



Documentación

NTP 204: Videoterminal: evaluación subjetiva de las condiciones de trabajo

Ecrans de visualisation: évaluation subjective des conditions de travail
V.D.U.: subjective evaluation or working conditions

Redactor:

M^a Angeles del Hoyo Delgado
Lda. en Psicología

Antonio Muñoz García
Ldo. en Sociología

CENTRO NACIONAL DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

Introducción

La rápida difusión de las nuevas tecnologías está produciendo cambios sustanciales en la naturaleza del trabajo. Las esperanzas son grandes por esta evolución, ya que da soluciones a situaciones problemáticas antiguas, no obstante, por otra parte también se prevén efectos negativos que pudieran derivarse de estos cambios.

Un aspecto importante en esta NTP, es no sólo hacer una valoración de hecho de las P.V.D. sino también cuál es la opinión del trabajador usuario.

La génesis y evolución del procedimiento de valoración ha sido:

- Formulación del problema.
- Descomposición del fenómeno a investigar en dimensión (variable).
- Recopilación de información adecuada mediante técnicas explorativas.
- Elaboración del cuestionario.

Objetivos

Conocer la problemática real que se deriva del empleo de P.V.D., analizando todas las variables posibles que puedan incidir en el usuario de pantallas.

Exponer las características más representativas de puestos de P.V.D.

Establecer criterios de organización, ergonómicos, ambientales y médicos, para aplicarlos a los puestos de P. V. D.

Valoración de las circunstancias personales que se dan en los usuarios de P.V.D.

Valoración de la influencia que tiene el uso de P.V.D. en las distintas dimensiones de la persona.

Descripción

El planteamiento de la encuesta es el de valorar la opinión del usuario de pantallas, con tal motivo en la elaboración del cuestionario se han incluido preguntas tanto de hecho como de opinión.

La encuesta está diseñada en siete bloques de preguntas:

- DATOS PERSONALES, recoge datos referentes al encuestado.
- ORGANIZACIÓN Y CARGA DE TRABAJO, recoge información referente al contenido y tipo de trabajo.
- PUESTO DE TRABAJO, recoge información referente a la pantalla, teclado, documentos utilizados, impresora, silla y mesa del puesto de trabajo.
- CONDICIONES AMBIENTALES, recoge información referente a la iluminación, ruido y temperatura ambiental del puesto de trabajo.
- FACTORES PSICOSOCIALES, recoge información referente a la formación específica, relaciones humanas y promoción.
- TRASTORNOS DE LA SALUD, recoge información referente a molestias visuales, musculares, posturales, digestivas y nerviosas.
- TRASTORNOS DE LA VISTA, recoge información referente a sintomatología de la vista.

