

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



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

Vigencia	Actualizada por NTP	Observaciones
No válida		Complementar con la UNE EN ISO 29241
ANÁLISIS		
Criterios legales		Criterios técnicos
Derogados:	Vigentes:	Desfasados: SI
		Operativos:

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

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

¿Durante cuánto tiempo necesita mantener la atención?:

- Muy escaso
Escaso
La mitad del tiempo
Gran parte del tiempo
Continuamente

¿Puede controlar su ritmo de trabajo?:

- Sí
No

¿Cómo calificaría el ritmo de producción que debe mantener en el trabajo?:

- Ligero
Medio aceptable
Fuerte
Insoportable

Ante una situación problemática en el trabajo, ¿está Vd. autorizado para resolverla?:

- Sí
No

3. PUESTO DE TRABAJO

Pantalla

La pantalla es:

- Fija
Regulable

¿De qué color son los caracteres de la pantalla?:

- Blanco
Negro
Azul
Verde
Otros

¿Es regulable el tamaño de los caracteres?:

- Sí
No

¿De qué color es el fondo de la pantalla?:

- Negra
Blanca
Gris
Otros

¿Disponen de filtro o dispositivo antirreflectante?:

- Sí
No

La distancia entre líneas es:

- Buena
Aceptable
Mala

Los caracteres presentan parpadeos:

- Sí
No

La pantalla está ubicada:

- En un local sin ventanas
Frente a la ventana
De lado a la ventana
De espaldas a la ventana

La pantalla es:

- Plana
Cóncava
Convexa

La distancia que existe entre Vd. y la pantalla es:

- Lejana
Cercana
Correcta

¿Se efectúan controles periódicos de la pantalla?:

- Sí
No

Teclado

¿El teclado es independiente de la pantalla?:

- Sí
No

La superficie de las teclas es:

- Mate
Ligeramente brillante
Brillante

Documentos

¿Considera fácilmente legibles los documentos?:

- Sí
No
A veces

¿Dispone de portadocumentos en su puesto de trabajo?:

- Sí
No

El portadocumento es:

- Fijo
Regulable

Impresora

¿Tiene impresora en su puesto de trabajo?:

- Sí
No

¿Influye en su trabajo el ruido emitido por la impresora?:

- Mucho

Poco
Nada

Silla

¿Es confortable la silla que utiliza habitualmente?:

Sí
No
Regular

La silla que utiliza habitualmente, ¿es regulable su asiento?:

Sí
No

La silla que utiliza habitualmente, ¿es regulable su respaldo?:

Sí
No

La silla dispone de apoyabrazos:

Sí
No

¿Cuántos puntos de apoyo tiene la silla?:

Tres
Cuatro
Cinco

¿Es giratoria la silla?:

Sí
No

¿Dispone su puesto de trabajo de reposapiés?:

Sí, regulable
Sí, fijo
No tengo

Mesa

¿Cómo considera las dimensiones de la mesa?:

Adecuada
Grande
Pequeña

¿Considera suficiente el espacio reservado para las piernas?:

Sí
No

4. CONDICIONES AMBIENTALES

¿Qué tipo de iluminación tiene preferentemente en su trabajo?:

Artificial fluorescente
Artificial incandescente
Natural
Mixta

¿Existen variaciones importantes del nivel de iluminación a lo largo del día?:

Sí
No

¿Cuántas horas al día utiliza la iluminación artificial?:

Menos de 2 horas
De 2 a 4 horas
De 4 a 6 horas
Durante toda la jornada

El nivel de iluminación lo considera:

Excesivo
Adecuado
Insuficiente

¿Su campo de visión presenta reflejos o deslumbramientos?:

Sí
No

¿Existen sombras en su puesto de trabajo que le dificultan la tarea?:

Sí
No

¿Considera que existen contrastes de iluminación que dificultan la realización de su trabajo?:

Sí
No

El ruido ambiental en su puesto de trabajo lo considera:

Muy molesto
Molesto
Normal

¿La temperatura ambiental la considera confortable?:

Sí
No
A veces

5. FACTORES PSICOSOCIALES

¿Es necesario para desempeñar su tarea recibir algún tipo de formación específica?:

Sí
No

¿Ha recibido formación específica para desempeñar su tarea?:

Sí
No

¿De quién ha recibido esa formación?:

- Por la propia empresa.....
Por otra empresa
Por mis propios medios

¿Recibe algún tipo de plus por trabajar en P.V.D.?:

- Sí
No

El trabajo que desempeña lo realiza:

- Porque le ha sido impuesto
Porque le gusta
Por satisfacción económica
Otros (especificar).....

