlo:**

*Para rellenar este cuestionario, lea cada pregunta detenidamente. Marque con una cruz o indique la opción u opciones que Vd. considere, en la casilla correspondiente.*

*Tenga en cuenta que algunas preguntas pueden tener varias respuestas.*

**1.- Nº de caja que ocupa en este momento**

--	--

**2.- Edad**

--	--

**3.- Nº de hijos**

--	--

**4.- Estudios realizados:**

• Sin estudios

• E.G.B. / F.P-1

• B.U.P. / F.P-2

• Estudios medios / superiores

**5.- Antigüedad, como cajera de supermercado o hiper (sea en esta empresa u otra)**

<small>años</small>		<small>meses</small>	

**6.- ¿Es Vd. la principal fuente de ingresos familiares?**

**7.- ¿Cual es su tipo de contrato?**

• Fijo

• Eventual

• Otros

**8.- ¿Como es este contrato?**

• A tiempo completo

• A tiempo parcial

**9.- ¿Cuál es el número mínimo de horas al mes que establece su contrato?**

--	--	--

**10.- ¿Tiene Vd. pausas durante su jornada? (excluyendo la del bocadillo o comida)**

• Sí

• No

**11.- La temperatura / humedad en la línea de cajas le produce:**

Invierno      Verano

• Calor



• Frío



• Sequedad



• Corrientes de aire



• No crea problemas



• Otros (especificar)



**12.- La iluminación en la línea de cajas es:**

• Correcta

• Escasa

• Produce deslumbramientos o reflejos

**13.- En caso de que existan reflejos molestos, señale dónde son más frecuentes:**

• Display

• Escáner

• Tapa de la gaveta

• Lupa y paneles transparentes

• Otros (especificar)

**14.- ¿Se producen parpadeos molestos en los fluorescentes?**

• Sí

• No

**15.- ¿Cómo considera que es el ruido en la línea de caja?**

• Nada molesto

• Algo molesto

• Muy molesto

**16.- De resultarle molesto, señale de dónde procede:**

- Megafonía
- Música
- Escáner
- Clientes o público
- De fuera del centro
- Aire acondicionado
- Otros (especificar)

**17.- La temperatura / humedad en la línea de cajas le produce:**

- |              | Sí                       | No                       |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| • Cliente    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Interfono  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Otras      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18.- La iluminación en la línea de cajas es:**

- Sí
- No

**19.- En caso de que existan reflejos molestos, señale dónde son más frecuentes:**

- Silla
- Espacio disponible para moverse en el puesto
- Espacio para las piernas
- Espacio para el paso de carritos a su espalda
- Otros (especificar)
- Ninguno

**20.- Señale cuál o cuáles de los siguientes elementos le resultan incómodos debido a su colocación en la caja**

- Desetiquetado antirrobo
- Escáner
- Gaveta dinero
- Bolsas
- Botones de accionamiento
- Interfono / teléfono
- Teclado
- Soporte perchas
- Display
- Impresora de Tiques
- Lupa
- Alcance de los productos de la cinta
- Otros (especificar)
- Ninguno

**21.- De los siguientes aspectos, indique las 2 principales causas de fatiga o molestia física en Vd.:**

- Alcanzar los productos
- Levantar o arrastrar los productos
- Teclear los productos
- Pasar los productos por el escáner
- Embolsamiento de productos (de existir)
- Dar el cambio a cliente
- Recoger tique de la impresora
- Quitar alarma de la ropa
- Otros (especificar)
- Ninguna

**22.- De los siguientes aspectos, indique las 2 principales causas de estrés o nerviosismo en Vd.:**

- Control por parte de Caja Central
- Tardanza de Caja Central en asistir a la cajera
- Vigilancia de carritos
- Cuidado de no cometer errores
- Trato con el cliente
- Acumulación de clientes
- Mal funcionamiento de las cajas
- Cobro
- Cuadrar caja
- Dificultad para ausentarse del puesto
- Producto sin etiqueta o precio
- El ruido
- Otros (especificar)
- Ninguna

**23.- ¿Señale en qué medida los siguientes aspectos le exigen estar pendiente?**

- Búsqueda de las etiquetas o códigos
- Lectura del display o pantalla
- Asegurarse de la lectura del escáner
- Cobro metálico
- Cobro por tarjeta
- Vigilancia de carritos
- Atender al posible comportamiento del cliente
- Otros (especificar)
- Ninguna