Cuestionario sobre trabajos en pantallas de visualización de datos

1. DATOS PERSONALES	
Edad:	
Menos de 30	<input type="checkbox"/>
De 30 a 40	<input type="checkbox"/>
De 40 a 50	<input type="checkbox"/>
Más de 50	<input type="checkbox"/>
Sexo:	
Hombre	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>
Estado civil:	
Soltero	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>
Viudo	<input type="checkbox"/>
Separado/Divorciado	<input type="checkbox"/>
Estudios realizados:	
E.G.B.	<input type="checkbox"/>
F.P. - 1	<input type="checkbox"/>
F.P. - 2	<input type="checkbox"/>
B.U.P.	<input type="checkbox"/>
Estudios Medios	<input type="checkbox"/>
Estudios Superiores	<input type="checkbox"/>
Sin estudios	<input type="checkbox"/>
Antigüedad en el puesto de trabajo:	
Menos de 1 año	<input type="checkbox"/>
De 1 a 5 años	<input type="checkbox"/>
De 5 a 10 años	<input type="checkbox"/>
Más de 10 años	<input type="checkbox"/>
2. ORGANIZACION Y CARGA DE TRABAJO	
Tipo de trabajo que realiza:	
Entrada de datos	<input type="checkbox"/>
Entrada/salida de datos	<input type="checkbox"/>
Operador	<input type="checkbox"/>
Programador	<input type="checkbox"/>
Su trabajo con pantallas es:	
Exclusivo	<input type="checkbox"/>
Alternativo	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas personas utilizan su misma pantalla?:	
Una	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Tres	<input type="checkbox"/>
Cuatro	<input type="checkbox"/>
Más de cuatro	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas horas diarias está delante de la pantalla?:	
Una o dos	<input type="checkbox"/>
Tres o cuatro	<input type="checkbox"/>
Cinco o seis	<input type="checkbox"/>
Más de seis	<input type="checkbox"/>
Tipo de jornada:	
Continuada	<input type="checkbox"/>
Partida	<input type="checkbox"/>
Tipo de trabajo:	
Turno fijo día	<input type="checkbox"/>
Turno fijo noche	<input type="checkbox"/>
Variable	<input type="checkbox"/>
¿Realiza alguna pausa diaria en su trabajo con pantallas?	
Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
¿Estas pausas están reglamentadas?	
Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
¿Se le exige un rendimiento mínimo diario?:	
Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
Alcanzar el rendimiento mínimo exigido lo considera:	
Fácil	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>
Difícil	<input type="checkbox"/>
¿Cuál es el nivel de atención requerido en su trabajo?:	
Débil	<input type="checkbox"/>
Medio	<input type="checkbox"/>
Alto	<input type="checkbox"/>
Muy alto	<input type="checkbox"/>
¿Qué grado de atención necesita mantener en su trabajo?:	
Muy débil	<input type="checkbox"/>
Bajo	<input type="checkbox"/>
Medio	<input type="checkbox"/>
Alto	<input type="checkbox"/>
Muy alto	<input type="checkbox"/>

<p>¿Durante cuánto tiempo necesita mantener la atención?:</p> <p>Muy escaso <input type="checkbox"/></p> <p>Escaso <input type="checkbox"/></p> <p>La mitad del tiempo <input type="checkbox"/></p> <p>Gran parte del tiempo <input type="checkbox"/></p> <p>Continuamente <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Los caracteres presentan parpadeos:</i></p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Puede controlar su ritmo de trabajo?:</p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p><i>La pantalla está ubicada:</i></p> <p>En un local sin ventanas <input type="checkbox"/></p> <p>Frente a la ventana <input type="checkbox"/></p> <p>De lado a la ventana <input type="checkbox"/></p> <p>De espaldas a la ventana <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Cómo calificaría el ritmo de producción que debe mantener en el trabajo?:</p> <p>Ligero <input type="checkbox"/></p> <p>Medio aceptable <input type="checkbox"/></p> <p>Fuerte <input type="checkbox"/></p> <p>Insoportable <input type="checkbox"/></p>	<p><i>La pantalla es:</i></p> <p>Plana <input type="checkbox"/></p> <p>Cóncava <input type="checkbox"/></p> <p>Convexa <input type="checkbox"/></p>
<p>Ante una situación problemática en el trabajo, ¿está Vd. autorizado para resolverla?:</p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p><i>La distancia que existe entre Vd. y la pantalla es:</i></p> <p>Lejana <input type="checkbox"/></p> <p>Cercana <input type="checkbox"/></p> <p>Correcta <input type="checkbox"/></p>
<p>3. PUESTO DE TRABAJO</p>	
<p>Pantalla</p>	
<p><i>La pantalla es:</i></p> <p>Fija <input type="checkbox"/></p> <p>Regulable <input type="checkbox"/></p>	
<p><i>¿De qué color son los caracteres de la pantalla?:</i></p> <p>Blanco <input type="checkbox"/></p> <p>Negro <input type="checkbox"/></p> <p>Azul <input type="checkbox"/></p> <p>Verde <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p>	
<p><i>¿Es regulable el tamaño de los caracteres?:</i></p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	
<p><i>¿De qué color es el fondo de la pantalla?:</i></p> <p>Negra <input type="checkbox"/></p> <p>Blanca <input type="checkbox"/></p> <p>Gris <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p>	
<p><i>¿Disponen de filtro o dispositivo antirreflectante?:</i></p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	
<p><i>La distancia entre líneas es:</i></p> <p>Buena <input type="checkbox"/></p> <p>Aceptable <input type="checkbox"/></p> <p>Mala <input type="checkbox"/></p>	
<p>Teclado</p>	
<p><i>¿El teclado es independiente de la pantalla?:</i></p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	
<p><i>La superficie de las teclas es:</i></p> <p>Mate <input type="checkbox"/></p> <p>Ligeramente brillante <input type="checkbox"/></p> <p>Brillante <input type="checkbox"/></p>	
<p>Documentos</p>	
<p><i>¿Considera fácilmente legibles los documentos?:</i></p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>A veces <input type="checkbox"/></p>	
<p><i>¿Dispone de portadocumentos en su puesto de trabajo?:</i></p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	
<p><i>El portadocumento es:</i></p> <p>Fijo <input type="checkbox"/></p> <p>Regulable <input type="checkbox"/></p>	
<p>Impresora</p>	
<p><i>¿Tiene impresora en su puesto de trabajo?:</i></p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	
<p><i>¿Influye en su trabajo el ruido emitido por la impresora?:</i></p> <p>Mucho <input type="checkbox"/></p>	