¿Tiene problemas para comunicarse con sus compañeros?:

- Sí
No

¿Piensa que su puesto de trabajo está considerado en relación con otros de similar categoría?:

- Mejor
Peor
Igual

¿Se han visto modificadas sus relaciones en el trabajo desde que trabaja en pantallas?:

- Favorablemente
Desfavorablemente
No se han modificado

¿Tiene posibilidad de promocionarse en esta empresa?:

- Sí, a corto plazo
Sí, pero no sé cuando
No, no hay posibilidades
No, no me siento capacitado
No, no me interesa

Desde que trabaja en esta empresa, ¿ha promocionado Vd.?:

- No
Algo
Mucho

6. TRASTORNOS DE LA SALUD

Se siente fatigado:

- Antes de la jornada
Durante la jornada

- Después de la jornada
Nunca

La fatiga es fundamentalmente:

- Ocular
Postural
Mental

Señale las molestias por orden de importancia que más frecuentemente padece:

A) Vista

- Ojos sensibles a la luz
Desdoblamiento de imagen
Dolor o presión en los globos oculares
Picores, ardores o enrojecimientos en los ojos ...
Vista cansada
Vértigo
Dolores de cabeza

B) Musculares y posturales

- Pesadez de miembros
Calambres
Descenso de la resistencia
Agujetas
Dolor de nuca
Dolor de cintura
Dolor de articulaciones
Dolor de cuello
Dolor de espalda
Dolor de hombros
Dolor de brazos
Dolor de muñecas
Dolor de posaderas
Dolor de pantorrillas
Dolor de piernas
Dolor de pies y tobillos

C) Síntomas Digestivos

- Pérdida de apetito
Ardores o dolores
Náuseas/Vómitos
Estreñimientos/diarreas

D) Trastornos Nerviosos

- Palpitaciones
Molestias en el pecho
Sarpullidos
Temblores
Sudores
Dolores o pinchazos en el corazón
Nudo en la garganta
Ansiedad
Irritabilidad
Dificultad para concentrarse

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"/>	¿Sabe qué defectos de refracción padece?:	
¿La empresa le facilita reconocimientos médicos?:		Miopía	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>	Hipermetrópia	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	Astigmatismo	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cada cuánto tiempo?:		Presbicia	<input type="checkbox"/>
Cada 6 meses	<input type="checkbox"/>	¿Usa lentes de contacto?:	
Un año	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
Dos años	<input type="checkbox"/>	No	<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?:	
7. TRASTORNOS DE LA VISION		Rígida	<input type="checkbox"/>
¿Ha notado pérdida de visión?:		Semirígida	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>	Blanda	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	¿Tiene inflamados los párpados?:	
De lejos:		Sí	<input type="checkbox"/>
Ojo derecho	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ojo izquierdo	<input type="checkbox"/>	¿Se le caen las pestañas?:	
Ambos ojos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
De cerca:		No	<input type="checkbox"/>
Ojo derecho	<input type="checkbox"/>	¿Le salen orzuelos?:	
Ojo izquierdo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
Ambos ojos	<input type="checkbox"/>	No	<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"/>	¿Le lloran los ojos durante el trabajo?:	
¿Usa gafas?:		Sí	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	¿Tiene turbidez de imagen?:	
En caso afirmativo, estas son:		Sí	<input type="checkbox"/>
Uso permanente	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Sólo durante el trabajo	<input type="checkbox"/>	¿Ve manchas flotando delante de los ojos?:	
¿Desde cuándo?:		Sí	<input type="checkbox"/>
Menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
De 1 a 3 años	<input type="checkbox"/>	¿Tiene pinchazos en los globos oculares?:	
De 3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
Más de 5 años	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

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