**24.- Señale en qué medida le molestan los siguientes aspectos:**

	Nada	Algo	Mucho
• Las relaciones con sus jefes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dificultades para ausentarse del puesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dificultades para poder hablar con las cajeras de las cajas cercanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Que sus opiniones o sugerencias no sea tenidas en cuenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Que no sean atendidas sus quejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La antelación con que conoce su calendario de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inestabilidad en el empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Las dificultades de promoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• El tipo de jornada u horario que tiene Vd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25.- De todos estos aspectos, enumere por orden de importancia (1º, 2º y 3º) los tres que más le molesten**

• Acumulación de clientes ante la caja	<input type="checkbox"/>
• El trato con público	<input type="checkbox"/>
• El ruido	<input type="checkbox"/>
• La iluminación	<input type="checkbox"/>
• La temperatura / corrientes de aire	<input type="checkbox"/>
• Espacio, silla o colocación de los elementos del puesto	<input type="checkbox"/>
• Los esfuerzos o posturas de trabajo	<input type="checkbox"/>
• La forma en que Caja Central organiza el trabajo	<input type="checkbox"/>
• Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>

## CUESTIONARIO SINTOMAS

**HOJA 7**

**26.- ¿Su trabajo de cajera le ocasiona algún tipo de fatiga?**

- Sí
- No

**27.- En caso afirmativo, indique el/los tipos y el momento de la jornada en que siente esa fatiga marcando con una cruz en el lugar correspondiente:**

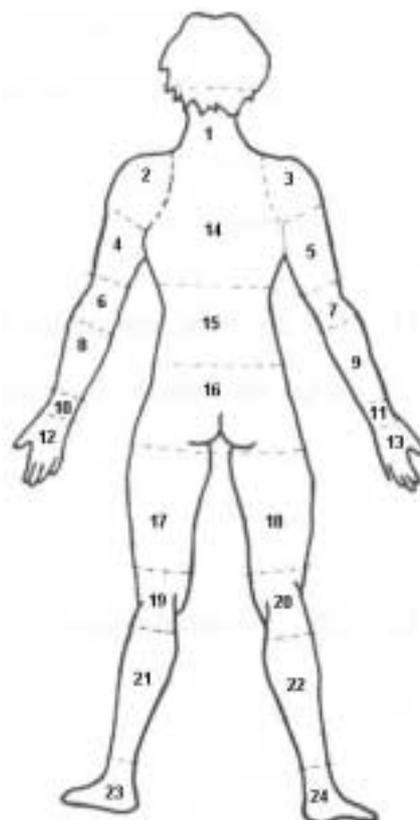
- |            | Antes                    | Durante                  | Después                  |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Ocular   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Muscular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mental   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**28.- ¿Siente Vd. algún dolor o molestia en músculos, articulaciones o huesos que atribuyen el trabajo que realiza?**

- Sí
- No

**29.- En caso afirmativo, marque con una cruz la casilla correspondiente**

	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO
1.- CUELLO			
2.- HOMBRO IZDO.			
3.- HOMBRO DCHO.			
4.- BRAZO IZDO.			
5.- BRAZO DCHO.			
6.- CODO IZDO.			
7.- CODO DCHO.			
8.- ANTEBRAZO IZDO.			
9.- ANTEBRAZO DCHO.			
10.- MUÑECA IZDA.			
11.- MUÑECA DCHA.			
12.- MANO IZDA.			
13.- MANO DCHA.			
14.- ZONA DORSAL			
15.- ZONA LUMBAR			
16.- NALGAS/CADERAS			
17.- MUSLO IZDO.			
18.- MUSLO DCHO.			
19.- RODILLA IZDA.			
20.- RODILLA DCHA.			
21.- PIERNA IZDA.			
22.- PIERNA DCHA.			
23.- PIE/TOBILLO IZDO.			
24.- PIE/TOBILLO DCHO.			



**30.- Si padece frecuentemente algunas de las siguientes molestias o trastornos, indique cuáles son:**

- Dolores de cabeza
- Mareos
- Trastornos digestivos
- Trastornos del sueño (pesadillas, insomnio, etc.)
- Dificultad para concentrarse
- Olvidarse fácilmente de las cosas
- Sentirse nervioso/a
- Sentirse deprimido/a
- Sentirse cansado/a al despertarse
- Palpitaciones
- Trastornos de la vista (ojos irritados, cansados, visión borrosa, etc.)
- Trastornos menstruales
- Problemas de la piel
- Trastornos circulatorios (hormigueos, miembros adormecidos, varices, etc.)
- Otros especificar

**31.- ¿Se ha visto obligada a faltar al trabajo alguna vez por éstas o las anteriores molestias?**

- Sí
- No

**30.- ¿Ha necesitado acudir al médico por estas molestias?**

- Sí
- No