Poco	<input type="checkbox"/>	¿Existen variaciones importantes del nivel de iluminación a lo largo del día?:	
Nada	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
Silla		No	<input type="checkbox"/>
¿Es confortable la silla que utiliza habitualmente?:		¿Cuántas horas al día utiliza la iluminación artificial?:	
Sí	<input type="checkbox"/>	Menos de 2 horas	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	De 2 a 4 horas	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>	De 4 a 6 horas	<input type="checkbox"/>
La silla que utiliza habitualmente, ¿es regulable su asiento?:		Durante toda la jornada	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>	El nivel de iluminación lo considera:	
No	<input type="checkbox"/>	Excesivo	<input type="checkbox"/>
La silla que utiliza habitualmente, ¿es regulable su respaldo?:		Adecuado	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	¿Su campo de visión presenta reflejos o deslumbramientos?:	
La silla dispone de apoyabrazos:		Sí	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	¿Existen sombras en su puesto de trabajo que le dificultan la tarea?:	
¿Cuántos puntos de apoyo tiene la silla?:		Sí	<input type="checkbox"/>
Tres	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Cuatro	<input type="checkbox"/>	¿Considera que existen contrastes de iluminación que dificultan la realización de su trabajo?:	
Cinco	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
¿Es giratoria la silla?:		No	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>	El ruido ambiental en su puesto de trabajo lo considera:	
No	<input type="checkbox"/>	Muy molesto	<input type="checkbox"/>
¿Dispone su puesto de trabajo de reposapiés?:		Molesto	<input type="checkbox"/>
Sí, regulable	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>
Sí, fijo	<input type="checkbox"/>	¿La temperatura ambiental la considera confortable?:	
No tengo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
Mesa		No	<input type="checkbox"/>
¿Cómo considera las dimensiones de la mesa?:		A veces	<input type="checkbox"/>
Adecuada	<input type="checkbox"/>	5. FACTORES PSICOSOCIALES	
Grande	<input type="checkbox"/>	¿Es necesario para desempeñar su tarea recibir algún tipo de formación específica?:	
Pequeña	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
¿Considera suficiente el espacio reservado para las piernas?:		No	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido formación específica para desempeñar su tarea?:	
No	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
4. CONDICIONES AMBIENTALES		No	<input type="checkbox"/>
¿Qué tipo de iluminación tiene preferentemente en su trabajo?:			
Artificial fluorescente	<input type="checkbox"/>		
Artificial incandescente	<input type="checkbox"/>		
Natural	<input type="checkbox"/>		
Mixta	<input type="checkbox"/>		

