

Cuestionario

de levantamiento de cargas psíquicas en el puesto o en el área de trabajo

Por favor, llenar primero.

Área de trabajo o actividad

Campo de actividades Contenido del trabajo/Tarea de trabajo (1)

¿Qué significa esto?

Esto significa, por ejemplo:

- Integridad del trabajo
- Margen de actuación
- Diversidad
- Contenido de la información
- Responsabilidad
- Cualificación
- Carga emocional

	Sí, exactamente	Más bien sí	Más bien no	No, para nada
1 ¿Experimenta usted sus procesos de trabajo como íntegros, es decir, usted prepara, ejecuta y, en caso dado, verifica las actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Corresponden sus tareas a su cualificación y a sus conocimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Tiene usted injerencia en los métodos y procedimientos de trabajo y se le solicita su opinión sobre la selección y adquisición de instrumentos de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿Dispone usted oportunamente de las informaciones requeridas para la realización de su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿Tiene usted injerencia sobre la secuencia temporal de sus actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ¿Son comprensibles y libres de contradicciones las tareas de trabajo que se le encargan a usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ¿Logra usted hacer frente a las exigencias emocionales cotidianas que se generan en el contacto con clientes y clientas y personas a su cargo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 En caso de que usted esté confrontado con situaciones fuertemente conmovedoras o desafiantes, como instancias de violencia y agresión, accidentes, sufrimiento o muerte: ¿Logra usted hacer frente adecuadamente a estas situaciones en su cotidianidad laboral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sigue en página 2 >>

Campo de actividades Organización del trabajo (2)

¿Qué significa esto?

Esto significa, por ejemplo:

- Jornada laboral
- Flujos de trabajo
- Comunicación/Cooperación

	Sí, exactamente	Más bien sí	Más bien no	No, para nada
9 ¿Son sus jornadas laborales diarias planificables con antelación y puede usted confiar en las planificaciones o los planes de servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ¿Se consideran sus deseos en la organización de las jornadas de trabajo y en la planificación de los turnos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ¿Cuenta usted con suficiente tiempo para la realización del trabajo diario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ¿Le es posible a usted realizar sus tareas en el tiempo disponible, cumpliendo sus propias exigencias de calidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ¿Puede realizar usted sus tareas laborales mayormente sin interferencias e interrupciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ¿Puede usted tomar sus pausas oportunamente, por el tiempo adecuado y sin interrupciones en un lugar idóneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ¿Son sus tareas, responsabilidades y facultades claramente definidas y bien delimitadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 En caso de que usted trabaje en turnos, de noche o en servicio de guardia: ¿Establece su plan de servicio fases de descanso y de recuperación adecuadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 En caso de que usted trabaje con colegas en cooperación interdisciplinaria: ¿Siente usted que la cooperación es constructiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sigue en página 3 >>

Campo de actividades Relaciones sociales (3)

¿Qué significa esto?

Esto significa, por ejemplo:

- Cooperación con colegas

- Apoyo recibido por parte del ejecutivo
- Cooperación con el ejecutivo

	Sí, exactamente	Más bien sí	Más bien no	No, para nada
18 ¿Están sus colegas disponibles cuando necesite apoyo en su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 ¿Experimenta usted el clima laboral como apreciativo y apoyador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 ¿Cuando lo necesite, recibe suficiente apoyo de su ejecutivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 ¿Experimenta la cooperación con su ejecutivo como constructivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 ¿Se le informa oportunamente sobre cambios y decisiones inminentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Campo de actividades Entorno laboral (4)

¿Qué significa esto?

Esto significa, por ejemplo:

- Factores físicos o técnicos
- Factores físicos

- Diseño del puesto de trabajo
- Medios de trabajo

	Sí, exactamente	Más bien sí	Más bien no	No, para nada
23 ¿Está su puesto de trabajo adecuadamente protegido contra factores ambientales molestos, como ruido, sonidos constantes de señalización o de avisos, condiciones lumínicas desfavorables, clima ambiental incómodo o olores desagradables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 ¿Está asegurada la seguridad laboral en su puesto de trabajo, por ejemplo, en actividades con sustancias peligrosas, exposición a infecciones o a riesgos de accidentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 ¿Encuentra que su puesto de trabajo tiene un diseño ergonómico adecuado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 ¿Para la realización de sus tareas, dispone usted de los materiales y medios de trabajo adecuados, por ejemplo, el equipamiento técnico o software?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sigue en página 4 >>

Campo de actividades Nuevas formas de trabajo (5)

¿Qué significa esto?

- Esto significa, por ejemplo:
- Movilidad espacial
 - Relaciones laborales atípicas
 - Flexibilización temporal

	Sí, exactamente	Más bien sí	Más bien no	No, para nada
27 ¿Se encuentra usted en una relación laboral segura, por ejemplo, con un contrato de trabajo a largo plazo o indefinido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 ¿Se pueden conjugar adecuadamente los requerimientos de su trabajo con su vida privada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 En caso de que lo siguiente corresponda a su situación: ¿Es posible cumplir adecuadamente los requerimientos de los puestos de trabajo flexibles, por ejemplo, referido a los lugares de trabajo y a las jornadas laborales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>