<p>¿De quién ha recibido esa formación?:</p> <p>Por la propia empresa <input type="checkbox"/></p> <p>Por otra empresa <input type="checkbox"/></p> <p>Por mis propios medios <input type="checkbox"/></p>	<p>Después de la jornada <input type="checkbox"/></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Recibe algún tipo de plus por trabajar en P.V.D.?:</p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>La fatiga es fundamentalmente:</p> <p>Ocular <input type="checkbox"/></p> <p>Postural <input type="checkbox"/></p> <p>Mental <input type="checkbox"/></p>
<p>El trabajo que desempeña lo realiza:</p> <p>Porque le ha sido impuesto <input type="checkbox"/></p> <p>Porque le gusta <input type="checkbox"/></p> <p>Por satisfacción económica <input type="checkbox"/></p> <p>Otros (especificar) <input type="checkbox"/></p> <p>..... <input type="checkbox"/></p>	<p>Señale las molestias por orden de importancia que más frecuentemente padece:</p> <p>A) Vista</p> <p>Ojos sensibles a la luz <input type="checkbox"/></p> <p>Desdoblamiento de imagen <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor o presión en los globos oculares <input type="checkbox"/></p> <p>Picores, ardores o enrojecimientos en los ojos ... <input type="checkbox"/></p> <p>Vista cansada <input type="checkbox"/></p> <p>Vértigo <input type="checkbox"/></p> <p>Dolores de cabeza <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Tiene problemas para comunicarse con sus compañeros?:</p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>B) Musculares y posturales</p> <p>Pesadez de miembros <input type="checkbox"/></p> <p>Calambres <input type="checkbox"/></p> <p>Descenso de la resistencia <input type="checkbox"/></p> <p>Agujetas <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de nuca <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de cintura <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de articulaciones <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de espalda <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de hombros <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de brazos <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de muñecas <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de posaderas <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de pantorrillas <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de piernas <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de pies y tobillos <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Piensa que su puesto de trabajo está considerado en relación con otros de similar categoría?:</p> <p>Mejor <input type="checkbox"/></p> <p>Peor <input type="checkbox"/></p> <p>Igual <input type="checkbox"/></p>	<p>C) Síntomas Digestivos</p> <p>Pérdida de apetito <input type="checkbox"/></p> <p>Ardores o dolores <input type="checkbox"/></p> <p>Náuseas/Vómitos <input type="checkbox"/></p> <p>Estreñimientos/diarreas <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Se han visto modificadas sus relaciones en el trabajo desde que trabaja en pantallas?:</p> <p>Favorablemente <input type="checkbox"/></p> <p>Desfavorablemente <input type="checkbox"/></p> <p>No se han modificado <input type="checkbox"/></p>	<p>D) Trastornos Nerviosos</p> <p>Palpitaciones <input type="checkbox"/></p> <p>Molestias en el pecho <input type="checkbox"/></p> <p>Sarpullidos <input type="checkbox"/></p> <p>Temblores <input type="checkbox"/></p> <p>Sudores <input type="checkbox"/></p> <p>Dolores o pinchazos en el corazón <input type="checkbox"/></p> <p>Nudo en la garganta <input type="checkbox"/></p> <p>Ansiedad <input type="checkbox"/></p> <p>Irritabilidad <input type="checkbox"/></p> <p>Dificultad para concentrarse <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Tiene posibilidad de promocionarse en esta empresa?:</p> <p>Sí, a corto plazo <input type="checkbox"/></p> <p>Sí, pero no sé cuando <input type="checkbox"/></p> <p>No, no hay posibilidades <input type="checkbox"/></p> <p>No, no me siento capacitado <input type="checkbox"/></p> <p>No, no me interesa <input type="checkbox"/></p>	
<p>Desde que trabaja en esta empresa, ¿ha promocionado Vd.?:</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Algo <input type="checkbox"/></p> <p>Mucho <input type="checkbox"/></p>	
<p>6. TRASTORNOS DE LA SALUD</p>	
<p>Se siente fatigado:</p> <p>Antes de la jornada <input type="checkbox"/></p> <p>Durante la jornada <input type="checkbox"/></p>	

Trastornos en la memoria	<input type="checkbox"/>	¿Qué clase de cristales lleva?:	
Estados depresivos	<input type="checkbox"/>	Normales	<input type="checkbox"/>
Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	Coloreados	<input type="checkbox"/>
Pesadillas	<input type="checkbox"/>	Bifocales	<input type="checkbox"/>
Se nota fatiga al despertarse	<input type="checkbox"/>		
¿La empresa le facilita reconocimientos médicos?:		¿Sabe qué defectos de refracción padece?:	
Sí	<input type="checkbox"/>	Miopía	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	Hipermetropía	<input type="checkbox"/>
		Astigmatismo	<input type="checkbox"/>
		Presbicia	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cada cuánto tiempo?:		¿Usa lentes de contacto?:	
Cada 6 meses	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
Un año	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Dos años	<input type="checkbox"/>		
Más de 2 años	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas horas de uso?:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sin periodicidad	<input type="checkbox"/>		
		¿Qué tipo de lentes de contacto utiliza?:	
		Rígida	<input type="checkbox"/>
		Semirígida	<input type="checkbox"/>
		Blanda	<input type="checkbox"/>
7. TRASTORNOS DE LA VISION		¿Tiene inflamados los párpados?:	
¿Ha notado pérdida de visión?:		Sí	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>		
De lejos:		¿Se le caen las pestañas?:	
Ojo derecho	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
Ojo izquierdo	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ambos ojos	<input type="checkbox"/>		
De cerca:		¿Le salen orzuelos?:	
Ojo derecho	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
Ojo izquierdo	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ambos ojos	<input type="checkbox"/>		
¿Se ha producido de manera?:		¿Padece frecuentemente conjuntivitis?:	
Brusca	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
Lenta	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Progresiva	<input type="checkbox"/>		
¿Usa gafas?:		¿Le lloran los ojos durante el trabajo?:	
Sí	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, estas son:		¿Tiene turbidez de imagen?:	
Uso permanente	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
Sólo durante el trabajo	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Desde cuándo?:		¿Ve manchas flotando delante de los ojos?:	
Menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
De 1 a 3 años	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
De 3 a 5 años	<input type="checkbox"/>		
Más de 5 años	<input type="checkbox"/>	¿Tiene pinchazos en los globos oculares?:	
		Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>

¿Ve halos coloreados alrededor de las luces?:	No <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene deslumbramientos ante pantallas?:	Sí <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	
¿Utiliza algún tipo de medicamento?:	¿Se le pone un velo delante de los ojos?:
Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Bibliografía

(1) SPERANDIO, JEAN-CLAUDE
L'ergonomie du travail mental
 París, MASSON, 1984

(2) CARCOBA, A.
Las pantallas de visualización y la salud de los trabajadores
 Sociología del Trabajo, 1982, nº 7/8

(3) ALONSO ARENAL, F
Problemática de los trabajadores y usuarios de la informática
 Madrid, INSHT, 1985

(4) U.G.T.
Guía Técnica para el trabajo ante Pantallas de datos
 Madrid, U. G. T., 1985

(5) Mc CORMICK, E.
Ergonomía
 Barcelona, Gustavo Gili, S.A., 1980

(6) GUELAUD, F. y otros
Pour une analyse des conditions du travail ouvrier dans l'entreprise
 Paris, A. Colin, 1975

(7) CASTILLO, J.J., PRIETO, C.
Condiciones de trabajo: hacia un enfoque reservador de la Sociología del Trabajo
 Madrid, Centro de investigaciones sociológicas, 1983

(8) ELIAS, E.
Une approche medico-biologique de l'etude de la charge de travail
 Cahier de Notes Documentaires, 1978, nº 91

(9) ELFAS, R., CAIL, F.
Effets du stres psychosocial en Informatique
 Cahiers de Notes Documentaires, 1986, nº 122